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» _____ Галлямова О.С.
«16» июня 2023 г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

учебной дисциплины

ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях
МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп

по специальности

34.02.01 Сестринское дело

очно-заочное

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 …..... 5

2. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНИВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ …..... 7

3. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ 8

3.1. Задания к дифференцированному зачету по учебной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп Часть 2 Сестринский уход в терапии 8

3.2. Задания к дифференцированному зачету по учебной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Часть 3 Сестринский уход в педиатрии 155

3.3. Задания к дифференцированному зачету по производственной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп Часть 2 Сестринский уход в терапии 163

3.3. Задания к дифференцированному зачету по производственной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп Часть 3 Сестринский уход в педиатрии …… 197

4. КРИТЕРИИ И ШКАЛЫ ДЛЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ 199

4.1. Критерии оценки дифференцированного зачета по учебной практике 200

4.2. Критерии оценки дифференцированного зачета по производственной практике 202

ШАБЛОН бланка дифференцированного зачета по учебной практике 204

ШАБЛОН бланка дифференцированного зачета по производственной практике 205

ЛИТЕРАТУРА 206

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Цель фонда оценочных средств. Оценочные средства предназначены для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу учебной дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Перечень видов оценочных средств соответствует Рабочей программе дисциплины.

Фонд оценочных средств включает материалы для проведения промежуточной аттестации по учебной практике – предусмотрен **дифференцированный зачет** в форме теоретических и практических заданий.

Для промежуточной аттестации по производственной практике предусмотрен **дифференцированный зачет** в устной форме, билет состоит из 2 вопросов (теоретический и практический).

Структура и содержание заданий – задания разработаны в соответствии с рабочей программой дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп.

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Освоение содержания учебной дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп обеспечивает достижение студентами следующих **результатов:**

иметь практический опыт:

– в результате изучения профессионального модуля обучающихся должен освоить основной вид деятельности «Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и состояниях» и соответствующие ему общие компетенции и профессиональные компетенции.

уметь:

– проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении;

– выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе;

– выявлять факторы риска падений, развития пролежней;

– проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике;

– осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств;

– определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода;

– выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни;

– выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту:

– оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов;

– введение лекарственных препаратов внутрикожно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи;

– катетеризацию периферических вен;

– внутривенное введение лекарственных препаратов;

–внутрипросветное введение в центральный венозный катетер антисептиков и лекарственных препаратов;

– осуществление ухода за сосудистым катетером;

– ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств;

– осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;

– проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;

– оказывать медицинскую помощь в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;

знать:

– технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;

– основ клинической фармакологии, видов лекарственных форм, способов и правил введения лекарственных препаратов, инфузионных сред;

– правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам;

– требований к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента;

– порядка и правил учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртсодержащих препаратов, инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания;

– правил ассистирования врачу (фельдшеру) при выполнении лечебных или диагностических процедур;

– особенности сестринского ухода с учетом заболевания, возрастных, культурных и этнических особенностей пациента;

– методов и способов обучения пациентов (их законных представителей), лиц, осуществляющих уход, навыкам самоухода и ухода;

– побочных эффектов, видов реакций и осложнений лекарственной терапии, мер профилактики и оказания медицинской помощи в неотложной форме;

– клинических признаков внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, отравлений, травм без явных признаков угрозы жизни пациента;

– показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

– правил оказания медицинской помощи в неотложной форме.

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

ПК 4.1Проводить оценку состояния пациента.

ПК 4.2Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту.

ПК 4.3Осуществлять уход за пациентом.

ПК 4.4Обучать пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода.

ПК 4.5Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме.

ПК 4.6Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование у обучающегося следующих общих компетенций, включающих в себя способность:

ОК 1Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам.

ОК 2Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности.

ОК 3Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях.

ОК 4 Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде.

ОК 5Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста.

ОК 6Проявлять 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 7Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях.

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 1

Раздел / тема учебной дисциплины	Проверяемые И, У, З, ОК, ПК	Форма текущего контроля и оценивания
УП 04.02 СД в терапии	И 1-4, У 1-6, З 1-3, ПК 4.1-4.6, ОК 1-7	ФОСы к УП 04.02 СД в терапии
УП 04.02 СД в педиатрии	И 1-4, У 1-6, З 1-3, ПК 4.1-4.6, ОК 1-7	ФОСы к УП 04.02 СД в педиатрии
ПП 04.02 СД в терапии	И 1-4, У 1-6, З 1-3, ПК 4.1-4.6, ОК 1-7	ФОСы к ПП 04.02 СД в терапии
ПП 04.02 СД в педиатрии	И 1-4, У 1-6, З 1-3, ПК 4.1-4.6, ОК 1-7	ФОСы к ПП 04.02 СД в педиатрии

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

Оценка освоения дисциплины предусматривает проведение **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЗАЧЕТА ПО УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ; ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЗАЧЕТА ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ.**

3.1. Задания к дифференцированному зачету по учебной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп Часть 2 Сестринский уход в терапии

Инструкция по выполнению работы

1. На выполнение заданий дифференцированного зачета по учебной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп отводится 45 минут:
2. Часть А: Тестовые задания (30 вопросов).
3. Часть В: Дать развернутый ответ (1 вопрос).
3. Тесты составлены по темам курса «Сестринское дело 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. Венозная кровь течет:
а) в аорте
б) в бедренной артерии
в) в легочном стволе
г) в легочных венах

2. Частота сердечных сокращений в норме соответствует:
а) 16-20 мин
б) 40-70 в мин
в) 60-80 в мин
г) 90-70 в мин

3. Одышка, отеки, цианоз - это симптомы:
а) стенокардии
б) гипертонической болезни
в) коллапса
г) сердечной недостаточности

4. Местное малокровие в тканях – это:
а) гиперемия
б) ишемия
в) анемия

г) гипотрофия

5. Перед инъекцией гепарина пациенту медсестра должна сделать анализ крови

а) на билирубин

б) на холестерин

в) на свертываемость

г) на трансаминазу

6. Мокроту для исследования необходимо накапливать в течение 3 суток:

а) при раке легкого

б) при туберкулезе легкого

в) при крупозной пневмонии

г) при остром бронхите

7. Причинами бронхиальной астмы являются:

а) вирусы, бактерии

б) домашняя пыль

в) шерсть животных

г) все вышеперечисленное верно

8. Для диагностики заболеваний органов дыхания используют:

а) анализ мокроты

б) бронхоскопию

в) рентгенографию

г) все вышеперечисленное верно

9. Для лечения бронхоэктатической болезни используют:

а) высококалорийную диету, антибиотики, отхаркивающие средства, дренажное наложение, витамины

б) антибиотики, витамины, сердечные средства

в) сульфаниламиды, дисенсебилизирующие средства, витамины

г) пищу, богатую витаминами, бронхолитики, антибиотики

10. Ведущей причиной бронхоэктатической болезни служит:

а) частые ОРЗ

б) бронхиальная астма

в) хронический тонзиллит

г) хронический бронхит

11. Пациент, страдающий хроническим гломерулонефритом, пожаловался медсестре на сильную головную боль. Медсестре следует:

а) срочно сообщить врачу

б) проветрить палату

в) дать пациенту таблетку анальгина

г) измерить АД

12. При обследовании пациента с заболеваниями почек медсестра должна спросить:

а) о характере стула

б) о наличии отеков

в) о наличии сыпи

г) об изменении веса

13. Пациент находится на лечении в нефрологическом отделении, у него выявлены обширные отеки. При планировании ухода приоритетным действием медсестры будет:

а) дать мочегонные

б) ограничить жидкость в соответствии с диурезом

в) ограничить жидкость до 500мл в сутки

г) измерить окружность живота

14. Медсестра объяснила пациенту влияние неблагоприятных факторов на обострения хронического гломерулонефрита. Пациент понял, что ему следует:

а) увеличить физическую активность
б) ежедневно принимать горячую ванну
в) активно закаливаться
г) избегать переохлаждения

15. Пациенту, страдающему хроническим пиелонефритом медсестра объяснила сущность диеты № 7. Пациент понял, что ему следует:
а) уменьшить количество соли до 7-10г в сутки
б) питаться как обычно
в) ограничить прием жидкости
г) ограничить прием жидкости, уменьшить количество соли до 3-5г. в сутки, уменьшить количество мясных блюд

16. При воспалительных заболеваниях в анализе крови:
а) лейкоцитоз
б) сдвиг лейкоцитарной формулы влево
в) ускорение СОЭ
г) все выше перечисленное верно

17. При железодефицитной анемии в анализе крови:
а) снижение количества эритроцитов, гемоглобина, повышение цветового показателя
б) снижение эритроцитов, гемоглобина и цветового показателя
в) снижение эритроцитов цветового показателя, а содержание гемоглобина не изменено
г) количество эритроцитов не изменено, снижение гемоглобина и цветового показателя

18. Функция эритроцитов:
а) участие в образовании ферментов
б) участие в гемостазе, клеточном иммунитете
в) поглощение чужеродных веществ
г) перенос кислорода к органам и тканям

19. Жалобы на слабость, головокружение, сухость кожи, извращенный вкус, ломкость волос – характерны:
а) для железодефицитной анемии
б) для острого лейкоза
в) для В12- фолиеводефицитной анемии
г) для постгеморрагической анемии

20. При лечении В12-фолиеводифицитной анемии применяют:
а) восстановленное железо, феррум-лек, аскорбиновую кислоту
б) цианокобаламин, витамины гр. В, С, фолиевую кислоту
в) викасол, феррум-лек, гормоны, фолиевую кислоту
г) витамины гр. В, С, цитостатики, антибиотики

21. Подготовка больного к анализу кала на скрытую кровь:
а) исключить углеводы, сахар
б) исключить жиры, жидкость
в) исключить черный хлеб, молоко, капусту
г) исключить мясо, рыбу, зелень, яйца

22. Циррозу печени соответствуют следующие симптомы:
а) холестаз
б) портальная гипертензия
в) печеночная недостаточность
г) все вышеперечисленное верно

23. Гипертоническую клизму применяют:
а) для борьбы с отеками

б) для опорожнения кишечника при спастических запорах
в) для введения в организм жидкости
г) для подготовки к рентгеноскопическому исследованию кишечника

24. Признаки легочного кровотечения:
а) рвотные массы цвета "кофейней гущи"
б) алая пенистая кровь при кашле
в) темные сгустки в большом количестве
г) удушье с кровохарканьем

25. Ведущим симптомом бронхиальной астмы:
а) удушье с затрудненным вдохом
б) удушье с затрудненным выдохом
в) кашель с ржавой мокротой
г) сухие свистящие хрипы

26. При купировании приступа бронхиальной астмы используют:
а) эуфиллин, астмопент, беротек
б) анальгин, преднизолон
в) аспирин, димедрол
г) викасол, дицинон

27. Доврачебная помощь при инфаркте:
а) ввести наркотики, вызвать врача
б) кислородотерапия
в) уложить, дать нитроглицерин
г) ввести гепарин

28. Способ подачи кислорода больному с отеком легких:
а) O_2 пропущенный через воду
б) O_2 подкожно
в) O_2 пропущенный через спирт
г) энтерально

29. Неотложная помощь при стенокардии:
а) нитроглицерин под язык
б) наркотики
в) кровопускание
г) гепарин

30. Во время гипертонического криза появилась боль за грудиной. Не снимается нитроглицерином. Это:
а) сердечная астма
б) межреберная невралгия
в) инфаркт миокарда
г) стенокардия

31. Положение больного в постели при хронической сердечной недостаточности:
а) с приподнятым ножным концом кровати
б) горизонтальное
в) возвышенное
г) не имеет значения

32. Мерой по профилактике осложнений острого инфаркта миокарда является:
а) строгий постельный режим
б) лечебная физкультура
в) витаминотерапия
г) профилактика не требуется

33. Основные препараты, используемые в терапии хронической сердечной недостаточности:
а) клофелин, анаприлин, аспаркам

б) дигоксин, аспаркам, фуросемид
в) эуфиллин, бисептол, хлористый кальций
г) нитросорбид, кордафен, хлористый кальций

34. Правила дачи фуросемида:
а) после завтрака, с препаратами калия
б) до еды 3 раза в сутки
в) утром натощак
г) утром натощак с препаратами калия

35. Препараты, используемые при гипертонических кризах:
а) эуфиллин, атропин,адреналин
б) дибазол, клофелин, лазикс
в) дигоксин, лазикс, панангин
г) строфантин, эуфиллин, панангин

36. Уход за больными во второй стадии лихорадки:
а) обильное теплое питье
б) пузырь со льдом на голову
в) обработка полости рта, контроль АД
г) все вышеперечисленное верно

37. Уход за больными при критическом падении температуры:
а) смена нательного, постельного белья
б) обложить больного грелками
в) дать выпить крепкий теплый чай
г) все вышеперечисленное верно

38. Профилактика абсцесса легких состоит из:
а) укрепления иммунитета
б) упорного лечения пневмонии
в) закаливания организма
г) из всего вышеперечисленного

39. Ведущие симптомы бронхиальной астмы:
а) удушье с затрудненным вдохом, кашель со слизистой мокротой
б) кашель с кровохарканьем, одышка
в) удушье с затрудненным вдохом, сухие свистящие хрипы
г) удушье с затрудненным выдохом, сухие свистящие хрипы

40. Плевральную пункцию производят:
а) для разъединения плевральных сращений
б) для отсасывания мокроты из бронхов
в) для промывания бронхов
г) для удаления жидкости с диагностической и лечебной целью

41. Медсестра говорит пациенту, что диуретики выводят соли калия из организма и поэтому ему следует увеличить в рационе количество:
а) мяса
б) кондитерских изделий
в) кураги, изюма
г) молока, творога

42. Пациент, страдаюший хроническим пиелонефритом спрашивает медсестру о возможных осложнениях его заболевания. Лучшим ответом медсестры будет:
а) вам нужно спросить у врача
б) я не знаю
в) не беспокойтесь, после лечения у Вас все пройдет
г) если Вы будете соблюдать диету и избегать охлаждения, осложнений можно избежать

43. Завершая обследование пациента, медсестра выявила симптомы, характерные для почечной колики:

а) повышение температуры

б) боль в животе

в) моча с примесью крови

г) рвота желчью

44. При планировании ухода за пациентом, страдающим острым гломерулонефритом, медсестра определила цель ухода:

а) у пациента нормализуется стул

б) у пациента будет нормальное содержание электролитов в крови

в) у пациента нормализуется диурез

г) пациент сможет объяснить действие диуретиков

45. Диетическому столу № 7 соответствует ограничение:

а) соли и жидкости

б) соли и белка

в) углеводов

г) соли, белка и жидкости

46. Особенности диетотерапии больных с железодефицитной анемией:

а) включение в пищевой рацион продуктов, богатых жирами и углеводами

б) ограничение соли и жиров, большое количество белков

в) включение в пищевой рацион слегка обжаренной печени, овощей, фруктов, шоколада, кондитерских изделий

г) включение в пищевой рацион мяса, мясных продуктов, зимних сортов яблок, гранат

47. Функции лейкоцитов:

а) перенос кислорода к органам и тканям

б) защитная, антитоксическая

в) участие в гемостазе

г) участие в образовании ферментов

48. Основные методы лечения при остром лейкозе:

а) препараты железа, переливание крови, сосудорасширяющие средства

б) витамин B_{12}, феррум-лек, преднизолон

в) поливитамины, кровоостанавливающие средства, вливание глюкозы

г) цитостатики, гормоны, антибиотики, пересадка костного мозга

49. В клиническом анализе крови содержание лейкоцитов оказалось $11,2x10^9$ /л:

а) содержание лейкоцитов повышено

б) это норма

в) содержание лейкоцитов снижено

г) острый лейкоз

50. Основные симптомы B_{12}- фолиеводефицитной анемии:

а) бледность, слабость, лихорадка, кровотечение

б) слабость, бледность, понижение АД, тахикардия

в) слабость, отеки, жжение языка, нарушение координации движения

г) все вышеперечисленное верно

51. Характерный симптом при перфорации язвы желудка:

а) рвота цвета "кофейной гущи"

б) рвота желчью

в) дегтеобразный стул

г) «кинжальная боль» в эпигастральной области

52. Сифонную клизму применяют:

а) перед постановкой лекарственной клизмы

б) при отравлениях

в) при подготовке к рентгеноскопическому исследованию желудка
г) для борьбы с отеками

53. Печень выполняет:

а) секреторную функцию
б) антитоксическую функцию
в) обменную функцию
г) все вышеперечисленное верно

54. При взятии крови больной потерял сознание, АД 120/70 мм.рт.ст, пульс частый, дыхание поверхностное – это:

а) шок
б) обморок
в) коллапс
г) инфаркт

55. Болевой симптом при стенокардии:

а) возникает за грудиной
б) иррадиирует в левую руку
в) снимается нитроглицерином
г) все вышеперечисленное верно

56. При гипертонической болезни во время криза появился кашель с пенистой розовой мокротой это:

а) крупозная пневмония
б) легочное кровотечение
в) сердечная астма
г) бронхиальная астма

57. Первая помощь при обмороке:

а) ввести эуфиллин
б) дать нитроглицерин, усадить
в) уложить с приподнятым ножным концом
г) грелки, горчичники

58. Доврачебная помощь при сердечной астме:

а) горчичник на область сердца
б) уложить, согреть
в) жгуты на конечности, пеногашение
г) пузырь со льдом на сердце

59. Доврачебная помощь при желудочном кровотечении:

а) грелка на живот
б) промывание желудка
в) покой, пузырь со льдом на живот
г) кровоостанавливающие препараты

60. Практика медсестры при прободной язве желудка:

а) анальгетики
б) антибиотики
в) пузырь со льдом на живот
г) все вышеперечисленное верно

61. Для подтверждения диагноза инфаркта миокарда применяют:

а) исследование пульса и АД
б) электрокардиографию, биохимические исследования крови
в) УЗИ, рентгенографию грудной клетки
г) перкуссию и аускультацию сердца

62. При лечении больных с ИБС рекомендуют лечебный стол:

а) 15
б) 1

в) 10
г) 9

63. Медикаментозная терапия больных с инфарктом миокарда включает:
а) нитраты, сосудорасширяющие, антикоагулянты
б) гипотензивные, мочегонные, седативные средства
в) антигистаминные мочегонные
г) нитроглицерин, анальгетики, антикоагулянты

64. Препараты, относящиеся к группе сердечных гликозидов:
а) кордиамин, кофеин, коргликон
б) кофдафен, коринфар, финоптин
в) строфантин, дигоксин, коргликон
г) кокарбоксилаза, панангин, строфантин

65. Основная причина инфаркта миокарда:
а) гипертоническая болезнь
б) атеросклероз коронарных артерии
в) повышение уровня сахара в крови
г) физическая нагрузка

66. Основной причиной пневмонии является:
а) пневмококк, стафилококк, стрептококки
б) переутомление
в) переохлаждение
г) все выше перечисленное верно

67. При пневмонии больной жалуется:
а) на повышение температуры
б) на кашель с мокротой
в) на общую слабость
г) на все вышеперечисленное

68. У больного крупозной пневмонией чаще всего мокрота:
а) слизисто-гнойная
б) гнойная.
в) «ржавая»
г) вязкая, стекловидная

69. При анафилактическом шоке применяют:
а) гепарин
б) адреналин
в) но-шпу
г) пенициллин

70. Причинами сухого и экссудативного плеврита могут быть:
а) туберкулезная палочка, пневмококки, стафилококки
б) опухоль
в) травма грудной клетки
г) все вышеперечисленное верно

71. Нормальные цифры суточного диуреза соответствуют:
а) 1,5л
б) 100% от выпитой жидкости
в) 75-80% от выпитой жидкости
г) 50% от выпитой жидкости

72. Для определения соотношения между дневным и ночным диурезом назначают анализ мочи:
а) по Нечипоренко
б) по Зимницкому
в) по Ребергу

г) по Аддис-Каковскому

73. Анализ мочи по Нечипоренко назначается с целью:

а) определения суточного диуреза

б) определения форменных элементов

в) выявление наличия белка

г) выявление наличия глюкозы

74. Для острого гломерулонефрита характерно:

а) отеки на ногах, цианоз

б) отеки на лице, гематурия

в) снижение АД, повышение температуры

г) боли в пояснице, кетонурия

75. Для мочевого синдрома при остром гломерулонефрите характерны:

а) протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия

б) лейкоцитурия, гематурия, цилиндрурия

в) бактериурия, глюкозурия

г) гематурия, цилиндрурия, протеинурия

76. Значение цветового показателя является отражением:

а) повышения уровня гемоглобина в крови

б) снижение уровня гемоглобина в крови

в) степень насыщения гемоглобином эритроцитов

г) повышение содержания эритроцитов в крови

78. Лейкоз - это заболевание при котором:

а) происходит гиперплазия кроветворных органов

б) возникают очаги патологического кроветворения

в) периферической крови очень много молодых незрелых лейкоцитов

г) все перечисленное верно.

79. У больных с острым лейкозом возникают:

а) некротическая ангина, боль в костях, кровоизлияния на коже слизистых, слабость

б) слабость, головокружение, ломкость костей, выпадение волос

в) боли в животе, длительные кровотечения при травмах,

г) все вышеперечисленное верно

80. Для диагностики лейкозов применяют:

а) анализы крови, рентгеновское исследование желудка, УЗИ печени

б) клинические и биохимические анализы крови, пробу Нечипоренко

в) анализы крови, стернальную пункцию

г) анализы крови, спинномозговую пункцию

81. В состав желчи входят:

а) желчные кислоты, пепсин, амилаза

б) желчные кислоты, холестерин, липаза

в) желчные кислоты, холестерин, желчные пигменты /билирубин/

г) пепсин, соляная кислота, холестерин

82. Структурно-функциональной единицей печени являются:

а) нейрон

б) гепатоцит

в) нефрон

г) ацинус

83. У больного страдающего язвенной болезнью, после физической нагрузки появились: резкая слабость, бледность, головокружение, боли в животе, однократно рвота «кофейной гущей». Ваш предположительный диагноз:

а) печеночная колика

б) острый аппендицит

в) острый панкреатит

г) желудочное кровотечение

84. Завершив обследование пациента медсестра заподозрила желудочное кровотечение по следующему высказыванию:

а) осенью я очень похудел

б) сегодня утром был обильный стул черного цвета

в) последние 2 недели боли в животе усилились

г) у меня появилась температура, болит голова

85. Масляная клизма применяется:

а) при подготовке к операции

б) при отравлениях

в) при кровоточащем геморрое

г) при воспалительных заболеваниях толстого кишечника

86. Неотложная помощь при диабетической коме:

а) нитроглицерин под язык

б) простой инсулин подкожно

в) кровопускание

г) гепарин подкожно в живот

87. Помощь при приступе почечной колике:

а) горячая ванна

б) спазмолитики

в) цистенал в каплях

г) все вышеперечисленное верно

88. Длительность болевого приступа при стенокардии:

а) до 20 мин

б) до 1 часа

в) до 2 часов

г) до 3 часов

89. Боль при инфаркте миокарда снимается:

а) нитроглицерином

б) анальгетиками и нитроглицерином

в) анальгетиками, в том числе наркотического действия

г) спазмолитиками

90. При приступе стенокардии характерно:

а) боль за грудиной сжимающего характера

б) боль в области сердца колющего характера

в) боль в грудной клетке усиливающаяся при движении

г) ноющая боль в области сердца

91. С целью профилактики гипертонической болезни необходимо:

а) не курить, избегать переохлаждений, не переедать

б) ограничить потребление поваренной соли, работать без ночных смен, избегать психоэмоциональных перегрузок

в) ограничить потребление углеводистой пищи, не курить, санировать очаги хронической инфекции

г) ограничить физическую нагрузку, не курить

92. Основной причиной гипертонической болезни является:

а) психоэмоциональное перенапряжение на фоне наследственной предрасположенности

б) избыток углеводов в крови

в) переедание

г) заболевание почек

93. При ухудшении гипертонической болезни больные жалуются на:

а) головную боль, повышение температуры тела, боль в пояснице
б) общую слабость, быструю утомляемость
в) головную боль, головокружение, боль в сердце
г) слабость, головокружения, отеки

94. Одышка, отеки, упадок сил - это симптомы:
а) стенокардии
б) гипертонической болезни
в) коллапса
г) сердечной недостаточности

95. При обследовании пациента с сухим плевритом медсестра сформулировала приоритетную цель ухода:
а) пациент не будет испытывать боль
б) у пациента снизится температура
в) пациент сможет объяснить действие получаемых лекарств
г) у пациента восстановится сон

96. У пациента с крупозной пневмонией критически снизилась температура. Медсестра предприняла следующие действия:
а) тепло накрыла, напоила пациента горячим чаем, измерила А/Д
б) вызвала врача, измерила температуру
в) проветрила палату, дала O_2
г) поменяла нательное и постельное белье

97. Пациент жалуется на кашель с большим количеством мокроты, неприятного запаха. Диагноз бронхоэктатическая болезнь в стадии заболевания. Планируя уход, медсестра выбирает как приоритетные, следующие действия:
а) оповестить доктора, дать отхаркивающее
б) обеспечить кислородотерапию, горчичники
в) обеспечить карманной плевательницей, придать дренажное положение
г) ничего не предпринимать, предоставить все пациенту

98. Ответ медсестры на вопрос пациента о сути абсцесса легких:
а) спросить лучше у доктора
б) я не знаю
в) вам это не обязательно знать
г) это гнойное расплавление легочной ткани

99. Инфекционное аллергическое заболевание, характеризующееся бронхоспазмом, называется:
а) острым бронхитом
б) бронхоэктатической болезнью
в) сердечной астмой
г) бронхиальной астмой

100. У больного после перенесенной ангины появились отеки лица, боли в пояснице, повысилось АД. Предположительный диагноз:
а) острый пиелонефрит
б) острый гломерулонефрит
в) острый цистит
г) почечная колика

101. Больной выделил за сутки 450 мл мочи. Дайте определение этому нарушению диуреза:
а) никтурия
б) полиурия
в) анурия
г) олигоурия

102. Количество жидкости больному с острым пиелонефритом:

а) увеличивается
б) не увеличивается
в) увеличивается при отсутствии симптомов почечной недостаточности
г) не имеет значения

103. Больному, перенесшему отек Квинке показано:
а) курс витаминотерапии
б) курс антибиотикотерапии
в) курс антигистаминной терапии
г) курс гепаринотерапии

104. Функции эритроцитов:
а) участие в образовании ферментов
б) участие в гемостазе, клеточном иммунитете
в) поглощают чужеродные вещества
г) участие в переносе O_2 к органам и тканям

105. При уходе за больными с лейкозами медсестра должна:
а) осуществлять уход за кожей и слизистыми
б) соблюдать режим стерильности в палате
в) оказывать помощь при возникновении кровотечений
г) все перечисленное верно

106. Наиболее частая причина железодефицитной анемии:
а) дефицит витаминов
б) кровопотери
в) глистная инвазия
г) повышенное потребление мяса

107. Подготовка больного к холецистографии включает:
а) очистительную клизму в день исследования
б) промывание желудка
в) прием контрастного вещества
г) специальной подготовки нет

108. Тюбаж назначают с целью:
а) промывания желудка
б) промывания желчного пузыря
в) подготовка к холецистографии
г) вызвать отток желчи

109. Выберите номер диетического стола при сахарном диабете:
а) 2
б) 7
в) 5
г) 9

110. Уход за больным с нарушением эвакуации пищи из желудка включает:
а) частое промывание желудка
б) кормление частое, маленькими порциями
в) ежедневная постановка очистительной клизмы
г) тюбаж

111. Подготовка больного к рентгенографии желудка включает:
а) постановку сифонной клизмы
б) промывание желудка
в) исключение приема пищи перед исследованием
г) постановку пробы на чувствительность к контрастному веществу

112. При гипертоническом кризе до прихода врача необходимо:
а) уложить больного, убрать яркий свет, шум, поставить горчичник на икроножные мышцы

б) уложить больного, дать кислород, поставить банки
в) усадить больного, дать кислород, наложить жгуты на конечности
г) уложить больного, дать кислород, промыть желудок

113. Препараты применяемые для неотложной помощи при почечной колике:

а) атропин
б) баралгин
в) промедол
г) все перечисленное верно

<u>Часть В: Дайте развернутый ответ</u>

1. Анемия: определение, классификация, этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента, планирование сестринских вмешательств при железодефицитной анемии.

2. Болезни щитовидной железы: Понятия гипертиреоза, гипотиреоза, эндемического зоба. Этиология, диагностика, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности, проблемы пациента, план сестринских вмешательств с мотивацией при микседеме.

3. Бронхиальная астма: определение, этиология, способствующие факторы, клиника, лечение, профилактика. Сестринский процесс: проблемы пациента и план сестринских вмешательств.

4. Бронхит: этиология, способствующие факторы, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Сестринская помощь : нарушенные потребности, проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств по приоритету.

5. Бронхоэктатическая болезнь: определение, этиология, виды бронхоэктазов, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: планирование сестринских вмешательств при обострении бронхоэктатической болезни.

6. Гастрит: определение, этиология, способствующие факторы, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента и план сестринских вмешательств при остром гастрите.

7. Гипертоническая болезнь: этиология, способствующие факторы, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, планирование сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

8. ИБС: Инфаркт миокарда: определение, этиология, клиника типичной формы инфаркта миокарда, атипичные варианты течения, лечение, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента и план сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

9. ИБС; Стенокардия: определение, этиология, способствующие факторы, клиника, лечение, профилактика. Определить проблемы пациента и план сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

10. Лейкозы: определение, сущность заболевания, этиология, виды лейкозов, клинические проявления, принципы лечения, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента и планирование целей и сестринских вмешательств при остром лейкозе.

11. Мочекаменная болезнь: этиология, способствующие факторы, виды мочевых камней, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: планирование сестринских вмешательств при приступе почечной колики.

12. Острая сердечная недостаточность: Этиология, способствующие факторы, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента и планирование неотложных сестринских вмешательств при отеке легких.

13. Острая сосудистая недостаточность: этиология, клинические проявления, принципы лечения. Сестринская помощь: проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств при обмороке.

14. Острые аллергические заболевания. Понятие об аллергенах, типах аллергических реакций, этиология, способствующие факторы, клинические формы и проявления. Сестринская помощь: проблемы пациента и план сестринских вмешательств при анафилактическом шоке.

15. Острый гломерулонефрит: определение, этиология, клинические формы, лечение, уход за пациентом. Сестринская помощь: нарушенные потребности, проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств по приоритетной проблеме при остром гломерулонефрите.

16. Пиелонефрит: определение, этиология, классификация, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: определить нарушенные потребности и проблемы пациента, спланировать сестринские вмешательства при остром пиелонефрите.

17. Плевриты: определение, этиология, клиника сухого и экссудативного плеврита, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

18. Пневмония: определение, классификация пневмоний, этиология и способствующие факторы, клиника, осложнения, прогноз, лечение, профилактика. Сестринская помощь при крупозной пневмонии: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

19. Пороки сердца: определение, виды пороков, этиология, клиника, принципы лечения. Сестринская помощь: проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств при митральном стенозе.

20. Рак желудка: определение, этиология, способствующие факторы, клиника, осложнения, лечение, прогноз, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности, проблемы пациента, планирование паллиативной помощи пациенту в терминальной стадии рака.

21. Рак легких: определение, этиология, способствующие факторы, локализация, клиническая картина, осложнения, диагностика, лечение, профилактика. Сестринская помощь при раке легких.

22. Ревматизм: определение, этиология, способствующие факторы, клиника, осложнения, принципы лечения и профилактики. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, планирование сестринских вмешательств

23. Ревматоидный артрит: определение, этиология, клиника, лечение. Сестринская помощь: проблемы пациента, планирование целей и сестринских вмешательств.

24. Сахарный диабет: этиология, способствующие факторы, стадии развития и типы диабета, клиника, осложнения, лечение, профилактика, диетотерапия. Сестринская помощь: настоящие и потенциальные проблемы пациента, план сестринских вмешательств.

25. Хроническая почечная недостаточность: определение, этиология, стадии, клиника, лечение, диета, прогноз. Сестринская помощь: планирование сестринского ухода по приоритетной проблеме.

26. Хроническая сердечная недостаточность: определение понятия и стадии ХСН, этиология, клиника, принципы лечения, лечебное питание. Сестринская помощь: планирование сестринского ухода при хронической сердечной недостаточности.

27. Хронический колит: сущность заболевания, причины, клинические проявления, лечение, диета. Сестринская помощь: проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств.

28. Хронический холецистит: определение, этиология, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности, проблемы пациента и план сестринских вмешательств при обострении хронического холецистита.

29. Цирроз печени: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при циррозе печени.

30. Хронический гепатит: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при хроническом гепатите.

31. Желчекаменная болезнь: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, неотложная помощь при печеночной колике.

32. Абсцесс легкого: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при абсцессе легкого.

33. Гангрена легкого: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при циррозе печени.

34. Деформирующий остеоартроз: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при остеоартрозе.

35. Геморрагический васкулит: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при геморрагическом васкулите.

36. Тромбоцитопеническая пурпура: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при тромбоцитопенической пурпуре.

37. Ожирение: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при ожирении.

38. Язвенная болезнь желудка и 12п. кишки. Определение, этиология, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности, проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств.

39. Хронический энтероколит: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при хроническом энтерите.

Эталоны ответов к заданиям части В

1. Анемия: определение, классификация, этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента, планирование сестринских вмешательств при железодефицитной анемии.

Анемия – состояние, характеризующееся снижением уровня гемоглобина менее 120 г/л для женщин, 130 г/л для мужчин и уменьшением количества эритроцитов менее 4 млн. Для женщин и 4,5млн. для мужчин в исследуемом объёме крови.

Как правило, анемия носит вторичный характер, то есть является синдромом многих заболеваний, но в ряде случаев она имеет нозологическую самостоятельность.

Существует несколько подходов к классификации анемий.

Наиболее распространена патогенетическая

классификация М.П. Кончаловского,

согласно которой выделяются три основные группы анемии.

1) Анемия вследствие кровопотери. Постгеморрагические острые и хронические.

2) Анемии вследствие нарушения гемопоэза (железодефицитные, сидероахрестические, В12-дифицитные, фолиеводефицитные, апластические).

3) Анемии вследствие повышенного кроверазрушения (гемолитические).

Классификация не является безупречной, но удобна для диагностики и лечебной тактики.

Кроме того, анемии классифицируются по изменениям некоторых гематологических показателей.

Так**, в зависимости от, цветового показателя выделяют**:

-Нормохромную анемию (ЦП близок к 1, средняя концентрация Hb в эритроцитах ~32%)

-Гипохромную анемию (ЦП менее 0,86, концентрация Hb в эритроцитах менее 32%)

-Гиперхромную анемию (ЦП более 105, концентрация Hb в эритроцитах больше 38%)

В зависимости от величины эритроцита выделяют:

-Нормоцитарную анемию (средний диаметр эритроцитов равен 5,5-8,8мки.)

-Микроцитарную анемию (средний диаметр эритроцитов менее 5,5мкм.)

-Макроцитарную анемию (средний диаметр эритроцитов более 8,8 мкм)

-Мегалоцитарную анемию (средний диаметр эритроцитов более 11-12 мкм.

В зависимости от состояния эритроцитарного ростка костного мозга и способности его к регенерации (показатель содержания ретикулоцитов в периферической крови:

-Регенераторная форма анемии (с достаточной функцией костного мозга, ретикулоциты менее 1%);

-Гипорегенераторная форма анемии (ретикулоциты менее 1%);

-Апластическая форма анемии (резкое угнетение, ретикулоцитов менее 0,2%)

АНЕМИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ - анемия, возникающая вследствие абсолютного снижения ресурсов железа в организме. Железодефицитная анемия (ЖДА) - гипохромная микроцитарная гипорегенераторная

Этиология

• Хроническая потеря крови (например, при желудочно-кишечных или маточных кровотечениях)

• Алиментарные факторы - недостаточное поступление железа в организм

• Нарушение всасывания железа в ЖКТ:

• резекция желудка и/или кишечника

• гипоацидный (анацидный) гастрит, гастродуоденит

• Увеличение потребности организма в железе (например, у грудных детей, в подростковом возрасте, при беременности, при глистных инвазиях)

• Опухоли (например, гипернефрома, рак мочевого пузыря)

До 30% женщин и половина детей раннего возраста страдают скрытым дефицитом железа.

Организм человека содержит ~ 4-5 гр. железа в 4 фондах: 2/3 всего железа содержится в эритроне.(Эритрон - условная единица, включающая циркулирующие эритроциты и красные клетки костного мозга).

Менее 1/3- это депо паренхимотозных органов (печень, селезёнка, РЭС).

Третий фонд – это плазменный пул, где железо крови связано с трансферрином, вырабатывающимся в гепатоцитах и участвующим во всех видах переноса железа.

От уровня трансферрина зависит железосвязывающая способность сыворотки.

Четвёртый фонд - тканевой или клеточный – железо миоглобина (мускулатура скелетная и сердечная) и ферментов.

Механизм всасывания железа складывается из 3-х этапов:

а)- поступления железа в клетку кишечника; б)- поступление железа из клетки кишечника в плазму; в)- отложение железа в клетки в виде запаса, если в организме есть достаточное количество железа.

В желудке только всасывается трёхвалентное железо, доля которого лишь 1-2 % от всего поступления. Основная часть утилизируется в 12-перстной кишке, причём лучше всасывается железо гема (мясо); железо, находящееся в виде ферритина и гемосидерина (печень, рыба печень, рыба) всасывается хуже.

В среднем, суточная потребность в железе у женщин 15 мг, у мужчин 10мг.

В организме железо способно всасываться максимально в количестве 2 мг/сутки, из них 1,5 мг теряется с калом, мочой, потом и т.д.

Из кишечника железо поступает в плазму в транспортный пул, содержащий ~ 30мг железа, отсюда посредством трансферрина в эритрон переносится ~25 мг железа ежесуточно.

С разрушением эритроцитов в клетки РЭС поступает 25 мг железа в сутки, т. е. основной обмен в лабильном пуле, между фондом эритрона и транспортным фондом.

Таким образом, основная причина железодефицитной анемии- кровопотери, когда железо эритрона не возвращается в основной фонд.

Клиническая картина железодефицитной анемии складывается из 2-х синдромов.

1.Общеанемического, свойственного всем анемиям :

одышка, головокружение, сердцебиение, утомляемость, слабость, раздражительность,апатия, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия, артериальная гипотензия, головная боль, головокружение, при тяжёлой форме возникают парестезии.

2.Сидеропенического, свойственного только ЖДА.

Он обусловлен тканевым дефицитом железа и возникает ещё при скрытом недостатке.

Выражается следующими признаками:

изменение кожи и её придатков: сухость и восковая бледность, ангулярный стоматит, выпадение, поседение волос, сечение кончиков волос; изменение ногтей (койлонихии, уплощение, расслоение); ухудшение состояния зубов (тускнеет и темнеет эмаль, развивается кариес); может происходить атрофия слизистой ротовой полости;

изменение мышечного аппарата в виде мышечной слабости, дисфагии, слабости сфинктеров (недержание мочи); извращение вкуса (появление желания есть мел, уголь, сырое мясо); развивается пристрастие к необычным запахам (выхлопные газы,нафталин, гуталин).

Лабораторные исследования

Клинический анализ крови:характерные признаки железодефицитного состояния - гипохромия и микроцитоз, бледные эритроциты небольших размеров (низкие средний эритроцитарный объём и среднее содержание Hb в эритроцитах), что отражается на снижении цветового показателя

Исследование костного мозга для определения содержания железа

Определение снижения содержания ферритина сыворотки крови

Количество ретикулоцитов у взрослых снижено (гипорегенераторная анемия). У детей отмечают ретикулоцитоз (гиперрегенераторная анемия)

Специфические признаки ЖДА:

Низкое содержание Fe+2 сыворотке крови

Низкая концентрация ферритина сыворотки крови (отражение низкого уровня железа, депонированного в костном мозге)

Повышенное содержание свободных протопорфиринов эритроцитов

Отсутствие запасов железа в костном мозге

Гиперплазия красного костного мозга, наличие микро - и нормобластов, уменьшение количества сидеробластов (эритрокариоцитов, содержащих гранулы железа).

ЛЕЧЕНИЕ

Диета

Следует ограничить употребление молока до 0,5 л/сут (для взрослых). Молоко и другие молочные продукты следует исключить полностью за 2 ч до приёма железосодержащих препаратов.

Необходимо уделять пристальное внимание количеству потребляемого белка и железосодержащих пищевых продуктов (мясные блюда, бобовые, красные соки, черная икра).

Лекарственная терапия

Железа закисного сульфат 300 мг 3 р/сут внутрь между приёмами пищи (обеспечивает поступление в организм 180 мг чистого железа в сутки; приём препарата во время еды снижает всасывание железа на 50%).

При адекватной терапии через 7 дней в крови наблюдают ретикулоцитоз; через 2 нед уровень Hb возрастает (обычно на 0,7-1 г/нед).

Отсутствие лечебного эффекта (или слабый эффект) свидетельствует о продолжающемся кровотечении, сопутствующей инфекции или злокачественном новообразовании, недостаточной дозе препарата или (очень редко) мальабсорбции железа.

Содержание Hb достигает нормальных показателей в течение 2 мес лечения.

Препарат следует принимать в течение 6 мес (но не более).

При непереносимости сульфата железа можно назначить железа глюконат или железа фумарат (Феррум Лек, ферковен).

Витамин В12 -дефицитная анемия (мегалобластная)

Описание в 1849 году Т. Адиссоном и в 1872 году А. Бирмером. Называлась пернициозной (гибельной) до того как в 1926г. Майно и Мерфи получили положительный результат при лечении больных сырой печенью.

В 1929 г. Кастл сделал предположение, что в мясе содержится внешний фактор, а в желудочном соке – внутренний, которые образуют гемопоэтическое вещество;

в 1948 г. был открыт витамин В12 –"внешний фактор" и гастромукопротеин – "внутренний фактор".

Витамин В12 поступает в организм с мясом и молоком, в желудке соединяется с R-протеином, поступает в 12-перстную кишку, куда доставляется гастромукопротеин.

Они соединяются, и благодаря этому В12 всасывается, т.к. рецепторы в кишечнике есть только для гастромукопротеина.

В12 соединяется с транспортным белком транскобаламином и поступает в депо, клетки нервной системы, ЖКТ.

Суточная потребность -3,5 мкг.

На истощении запасов требуется не менее 3лет.

Причины дефицита В12

1.Нарушение всасывания

А) Отсутствие или снижение секреции гастромукопротеина вследствие атрофического гастрита, резекции желудка;

Б) Поражение тонкой кишки (хронические энтериты, резекция и т.д.);

В) Внешнесекретная недостаточность поджелудочной железы – недостаток трипсина. Не происходит отщепление R-протеинов от В12 .

2.Конкурентное усвоение широким лентецом (ботриоцефальная анемия)

3.Алиментарная (вегетарианство)

4.Крайне редко встречается отсутствие белка транскобаламина

Витамин В12 состоит из 2 коферментов:

метилкобаламина (участвует в синтезе ДНК);

дезоксиаденозилкобаламина (участвует в обмене жирных кислот)

Одним из этапов образования ДНК является переход уридинМФ в тимидинМФ.

В этой реакции большая роль принадлежит фолиевой кислоте.

При отсутствии метилкобаламида ДНК, содержащая тимидин,не образуется , нарушается деление и созревание клеток эритроидного ростка ; они избыточно растут не утрачивая ядра (мегалобласты).

Дефицит витамина В12 вызывает также нарушения роста клеток в лейкоцитарном и тромбоцитарном ростке.

Клиническая картина В12- дефицитной анемии состоит из 3-х синдромов.

1.Анемического.

2.Поражение ЖКТ.

3.Поражение нервной системы.

Особенности анемического синдрома:

Поскольку анемия развивается в течение нескольких лет, пациенты переносят удовлетворительно даже низкие показатели гемоглобина и эритроцитов.

Наблюдается:

Бледность с желтушным оттенком вследствие гемолиза мегалобластов

Гепатомегалия и небольшая спленомегалия

Увеличение билирубина

Субфебрилитет.

Со стороны ЖКТ отмечается:

глоссит, боли в области языка, жжение, образование эрозий, »лакированный» язык,

снижение аппетита, неустойчивый стул.

Атрофия слизистой оболочки на всём протяжении ЖКТ вследствие нарушения регенерации клеток ЖКТ.

Со стороны нервной системы:

фуникулярный миелоз, поражение задних и боковых столбов спинного мозга вследствие нарушения распада жирных клеток - клинически проявляющееся парестезиями, ощущением онемения «ватных ног», неуверенности походки.

Лабораторная диагностика В12-дефицитной анемии.

Поражение 3-х ростков кроветворения, но больше эритроидного, поэтому возникает

анемия, тромбоцитопения, лейкопения;

Эритроциты - в виде макроцитов. Остатки ядер в виде телец Жолли и колец Кебо.

Так как в эритроцитах содержится много гемоглобина, а количество эритроцитов значительно снижено, ЦП больше 1 (гиперхромия).Полисегментация нейтрофилов.

Снижение количество тромбоцитов.

Увеличение непрямого билирубина (гемолиз макроцитов).

Обязательна **стернальная пункция**, которая при панцитопении выявляет отсутствие оксифильных форм - « синий косный мозг».

Количество ретикулоцитов снижено.

Лечение (только после стернальной пункции).

Витамин В12 (200-500мкг1 раз в сутки).

На 5 -8 день должен произойти ретикулоцитарный криз (до 20-30%),что является косвенным подтверждением диагноза.

Основная **роль медсестры** при уходе и наблюдении за пациентами с данной патологией следующая:

Следить за соблюдением предписанного режима и диеты,

Медикаментозной терапии (препараты железа, вит. В12, фолиевой кислоты), их правильном применении.

Подготовить пациента к стернальной пункции.

Подготовить стерильный инструментальный столик для выполнения врачом стернальной пункции.

Осуществлять помощь врачу при выполнении им стернальной пункции.

Уметь выявить проблемы пациента и грамотно их решить (нарушение целостности кожных покровов, слизистых; ломкость волос, ногтей, головокружение, слабость и т.д.).

Осуществлять инфекционную безопасность пациенту (соблюдение СЭР, проветривание палаты, контроль посещений пациента и т.д.).

2. Болезни щитовидной железы: Понятия гипертиреоза, гипотиреоза, эндемического зоба. Этиология, диагностика, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности, проблемы пациента, план сестринских вмешательств с мотивацией при микседеме.

Гипотиреоз – заболевание, обусловленное снижением функции щитовидной железы или полным ее выпадением.

Причины:

- аутоиммунный тиреоидит
- врожденная аплазия щитовидной железы
- хирургическое лечение (субтотальная резекция щитовидной железы)
- медикаментозное воздействие (передозировка мерказолила)

Жалобы пациентов:

- вялость, слабость, сонливость
- повышенная утомляемость
- снижение памяти
- зябкость
- ноющие боли в области сердца, одышка
- боли в мышцах
- осиплость голоса
- выпадение волос
- запоры
- нарастание массы тела
- у женщин, нарушение менструального цикла (может быть бесплодие)
- у мужчин, снижение либидо

Объективный осмотр:

1. Внешний вид – адинамия, мимика лица скудная, речь замедлена
2. Лицо одутловатое
3. Глазные щели сужены, веки отечны
4. Осиплость голоса
5. Кожа сухая, холодная на ощупь, плотный отек стоп и голеней (при надавливании ямки не остается)
6. Температура тела снижена
7. Нарастание массы тела
8. Снижение АД,
9. Снижение частоты пульса - менее 60 уд. в мин (брадикардия)

Лабораторные методы:

Клинический анализ крови (анемия)

Биохимический анализ крови:

- Определение уровня гормонов щитовидной железы (Т3, Т4 – уровень снижен)
- Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) повышен
- Уровень антител к ткани щитовидной железы
- Уровень холестерина – гиперхолестеринемия

Инструментальные методы:

- Поглощение радиоактивного йода J^{131} щитовидной железой (исследование функции щитовидной железы)
- Сканирование щитовидной железы
- УЗИ щитовидной железы

- ЭКГ

Лечение:

1. Диета № 10 (исключить продукты богатые холестерином, уменьшение энергетической ценности пищи, рекомендовать продукты, содержащие клетчатку)
2. Медикаментозная терапия - заместительная гормональная терапия: тироксин, L-тироксин

Осложнения:

Снижение интеллекта,

Нарушения удовлетворения потребностей: есть, выделять, поддерживать температуру тела, быть чистым, одеваться, раздеваться, работать.

Проблемы пациента:

- Мышечная слабость
- Зябкость
- Снижение памяти
- Запоры
- Нарастание массы тела.

Сестринский уход:

1. Дать рекомендации по диетотерапии (исключить продукты, содержащие жиры животного происхождения, включить продукты богатые клетчаткой – хлеб с отрубями, сырые овощи и фрукты, ограничить употребление углеводов).
2. Контроль частоты, пульса, АД, контроль веса, частоты стула,
3. Обучить пациента соблюдению личной гигиены.
4. Обучить родственников особенностям общения с пациентами
5. Обучить родственников уходу за пациентами.
6. Рекомендовать носить теплую одежду в холодное время года.
7. Выполнять назначения врача.

Диспансеризация:

- Регулярные контрольные явки к эндокринологу.
- Контроль за уровнем гормонов щитовидной железы, уровнем холестерина.
- Контроль ЭКГ 1 раз в полгода.
- Контроль массы тела.

Эндемический зоб — заболевание, встречающееся в местностях с ограниченным содержанием йода в воде и почве. Оно характеризуется компенсаторным увеличением щитовидной железы. Заболевание широко распространено во всех странах мира. Иногда встречается спорадический зоб увеличение щитовидной железы без предшествующего йодного дефицита.

Помимо дефицита йода в окружающей среде, имеют определенное значение и употребление зобогенных пищевых веществ, содержащихся в некоторых сортах капусты, репы, брюквы, турнепса. В ответ на внешний недостаток йода развивается гиперплазия щитовидной железы, изменяется синтез тиреоидных гормонов и йодный обмен.

Различают диффузную, узловую и смешанную формы зоба. Функция щитовидной железы может быть не нарушена, повышена или понижена. Чаще, однако, отмечается гипотиреоз. Типичным проявлением недостаточности щитовидной железы у детей в эндемических районах является кретинизм. Значительные размеры зоба могут вызывать сдавление органов шеи, нарушения дыхания, явления дисфагии, изменения голоса. При загрудинном расположении зоба могут сдавливаться пищевод, крупные сосуды, трахея.

Поглощение щитовидной железой I131 обычно повышено, в крови снижен уровень Т3 и Т4 (при гипотиреозе), повышен уровень ТТГ. В диагностике помогает УЗИ, при загрудинном и внутрисредостенном расположении зоба — рентгенография.

Лечение узловой и смешанной форм зоба только оперативное. То же относится и к зобу больших размеров и эктопической локализации. В остальных случаях применяют антиструмин, микродозы йода (при ненарушенной функции железы), тиреоидин,

тиреокомб, тироксин. При гипотиреозе используют заместительную терапию тиреоидными гормонами в компенсирующих дозировках. В эндемических очагах показан профилактический прием йодированных продуктов и препаратов йода, антиструмина.

В настоящее время известен целый ряд болезненных состояний, обусловленных влиянием йодной недостаточности. Консенсус (согласованное мнение) ведущих специалистов-эндокринологов нашей страны по проблеме эндемического зоба считает, что недостаточное поступление йода в организм человека в различные периоды его жизни вызывает следующие заболевания.

3. Бронхиальная астма: определение, этиология, способствующие факторы, клиника, лечение, профилактика. Сестринский процесс: проблемы пациента и план сестринских вмешательств.

Бронхиальная астма (БА) - самое распространенное хроническое заболевание дыхательных путей в детском возрасте. Частота ее продолжает расти. Заболевание, начавшееся в детстве, продолжается и в старшем возрасте. Длительно текущая бронхиальная астма может приводить не только к инвалидизации ребенка, но и к смерти. **Бронхиальная астма** - это аллергическое заболевание, которое характеризуется повторными приступами удушья (бронхоспазма). В основе заболевания лежит стойкое аллергическое воспаление дыхательных путей от слизистой оболочки носа до мельчайших бронхов и бронхиол. Развитие бронхиальной астмы тесно связано с воздействием различных факторов.

Предрасполагающие факторы:

Атопия: выработка организмом повышенного количества иммуноглобулинов Е.

Гиперреактивность бронхов - повышенная реакция на раздражители в виде легкого и быстрого развития обструкции. Наследственность - риск развития БА у ребенка, родители которого имеют признаки аллергии в 2-3 раза выше, чем у ребенка, чьи родители здоровы.

Причинные факторы:

Аллергены - пищевые, бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые, лекарственные, вирусы, химические вещества, вакцины. Под действием аллергенов у детей формируется сенсибилизация и аллергия. Формирование различных видов сенсибилизации происходит в определенной временной последовательности. У детей грудного возраста вначале формируется сенсибилизация к пищевым и лекарственным аллергенам. В возрасте от 1 года и до 5 лет формируется сенсибилизация к бытовым, эпидермальным, грибковым и пыльцевым аллергенам. К 5 годам у ребенка уже формируется бронхиальная астма с поливалентной сенсибилизацией. Ведущую роль в формировании БА среди бытовых аллергенов отводят клещам домашней пыли. Благоприятные условия для их размножения это влажный воздух, температура воздуха от 15 до 24 °С. Основными местами их обитания являются мягкая мебель и постель, но они распространяются по всей квартире: мягкие игрушки, паласы, настенные ковры, домашняя обувь и т. д. Питаются клещи чешуйками верхнего слоя кожи человека или домашних животных, плесенью, волосом, пером, растительной пищей. Аллергенными свойствами обладают покров и выделения клещей. Живут клещи около 1 мес. Аллергенность мертвых клещей сохраняется месяцами и даже годами. Основной путь проникновения бытовых аллергенов в организм ингаляционный. Поэтому БА с бытовой сенсибилизацией характеризуется круглогодичным обострением, преобладанием приступов удушья ночью или при уборке квартиры.
К эпидермальным аллергенам относятся шерсть, пух, перо, перхоть, выделения, слюна домашних животных и насекомых (тараканов), сухой корм для рыбок. Нужно помнить, что неаллергенных животных не бывает.
Пыльцевая сенсибилизация обусловлена пыльцой растений (дуб, береза, тополь, клен, ольха, злаки, сорняки и др.).
Действие причинных факторов усугубляют:

- Респираторные вирусные инфекции - вирусы повреждают слизистую оболочку, повышают ее проницаемость для аллергенов, усиливают гиперреактивность бронхов.
- Патологическое течение беременности - контакты с аллергенами, профессиональная вредность, нерациональное питание, инфекционные заболевания.
- Недоношенность, нерациональное питание ребенка - раннее искусственное вскармливание, ранее введение в рацион ребенка пищевых продуктов, обладающих сенсибилизирующей активностью.
- Наличие аллергического дерматита и других аллергических заболеваний.
- Пассивное или активное курение - 20 % детей из семей, где курит один родитель, заболевают БА уже в раннем возрасте.
- Факторы (триггеры), вызывающие обострение БА: Аллергены, вирусные респираторные инфекции, физические нагрузки, эмоциональные стрессы, изменение метеоусловий.
- Варианты течения БА: атопическая, инфекционно-зависимая, нервно-психическая, паторецепторная и дисгормональная.

Степени тяжести БА:
- легкая - дневные редкие приступы удушья 1-3 раза в месяц при контакте с конкретным аллергеном. Снимается однократным использованием бронхолитика;
- среднетяжелая - приступы днем и ночью, 1 раз в неделю. Снимаются после повторного применения бронхолитика и гормонов:
- тяжелая - приступы несколько раз в неделю или ежедневно днем и ночью.

Современные методы диагностики: общий анализ крови: кожные тесты для выявления значимых аллергенов: радиоиммунные и иммуноферментные методы определения общего иммуноглобулина Е и специфических иммуноглобулинов в сыворотке крови; спирометрия для оценки функции внешнего дыхания у детей старше 5 лет; тест с физической нагрузкой для выявления бронхиальной гиперреактивности; пикфлоуметрия - мониторинг ПСВ (пиковой скорости выдоха) для оценки степени тяжести БА и контроля эффективности назначенной терапии; исследование мокроты; рентгенография легких; бронхоскопия.

Лечение бронхиальной астмы

1. **Элиминационные мероприятия подбираются для каждого ребенка индивидуально**.

Гипоаллергенная диета - исключение из пищевого рациона ребенка продуктов, содержащих аллергены: шоколад, шоколадные конфеты, кофе; мед. орехи, соки, содержащие различные консерванты и эссенции; газированные напитки; рыба и морепродукты; куриное яйцо, коровье молоко; грибы и консервированные продукты; острые и пряные продукты; овощи и фрукты красного, желтого и оранжевого цвета; ананасы, киви, бананы, дыня, черная смородина.

Гипоаллергенный быт - особенно детям при бытовой и эпидермальной сенсибилизации. Необходимо проведение мероприятий, направленных на борьбу с клещами домашней пыли и изменение экологии жилья: использовать специальные очистители воздуха для удаления аллергенных частиц в воздухе: уменьшить влажность за счет регулярного проветривания, просушивания постели, используя специальные осушители воздуха; убрать из квартиры, особенно из спальни ребенка настенные ковры, паласы, лишнюю мебель, комнатные растения: перьевую подушку заменить подушкой с синтетическим наполнителем, использовать противоаллергенные чехлы для матраца и других постельных принадлежностей; держать книги на закрытых стеклом полках; при проведении уборки желательно использовать специальные салфетки и пылесосы с одноразовыми съемными фильтрами; присутствие ребенка в момент уборки недопустимо; постельное белье менять 1 раз в неделю; промораживать или просушивать на солнце подушки, матрацы, одеяла и другие вещи (холодный воздух и солнечный свет вызывают гибель клешей) или 1 раз в год сдавать в химчистку, или стирать ежемесячно в горячей воде; мягкие игрушки стирать в горячей воде 1 раз в 3 мес. или класть на ночь в морозильную камеру; нахождение

мягких игрушек в кровати во время сна ребенка недопустимо; применять различные химические препараты для уничтожения живых клещей - акрициды (милбиол и др.),но после обработки комнаты желательно в течение суток в ней не находиться, тщательно проветрить и провести сухую уборку пылесосом, желательно отказаться от домашних животных; исключить курение в квартире; исключить контакты ребенка с бытовой химией; в присутствии ребенка не использовать вещества с резким запахом.

2. **Медикаментозная терапия**.

- Базисная терапия: регулярный, ежедневный и длительный прием препаратов с целью снижения аллергического воспаления слизистой бронхов, предотвращения обострений: кромогликат натрия (интал), недокромил натрия (гайлед); бекотид, пульмикорт и др.; сальметерол, сальбутамол, оказывающие длительный бронхо-расширяюший эффект; комбинированные ингаляционные препараты; препараты группы теофиллина пролонгированного действия.

Выбор препаратов и дозы для базисной терапии зависят от степени тяжести БА. Эффективность базисной терапии зависит от правильного выбора и применения устройства для ингаляции. Детям младше 4 лет лучше использовать дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ) и спейсер с лицевой маской: детям в 4-6 лет - ДАН и спейсер с мундштуком; детям старше 6 лет - ДАИ, ДАИ со спейсером, дозированный порошковый ингалятор (ДПИ). Медицинская сестра должна обучить ребенка и родителей правилам использования ингаляторов и постоянно контролировать сохранения навыков.

- Лечение обострения (острого приступа или затяжного состояния бронхиальной обструкции): для восстановления проходимости бронхов используются бронхоспазмолитики: сальбутамол-ДАИ, вентолин-ДАИ, беротек-Н ДАИ: атровент-ДАИ, беродуал, беродуал-ДАИ. Теофиллин и эуфиллин используются в виде раствора для внутривенного введения.

Этапы сестринского процесса при бронхиальной астме:

1 этап. Сбор информации

- Субъективные методы обследования:

Жалобы: затрудненное дыхание, кашель.

История (анамнез) заболевания: начало острое с повышения температуры тела.

История (анамнез) жизни: наличие аллергических заболеваний у родителей и/или родственников; сопутствующие аллергические заболевания у ребенка (дерматит, крапивница, отек Квинке и др.); повторяющиеся эпизоды свистящего дыхания, экспираторной одышки; кашель в ночные и утренние часы.

- Объективные методы обследования:

Осмотр во время приступа: самочувствие ребенка нарушено, испуган, вынужденная поза - сидит с приподнятым плечевым поясом, опираясь на край стула/постели; экспираторная одышка, дыхание шумное, дистанционные свистящие хрипы, цианоз носогубного треугольника. раздувание крыльев носа, набухание шейных вен; кашель приступообразный с тягучей, вязкой мокротой. При аускультации - сухие свистящие и влажные хрипы.

2 этап. Выявление проблем больного ребенка

У пациента с БА нарушаются потребности: поддерживать общее состояние, дышать, есть, спать, отдыхать, общаться.

Существующие проблемы, обусловленные бронхоспазмом. отеком слизистой оболочки, гиперсекрецией слизи в просвет бронхов: экспираторная одышка, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. тахикардия, кашель с вязкой мокротой.

Потенциальные проблемы: риск ателектаза, эмфиземы, пневмоторакса. сердечной недостаточности.

3-4 этапы. Планирование и реализация ухода за пациентом в стационаре

Цель ухода: способствовать наступлению ремиссии, не допустить развитие осложнений

Сестринский процесс при бронхиальной астме.
План ухода
1.**Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением режима**.
Реализация ухода:
Независимые вмешательства: Провести беседу с пациентом и /или родителями о причинах развития заболевания, особенностях лечения и профилактике осложнений. Убедить в необходимости лечения в стационаре, выполнении всех рекомендаций.
Мотивация:
Создание режима щажения ЦНС и органов дыхания. Расширение знаний.
2. **Обеспечивать организацию и контроль питания**.
Реализация ухода:
Независимые вмешательства . Проведение беседы с пациентом/родителями об особенностях гипоаллергенной диеты. необходимости ее строгого соблюдения не только в стационаре, но и дома после выписки.
Мотивация:
Удовлетворение, физиологических, потребностей. Профилактика обострений.
3. **Организация досуга**.
Реализация ухода:
Независимые вмешательства: Рекомендовать родителям принести ребенку любимые книги, игры и др.
Мотивация:
Создание условий для соблюдения режима
4. **Создание комфортных условий в палате**.
Реализация ухода:
Независимые вмешательства: Контролировать проведение влажной уборки и регулярного проветривания; регулярность смены постельного белья; соблюдение тишины в палате.
Мотивация:
Удовлетворение физиологических потребностей во сне. Улучшение дыхания.
5. **Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий, и приеме пищи**.
Реализация ухода:
Независимые вмешательства: Провести беседу о необходимости соблюдения гигиены. Рекомендовать родителям принести зубную пасту, расческу, чистое сменное белье.
Мотивация:
Удовлетворение потребности быть чистым.
6. **Выполнять назначения врача**.
Реализация ухода:
Зависимое вмешательство: Проведение базисной терапии.
Независимые вмешательства : Объяснить пациенту и/или родителям необходимость приема лекарственных препаратов. Провести беседу с пациентом и/или родителями о возможных побочных эффектах препаратов. Научить пациента и /или родителей правилам применения ДАИ и других устройств для ингаляций, методике проведения пиклоуметрии и ведению дневника самоконтроля.
Контролировать устойчивость практических навыков у пациента/родителей.
Сопровождать на диагностические исследования, объясняя цель и необходимость проведения. Обеспечить психологическую поддержку пациенту и родителям.
Мотивация:
Нормализация морфологических изменений в бронхах и функциональных показателей.
Повышение уровня знаний.
Эффективность лечения. Раннее выявление побочных действий лекарственных препаратов.
7. **Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией пациента на лечение.**
Реализация ухода:

Независимое вмешательство: Опрос о самочувствии, жалобах, измерение температуры тела утром и вечером; контроль ЧД, ЧСС; наличия и характера одышки и кашля; контроль физиологических отправлений. При ухудшении общего состояния срочно сообщить лечащему или дежурному врачу.
Мотивация:
Контроль эффективности проводимого лечения и ухода. Раннее выявление и профилактика осложнений.

5 этап. Оценка эффективности ухода

При правильной организации сестринского ухода наступает ремиссия, пациент выписывается под наблюдение педиатра, аллерголога, пульмонолога в детской поликлинике. Пациент и его родители должны знать об особенностях организации режима, диеты, элиминационных мероприятиях, о необходимости диспансерного наблюдения и строгом соблюдении всех рекомендаций.

4. Бронхит: этиология, способствующие факторы, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Сестринская помощь : нарушенные потребности, проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств по приоритету.

Бронхиты бывают острые и хронические, абструктивные (с нарушением проходимости бронхов) и неабструктивные.

Острый бронхит – острое диффузное воспаление слизистой оболочки бронхов.

Этиология:

1. инфекционные факторы (бактерии, вирусы, микоплазмы)
2. физические факторы (воздействие очень высокой/низкой температуры)
3. химические факторы (кислоты, щелочи, газы, пыль)
4. аллергические факторы (домашняя пыль, пыльца растений)

Предрасполагающие факторы:

1. переохлаждение (рефлекторная зависимость сосудов нижних конечностей и сосудов ЛОР-органов)
2. курение (снижается количество бакаловидных клеток, атрофия слизистой, снижения ворсинок)
3. хронические заболевания ЛОР-органов (синуситы, риниты, тонзиллиты, ларингиты, фарингиты)

Клиника.

Начало острое, часто на фоне ОРВИ, симптомы интоксикации выражены умеренно (слабость, температура субфебрильная, реже фебрильная 38-39). Кашель сначала сухой, может быть надсадный, мучительный, через несколько дней становится влажным. Мокрота сначала слизистая, вязкая к 5-6 дню – менее вязкая, может стать слизисто-гнойной. Боли в грудной клетке нет. Может появиться при длительном сильном кашле, из-за перенапряжения межреберных и брюшных мышц. Одышки нет, появляется только при обструктивном бронхите (экспираторного характера). При перкуссии ясный легочный звук, при аускультации – жесткое дыхание, сухие, а затем влажные хрипы.

Диагностика.

1. общий анализ крови (незначительный лейкоцитоз и ускоренная СОЭ)
2. рентгенограмма грудной клетки (изменений нет, усиление легочного рисунка в области корня легкого)
3. общий анализ мокроты (много лейкоцитов и макрофагов)

Осложнения:

1. очаговая пневмония
2. переход в хроническую форму

Лечение.

Постельный режим при высокой температуре, марлевая повязка при вирусной инфекции, частое проветривание помещения, соблюдение санитарно-гигиенических правил при гнойной мокроте.

Диета №13, обильное витаминизированное и щелочное питье (лучшее отхождение мокроты). Противопоказания к питью: отеки, гипертоническая болезнь. Щелочное питье: минералка без газов, молоко (выяснить переносимость).

Щелочные и противовоспалительные ингаляции (ромашка, зверобой, эвкалипт, пихта, лук, чеснок). Цель: отхождение мокроты, противовоспалительная. Щелочные ингаляции: сода 2ч.л. на 0,5.

Горчичники, согревающий компресс на грудную клетку, горячие ножные ванны (при температуре не выше 37,3).

Противовирусные препараты (в первые 3дня болезни при вирусном бронхите): интерферон в нос («Гриппферон»), оксолиновая мазь, арбидол, ремантадин, тамифлю, анаферон, афлубин. Делятся на 2группы: гомеопатические (лечение микродозами разными химическими элементами): афлубин, анаферон. Негомеопатические: интерферон, гриппферон.

Иммуномодуляторы: бронхомунал, рибомумил, иммунал (трава эхиноцеи), ИРС-19 (спрей в нос/горло).

Жаропонижающие: анальгин, аспирин, парацетамол (Эффералган, Панадол, «Колдрекс», «Фервекс», «Терафлю», колдак), ибупрофен («Нурофен) – НПВС – нестероидные противовоспалительные средства. Побочные эффекты: угнетают кроветворение, гепототоксическое действие. Аспирин не применять при температуре выше 39гр.!!! (синдром Рейно – сильное токсическое действие на печень). Снижаем температуру с 38,5.

Противокашлевые препараты (только при сухом кашле): либексин, кодтерпин (центр. действия), тусупрекс, глаувент.

Муколитики (разжижают мокроту): бромгексин (бисольфон), АЦЦ/флуимуцил/мукосольвин, амброксол (амбробене, лазольван).

Отхаркивающие: мукалтин, травесил, бронхикум, линкас, трава подорожника, мать-и-мачехи, корень солодки, алтея, термопсиса.

Бронхолитики (расширяют бронхи, при меняются при обструктивном бронхите): эуфиллин, сальбутамол, беротек, атровент.

Антибиотики (при гнойном бронхите и у ослабленных больных): амоксиклав, амоксициллин, ампициллин, ампиокс; эритромицин, рулид, сумамед; цефалоспорины – цефалексин, клафоран, цефазолин.

Витаминотерапия: полимитамины, витамин С

Антигистаминные: кларитин, эриус, кестин.

Дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки, ЛФК, физиотерапия.

Хронический бронхит – хроническое диффузное воспаление слизистой оболочки, подслизистой и мышечного слоя бронхиального дерева, характеризующееся длительным течением с периодическими обострениями. Чаще всего является следствием острого бронхита, лечение которого было проведено несвоевременно или не было доведено до конца. Значительно чаще встречается у курильщиков. Относится к группе хронических неспецифических заболеваний легких и имеет непосредственное отношение к развитию бронхиальной астмы, эмфиземы, рака легких.

Этиология.

Развивается при длительном раздражении слизистой оболочки бронхов различными химическими веществами и патогенными бактериями, вирусами, микоплазмами, грибами.

Застойные явления в легких при сердечной и почечной недостаточности.

Нарушения носового дыхания: риниты, тонзиллиты, синуситы, фарингиты.

Частые переохлаждения, алкоголизм (вдыхание спиртовых паров; регургитация – обратный ток жидкости из желудка в пищевод; снижение общего иммунитета), курение.

Профессиональные вредности.

Клиника.

Кашель с отделением слизистой/слизисто-гнойной мокроты, одышка. Кашель усиливается по утрам. Мокрота больше отделяется по утрам «полным ртом». Различают **простой, гнойный и обструктивный хронический** бронхит.

При хроническом обструктивном бронхите наблюдается затяжной коклюшевидный кашель, экспираторная одышка, зависимость от метеорологических условий, времени суток. При развитии эмфиземы: коробочный перкуторный звук, грудная клетка бочкообразной формы, уменьшение подвижности нижних краев легких. При аускультации на отдельных участках дыхание может быть

жестким, с небольшим количеством хрипов. В период обострения выслушиваются сухие или влажные хрипы. В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. На рентгенограмме – расширение корней легкого, деформация легочного рисунка. При бронхоскопии – воспаление слизистой бронхов.

Осложнения хронического бронхита:

1. очаговая пневмония
2. бронхоэктазы
3. эмфизема
4. бронхиальная астма
5. дыхательная недостаточность
6. рак легкого

Лечение.

1. антибиотики:

a. полусинтетические: оксациллин, ампиокс, диклоксациллин
b. цефалоспорины: клафоран, кефзол
c. тетрациклины
d. эритромицин, левомицетин

2. внутритрахеальные вливания фурацилина, фурагина
3. сульфаниламидные препараты: сульфадиметоксин, бисептол
4. нестероидные противовоспалительные средства: индометацин, отрофен
5. иммуномодулирующие препараты: декарис, Т-активин, метилурацил
6. мукалтин, АЦЦ, амброксол
7. постуральный дренаж

КРАТКИЙ ПЛАН СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (УХОДА) В СТАЦИОНАРЕ

1. обеспечить соблюдение постельного режима
2. следить за соблюдение диеты № …, объяснить суть диеты
3. измерять температуру, ад, пульс, чдд, следить за цветом кожных покровов, диурезом, водным балансом, массой тела
4. обеспечить плевательницей, судном
5. уход по выявленным проблемам/приобретенной
6. проветривание палаты, регулярная уборка
7. следить за соблюдением личной гигиены, помощь в соблюдении личной гигиены
8. беседы с пациентом/родственниками о сути заболевания, факторов риска, назначенном обследовании, необходимости соблюдения назначений врача
9. подготовка к исследованиям
10. обеспечить прием лекарств, выполнять назначения врача, уметь оказать помощь при неотложных состояниях

5. Бронхоэктатическая болезнь: определение, этиология, виды бронхоэктазов, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: планирование сестринских вмешательств при обострении бронхоэктатической болезни.

Бронхоэктатическая болезнь (бронхоэктазии) представляет собой приобретенное заболевание, характеризующееся, как правило, локализованным хроническим

нагноительным процессом (гнойным эндобронхитом) в необратимо измененных (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах, преимущественно нижних отделов легких.

Этиология.

Причины развития бронхоэктазий до настоящего времени нельзя считать достаточно выясненными. Микроорганизмы, обусловливающие острые респираторные процессы у детей, которые могут осложняться формированием бронхоэктазий (возбудители пневмоний, кори, коклюша и т. д.), могут считаться этиологическим фактором лишь условно, так как у подавляющего большинства больных эти острые заболевания оканчиваются полным выздоровлением. Инфекционные возбудители, вызывающие обострения нагноительного процесса в уже измененных бронхах (стафилококк, пневмококк, гемофильная палочка и др.), следует рассматривать как причину обострений, а не бронхоэктатической болезни. Весьма существенную, а возможно и определяющую, роль *в* формировании бронхоэктазий играет генетически детерминированная неполноценность бронхиального дерева (врожденная «слабость» бронхиальной стенки, недостаточное развитие гладкой мускулатуры, эластической и хрящевой ткани, недостаточность защитных механизмов, способствующая развитию и хроническому течению инфекции, и т. д.). В настоящее время оценить значение рассматриваемого фактора у конкретных больных еще трудно, и выделение особой группы так называемых дизонтогенетических бронхоэктазий, связанных с постнатальным расширением бронхов у детей с врожденно неполноценной бронхолегочной тканью, пока что представляется спорным.

Патогенез.

Важнейшую роль в патогенезе бронхоэктазий играет нарушение проходимости крупных (долевых, сегментарных) бронхов, обусловливающее нарушение их дренажной функции, задержку секрета и формирование обтураци-онного ателектаза. У детей причиной формирования ателектаза может быть сдавление податливых, а возможно и врожденно неполноценных, бронхов гиперплазированными прикорневыми лимфоузлами или же длительная закупорка их плотной слизистой пробкой при острых респираторных инфекциях (банальная или прикорневая пневмония) или же туберкулезном. Ателектазу может способствовать и снижение активности сурфактанта, либо врожденное, либо связанное с воспалительным процессом или аспирацией (например, околоплодных вод у новорожденного).

Обтурация бронха и ретенция бронхиального секрета неизбежно ведут к развитию *нагноительного процесса* дистальнее места обтурации, который, являясь вторым важнейшим фактором в патогенезе бронхоэктазий, по-видимому, обусловливает прогрессирующие необратимые изменения в стенках. Снижение резистентности стенок бронхов к действию так называемых «бронхо-дилатирующих сил» (повышение эндобронхиального давления вследствие кашля, растяжения скапливающимся секретом, отрицательное внутриплевральное давление, усиливающееся вследствие уменьшения объема ателектазированной части легкого) ведет к стойкому расширению просветов бронхов. Необратимые изменения пораженного отдела бронхиального дерева сохраняют свое значение и после восстановления бронхиальной проходимости, в результате чего в расширенных бронхах со стойко нарушенной очистительной функцией хронически течет периодически обостряющийся нагноительный процесс.

Существует давно подмеченная патогенетическая связь между бронхоэктазиями и *заболеваниями верхних дыхательных путей* (параназальными синуитами, хроническими тонзиллитами, аденоидами), которые наблюдаются примерно у половины больных бронхоэктазиями, в особенности у детей. Эта связь объясняется, возможно, общей недостаточностью защитных механизмов респираторного тракта, а также постоянным взаимным инфицированием верхних и нижних дыхательных путей, ведущим к своеобразному порочному кругу.

Классификация.

В зависимости от *формы расширения бронхов* различают бронхоэктазии:

- цилиндрические,
- мешотчатые,
- веретенообразные
- смешанные.

Между ними существует много переходных форм, отнесение которых к тому или иному виду бронхоэктазии осуществляется зачастую произвольно. Бронхоэктазии делят также на ателектатические и не связанные с ателектазом.

По *клиническому течению и тяжести* на основе классификации В. Р. Ермолаева (1965) различают 4 формы (стадии) заболевания:

- легкую
- выраженную
- тяжелую
- осложненную

По *распространенности* процесса целесообразно различать одно- и двусторонние бронхоэктазии с указанием точной локализации изменений по сегментам. В зависимости от состояния больного в момент обследования должна указываться фаза процесса: обострение или ремиссия.

Клиника.

Основной *жалобой* больных является кашель с отделением более или менее значительного количества гнойной мокроты. Наиболее обильное отхаркивание мокроты отмечается по утрам (иногда «полным ртом»), а также при принятии больным так называемых дренажных положений (поворачивание на «здоровый» бок, наклон туловища вперед и др.). Неприятный, гнилостный запах мокроты, который в прошлом считался типичным для бронхоэктазии, в настоящее время встречается лишь у наиболее тяжелых больных. Суточное количество мокроты может составлять от 20-30 до 500 мл и даже более. В периоды ремиссий мокрота может не отделяться вовсе. Собранная в банку мокрота обычно разделяется на два слоя, верхний из которых, представляющий собой вязкую опалесци-рующую жидкость, содержит большую примесь слюны, а. нижних целиком состоит из гнойного осадка. Объем последнего характеризует интенсивность нагноительного процесса в значительно большей степени, чем общее количество мокроты.

Кровохарканье и легочные кровотечения наблюдаются редко, преимущественно у взрослых больных. Изредка они бывают единственным проявлением заболевания при так называемых «сухих» бронхоэктазиях, характеризующихся отсутствием в расширенных бронхах нагноительного процесса.

Одышка при физической нагрузке беспокоит почти каждого третьего больного. Она далеко не всегда связана с дефицитом функционирующей легочной паренхимы и зачастую исчезает после операции. Боли в груди, связанные с плевральными изменениями, наблюдаются у значительной части больных.

Температура поднимается до субфебрильных цифр, как правило, в периоды обострений. Высокая лихорадка, снижающаяся после отхаркивания обильной застоявшейся мокроты, иногда наблюдается у более тяжелых больных. Также преимущественно в периоды обострений больные жалуются на общее недомогание, вялость, понижение работоспособности, подавленность психики (обычно при наличии зловонной мокроты и неприятного запаха при дыхании).

Внешний вид большинства больных мало характерен. Лишь при тяжелом течении отмечаются некоторая задержка в физическом развитии и замедленное половое созревание у детей и подростков. Цианоз, а также булавовидная деформация пальцев («барабанные палочки»), считавшаяся в прошлом типичным симптомом бронхоэктазий, в последние годы встречаются редко.

Диагностика.

При *физикальном исследовании* иногда отмечаются небольшое перкуторное притупление и ограничение подвижности диафрагмы в области поражения. Аускультативно здесь же определяются крупно- и среднепузырчатые хрипы, уменьшающиеся или исчезающие после откашливания, а также жесткое дыхание. В период ремиссии физикальные симптомы могут отсутствовать.

На обзорных *рентгенограммах* бронхоэктазий можно заподозрить похарактерной ячеистости на фоне усиленного легочного рисунка, лучше определяемой на боковых, а также по таким признакам, как уменьшение объема и уплотнение тени пораженных отделов легкого.

Основным методом, *подтверждающим наличие и уточняющим локализацию бронхоэктазии,* является *бронхография* с обязательным полным контрастированием обоих легких, которое осуществляется поэтапно или же одновременно (преимущественно у детей в условиях наркоза) после тщательной санации бронхиального дерева и максимально возможного купирования нагноительного процесса. Бронхографически в пораженном отделе отмечаются та или иная форма расширения бронхов 4-6-го порядков, их сближение и незаполнение контрастным веществом ветвей, располагающихся периферичнее бронхоэктазов, в результате чего бронхи пораженной доли сравнивают с «пучком прутьев» или «обрубленным веником».

Бронхоскопическое исследование имеет значение для оценки выраженности нагноения (эндобронхита) в тех или иных сегментах легкого, а также для эндобронхиальных санаций и контроля за динамикой процесса.

Функциональное исследование легких обнаруживает у больных бронхоэктазиями преимущественно ограничительные и смешанные нарушения вентиляции. При длительном течении процесса и осложнении его диффузным бронхитом начинают преобладать обструктивные нарушения, приобретающие необратимый характер и свидетельствующие об упущенных возможностях оперативного лечения.

Профилактика.

Профилактика бронхоэктатической болезни должна быть направлена в первую очередь на предупреждение и рациональное лечение пневмоний раннего детского возраста, что представляет собой самостоятельную проблему педиатрии. По всей вероятности, именно с определенными достижениями последней связаны уменьшение в последние годы общего числа больных бронхоэктазиями и облегчение течения последних.

Дифференциальная диагностика.

Дифференциальную диагностику проводят с хроническим бронхитом, туберкулезом и абсцессом легкого, аномалиями развития легкого.

Лечение.

Консервативное лечение играет большую роль в лечении больных бронхоэктатической болезнью. Главным звеном консервативного лечения является санация бронхиального дерева, предусматривающая, с одной стороны, опорожнение последнего от гнойной мокроты, а с другой - местное воздействие антимикробными средствами на гноеродную микрофлору. Наряду с санацией путем лаважа с помощью инсталляций в пораженные бронхи через трансназальный катетер или при бронхоскопии растворов антисептиков, антибиотиков, муколитических средств и т. д. существенное значение сохранили и вспомогательные средства, способствующие отхождению гнойной мокроты: так называемый постуральный дренаж, дыхательная гимнастика, вибрационный массаж грудной клетки и т. д. Большую пользу приносят правильно выбранный режим, общеукрепляющие процедуры, полноценное, богатое белками питание и т. д.

Важным элементом лечения бронхоэктатической болезни, в особенности у детей, является санация верхних дыхательных путей, осуществляемая обычно оториноларингологами, участие которых в обследовании и лечении является обязательным.

Радикальное *хирургическое вмешательство заключается в резекции пораженного участка, но* не всегда показано и не может излечить всех больных бронхоэктазиями. Оптимальным возрастом для вмешательства следует считать 7-14 лет, поскольку в младшем возрасте не всегда точно удается установить объем и границы.

6. Гастрит: определение, этиология, способствующие факторы, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента и план сестринских вмешательств при остром гастрите.

Определение: раздражение слизистой оболочки желудка с последующим вторичным развитием воспалительного процесса.

Этиология.

1. Грубые нарушения диеты.
2. Переедание.
3. Действие химических веществ (кислоты, щёлочи и др.).
4. Пищевая аллергия.
5. Патогенная микрофлора (стафиллококк, кишечная палочка, сальмонелла и др.)

Клиника.

1. Неприятный вкус во рту.
2. Тошнота.
3. Отрыжка.
4. Рвота съеденной пищей. Затем слизью и желчью.
5. Чувство тяжести под ложечкой.
6. Боли в эпигастрии.
7. Возможны понос и симптомы интоксикации.

Диагностика.

1. Основывается на клинической картине.
2. При необходимости бактериологическое и токсикологическое исследование промывных вод желудка.

Лечение.

1. Промывание желудка.
2. Голод 1 – 2 дня, затем стол №1.
3. Спазмолитики: платифиллин, атропин, но-шпа.
4. Антигистаминные препараты по показаниям.
5. Дезинтоксикационная терапия.

Стандарты сестринской деятельности при остром гастрите.

I. Возможные нарушения потребностей.

1. Физиологические:

- Есть (тошнота, боли, метеоризм).
- Пить (тошнота, боли, рвота).
- Выделять (поносы, метеоризм).
- Двигаться (боли в эпигастрии, тошнота).
- Поддерживать температуру (лихорадка).
- Избегать опасностей (асфиксия).
- Быть чистым (рвота).
- Поддерживать состояние (риск развития хронического гастрита).

2. Психо-эмоциональные:

- Общаться (боли, рвота).
- Нарушение самореализации (боли, рвота, ограничение трудоспособности).
- Работать (ограничение трудоспособности).

II. Проблемы пациента.

1. Физиологические:

- Боли в эпигастрии.

- Дискомфорт, чувство тяжести в эпигастрии.
- Тошнота.
- Рвота.
- Изменённый характер стула.
- Отсутствие аппетита.
- Слабость.

2) Психологические:

- Дефицит знаний о болезни.
- Неадекватное отношение к болезни.

3) Социальные:

- Снижение трудоспособности.

4) Потенциальные:

- Риск развития осложнений:
- Асфиксии.
- Кровотечения.
- Перфорации.
- Хронического гастрита.

Проблема**: Тошнота**

Цель: Облегчить состояние пациента, добиться уменьшения тошноты в течение первых суток.

Сестринские вмешательства:

1. Придать пациенту удобное положение в постели на боку, уменьшающее тошноту.
2. Давать пациенту прохладное питьё малыми порциями (добавить в воду несколько капель мяты).
3. При отравлении - промыть желудок

I способ: Предложить пациенту выпить 1 л прохладной кипяченой воды с добавлением толчёного актированного угля. Вызвать рвоту путём надавливания на корень языка.

II способ: через зонд.

4. Согласовав с врачом, обеспечить приём (или в/м введение) медикаментов – церукал и др., альмагель А.

Проблема: **Рвота**

Цель: Облегчить состояние пациента в течение первых суток (у пациента не будет аспирации рвотных масс, у пациента не будет обезвоживания).

Сестринские вмешательства:

1. Оказать пациенту психологическую поддержку.
2. Придать пациенту удобное положение в постели на боку (или на спине, повернув голову на бок).
3. Обеспечить туалет ротовой полости после каждого акта рвоты – дать прополоскать рот прохладной кипячёной водой.
4. Обучить пациента методике расслабления и глубокого дыхания для урежения позывов рвоты.
5. При отравлении – промыть желудок через зонд кипячёной водой комнатной температуры с добавлением толчёного активированного угля, или слабым раствором перманганата калия, или 1% раствором натрия гидрокарбоната.
6. Осмотреть рвотные массы (промывные воды на наличие примесей: крови, слизи, остатков лекарственных веществ).
7. Отправить рвотные массы (промывные воды) на исследование:

- при отравлении продуктами – в бактериологическую лабораторию,
- при отравлении неизвестными ядами – в токсикологическую лабораторию бюро судебно-медицинской экспертизы.

8. Провести обеззараживание рвотных масс:

- Добавить равный объём 10% («маточного») раствора хлорной извести. Экспозиция 1 час.
- Добавить сухую хлорную известь (1:5). Экспозиция 1 час.

9. Давать пациенту прохладное питьё малыми порциями.

10. Обеспечить приём (введение), согласовав с врачом, препаратов: церукал – в/м 2 мл, альмагель А – 2 чайные ложки (в первые 30 минут после приёма нельзя пить).

7. Гипертоническая болезнь: этиология, способствующие факторы, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, планирование сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

Гипертоническая болезнь - это общее заболевание, характеризующееся повышением артериального давления, которое не связано с каким-либо известным заболеванием внутренних органов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) при ООН считает повышенным артериальное давление (независимо от возраста) свыше 140/90 мм рт. ст.

Факторы риска гипертонической болезни:

1. Наследственность.
2. Частые и значительные психоэмоциональные перегрузки.
3. Избыточное потребление поваренной соли (более 4 - 6 г/сут).
4. Ожирение.
5. Курение.
6. Злоупотребление алкоголем.

Проблемы пациента:

А. Существующие (настоящие):

- головные боли;
- головокружения;
- нарушение сна;
- раздражительность;
- отсутствие обязательного чередования труда и отдыха;
- отсутствие соблюдения малосолевой диеты;
- отсутствие постоянного приема лекарственных препаратов;
- недостаток знаний о факторах, способствующих повышению АД.

Б. Потенциальные;

- риск развития гипертонического криза;
- риск развития острого инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения;
- раннее ухудшение зрения;
- риск развития хронической почечной недостаточности.

СБОР ИНФОРМАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ:

1. Расспрос пациента об условиях профессиональной деятельности, о взаимоотношениях в семье и с коллегами на работе.

2. Расспрос пациента о наличии гипертонической болезни у ближайших родственников.

3. Исследование особенностей питания пациента.

4. Расспрос пациента о вредных привычках:

- курение (что курит, количество сигарет или папирос в сутки);
- употребление алкоголя (как часто и в каком количестве).

5. Расспрос пациента о приеме лекарственных препаратов: какие медикаменты принимает, частота, регулярность их приема и переносимость (энап, атенолол. клофелин и др.).

6. Расспрос пациента о жалобах на момент обследования.

7. Осмотр пациента:
- цвет кожных покровов;
- наличие цианоза;
- положение в постели;
- исследование пульса:
- измерение артериального давления.

СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ВКЛЮЧАЯ РАБОТУ С СЕМЬЕЙ ПАЦИЕНТА:

1. Провести беседу с пациентом/семьей о необходимости соблюдения диеты с ограничением соли (не выше 4-6 г/сут).

2. Убедить пациента в необходимости щадящего режима дня (улучшение служебных и домашних условий, возможное изменение условий работы, характера отдыха и т. п.).

3. Обеспечить пациенту достаточный сон. разъяснить условия, способствующие сну: проветривание помещения, недопустимость приема пищи непосредственно перед сном, нежелательность просмотра тревожащих телепередач. При необходимости проконсультироваться с врачом о назначении успокаивающих или снотворных препаратов.

4. Обучить пациента приемам релаксации для снятия напряжения и тревоги.

5. Информировать пациента о влиянии курения и алкоголя на уровень артериального давления.

6. Информировать пациента о действии лекарственных препаратов. назначенных лечащим врачом, убедить его в необходимости систематического и длительного их приема только в назначенных дозах и их сочетаний с приемом пищи.

7. Провести беседу о возможных осложнениях гипертонической болезни, указать на их причины.

8. Контролировать массу тела пациента, соблюдение режима и диеты.

9. Проводить контроль передаваемых продуктов родственниками или другими близкими людьми у стационарных пациентов.

10. Обучить пациента (семью):
- определять частоту пульса; измерять артериальное давление;
- распознавать начальные симптомы гипертонического криза;
- оказывать доврачебную помощь при этом.

8. ИБС: Инфаркт миокарда: определение, этиология, клиника типичной формы инфаркта миокарда, атипичные варианты течения, лечение, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента и план сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

Острый инфаркт миокарда — заболевание, которое обусловливается развитием одного или нескольких очагов ишемического некроза в сердечной мышце в результате нарушения коронарного кровообращения, возникающего вследствие сужения сосудов атеросклеротическои бляшкой или тромбоза коронарной артерии.

Классическое описание инфаркта миокарда было дано В. П. Образцовым и Н. Д. Стражеско в 1909 г.

Этиология.

В 95% этиологическим фактором ИМ является атеросклероз коронарных артерий, в развитии которого играют роль факторы риска ИБС (пол, возраст, артериальная гипертензия. Сахарный диабет, ожирение, курение, гиподинамия и др.)

Реже причиной может быть спазм коронарных артерий без признаков атеросклероза или воспалительные изменения коронарных сосудов ревматической этиологии, сосудистые поражения.

Инфаркт миокарда может располагаться на любой стенке левого желудочка, а также в межжелудочковой перегородке. Инфаркты предсердий и правого желудочка встречаются редко.

При инфаркте миокарда обескровленный участок подвергается некрозу. В дальнейшем погибшие участки замещаются соединительной тканью, и образуется плотный рубец.

Различают *крупноочаговый* и *мелкоочаговый* инфаркт миокарда. Поражающий некрозом всю толщину стенки желудочка инфаркт называется трансмуральным.

Клиническая картина. Основной симптом инфаркта миокарда — внезапно возникающая резкая боль в

области сердца или за грудиной, которая может иррадии-ровать в левое плечо, левую лопатку. Боль продолжительная, не купирующаяся нитроглицерином. Пациент возбужден, недооценивает тяжесть своего состояния, иногда испытывает страх смерти. На лице у него выступает холодный пот, отмечается бледность кожных покровов.

Важным признаком инфаркта миокарда является острая сердечно-сосудистая недостаточность: резкая слабость, учащение сердцебиения, понижение артериального давления, нитевидный пульс. При аускультации выявляется глухость тонов сердца, аритмия.

Инфаркт миокарда, как правило, сопровождается повышением температуры тела, она может быть высокой или субфебрильной. Повышение температуры связано с поступлением в кровь продуктов распада из очага некроза. У лиц старческого возраста температура тела может не изменяться. В крови отмечаются лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Одним из важных клинических симптомов инфаркта миокарда является шум трения перикарда, который обнаруживается при аускультации. Шум трения отмечается при инфаркте миокарда передней стенки левого желудочка сердца, при котором развивается реактивный перикардит (этот признак не постоянен).

Окончательно установить диагноз позволяет электрокардиографическое исследование. При наличии некроза в миокарде появляется патологический зубец Q, зубец T становится отрицательным, сегмент ST выше изолинии.

В течении инфаркта миокарда выделяются периоды: прединфарктный (нестабильная стенокардия), острейший, острый, подострый (период рубцевания) и постинфарктный. Кроме того, инфаркт миокарда может быть рецидивирующий, когда развивается новый участок некроза на фоне еще протекающего (не зарубцевавшегося) первого. Повторный инфаркт миокарда возникает после зарубцевавшегося первого. После первого инфаркта миокарда у пациентов остается склонность к повторному, поэтому так важна профилактика повторных инфарктов миокарда.

Описанный выше вариант течения инфаркта миокарда является типичным *(ангинозным),* но он наблюдается не у всех пациентов. Могут быть *атипичные варианты:* периферический и безболевой.

Периферический вариант включает в себя: гортанно-глоточный (боль типа ангины), верхнепозвоночный (боль в спине), нижнечелюстной (боль в нижней челюсти, в зубе).

Безболевые варианты: 1) абдоминальный (локализация боли в эпигастральной области, возможна диарея); 2) астматический — отек легких вследствие слабости левого желудочка (кашель с отделением пенистой мокроты, удушье, обилие влажных хрипов в легких); 3) коллаптоидный (шок без боли — резкая слабость); 4) аритмический; 5) церебральный (резкая головная боль, возможна потеря сознания); 6) малосимптомный; 7) отечный и др.

Осложнения инфаркта миокарда. В остром периоде (первые 10 дней) могут возникнуть осложнения: *кардио-генный шок* (слабость, нитевидный пульс, АД менее 80/50 мм рт. ст.), острая сердечно-сосудистая недостаточность (отек легких), аритмии — нарушения ритма и проводимости (экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, мерцание предсердий, блокады), которые встречаются в 75— 100 % случаев и часто бывают причиной смерти.

Реже бывают разрыв сердечной мышцы с гемотампона-дой сердца, парез желудка, кишечника, желудочно-кишечное кровотечение, психические расстройства.

В постинфарктный период формируется хроническая *аневризма,* постинфарктный аутоиммунный *синдром Дрес-слера,* после перенесенного обширного трансмурального инфаркта возможно образование *постинфарктного кардиосклероза* и *хронической недостаточности кровообращения* (одышка, отеки).

Лечение. На догоспитальном этапе важно провести неотложные и реанимационные мероприятия, купировать боль, ликвидировать тяжелые нарушения ритма, острой недостаточности кровообращения, правильно транспортировать пациента в стационар.

В острый период предписывают строгий постельный режим, назначают диету с исключением продуктов, способствующих метеоризму. В это время пациенту можно придавать пассивное положение полусидя, приподнимая головной конец кровати. Довольно рано можно назначать лечебную гимнастику. Очень важно вселить уверенность в

положительном исходе болезни, в чем немаловажная роль принадлежит медицинской сестре.

Во всех случаях при инфаркте миокарда в первую очередь ликвидируют болевой приступ, проводят борьбу с острой сердечно-сосудистой недостаточностью. Болевой приступ купируют препаратами группы опиатов: промедола — 1—2 мл 1-2% раствора с изотоническим раствором натрия хлорида в/в. Для усиления анальгетических свойств его вводят вместе с препаратами, потенцирующими его действие (1 мл 2,5% раствора аминазина; антигистаминные препараты: 1 мл 1% раствора димедрола или 2 мл 2% раствора супрастина; анальгетики: 2 мл 50% раствора анальгина). Растворы вводятся изолированно, не в смеси. Если АД не меннее 100/60 мм рт. ст., начать помощь надо с сублингвального приема нитроглицерина 1—2 таблетки, каждые 2—3 минуты до уменьшения боли. В стационаре нитроглицерин вводится внутривенно капельно.

Для купирования болевого приступа применяют метод нейролептанальгезии. Этот метод представляет собой общую анастезию, достигаемую при внутривенном введении сильного анальгетика фентанила и нейролептика дроперидола.

В первые дни заболевания желательно давать больным кислород со скоростью 2—6 л в мин., так как артериальная гипоксемия выражена почти во всех случаях.

С целью повышения артериального давления вводят мезатон, кофеин, кордиамин, преднизолон. При резком понижении артериального давления внутривенно капельно вводят адреналин, норадреналин.

На раннем этапе применяют антикоагулянты и фибринолитические препараты. Такими средствами являются фибринолизин, гепарин. При назначении гепарина определяется время свертывания крови, а при назначении антикоагулянтов непрямого действия — протромбиновый индекс. С 3-го дня назначают антиагрегантные препараты: ацетилсалициловую кислоту, курантил.

При необходимости проводят антиаритмическую терапию. Наиболее опасными нарушениями считаются желудочковая экстрасистолия и пароксизмальная тахикардия. Для их лечения используют лидокаин и новокаинамид.

При внезапной остановке сердца пациенту проводят искусственную вентиляцию легких методом «рот в рот» и непрямой массаж сердца или дефибрилляцию сердца и внутрисердечное введение адреналина.

Во всех случаях инфаркта миокарда пациенты должны быть госпитализированы в специализированные кардиологические отделения или блоки интенсивной терапии и реанимации для проведения патогенетического и симптоматического лечения.

Возможные проблемы пациента:

• интенсивная боль в сердце;

• общая слабость;

• лихорадка;

• артериальная гипотензия (шок);

• чувство неудобства при вынужденном ограничении двигательного режима;
• дефицит информации о заболевании;
• страх инвалидизации.

В планировании ухода используются модели В. Хендерсон, Д. Орэм, М. Аллен.

Большое значение в лечении пациента с острым инфарктом миокарда имеет сестринский процесс и сестринское вмешательство. Медсестра оценивает общее состояние пациента, следит за показателями температуры, пульса, АД, обеспечивает его физиологические отправления, не нарушая строгий постельный режим. Медсестра по назначению врача расширяет двигательный режим, следит за состоянием кожи, постели, за проведением ЛФК, проветриванием палаты и строго выполняет назначения врача — подает кислород для ингаляций, вводит лекарственные средства.

Реабилитация пациентов с инфарктом миокарда является частью программы лечебных мероприятий. Реабилитация — это комплекс мероприятий (медицинских, физических, психологических, социальных), направленных на сохранение жизни и восстановление трудоспособности пациентов.

На догоспитальном этапе проводится борьба с шоком, аритмиями и начинается психологическая подготовка пациента к уверенности в благоприятном исходе при соблюдении всех назначений, особенно по режиму.

На госпитальном этапе продолжается борьба за сохранение жизни, раннее расширение двигательного режима в соответствии с общим состоянием пациента. Иногда с 3-го дня разрешают повороты на бок и т.д. Делается это для профилактики атрофии миокарда и развития сердечной недостаточности. Продолжается психологическая подготовка пациента.

Санаторный этап — пациенты из стационара переводятся в кардиологический санаторий местного типа, где проводится физическая реабилитация.

Диспансерный, или поликлинический, этап — решаются вопросы трудоустройства, пенсионного обеспечения и меры вторичной профилактики инфаркта миокарда. На этом этапе пациенты пребывают пожизненно.

9. ИБС; Стенокардия: определение, этиология, способствующие факторы, клиника, лечение, профилактика. Определить проблемы пациента и план сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

Стенокардия (от лат. stenocardia - сжатие сердца, angina pectoris - грудная жаба) является одной из основных форм ИБС и характеризуется приступообразно возникающей болью за грудиной или в области сердца. Возникновение болевых (ангинозных) приступов определяется сложившимися взаимоотношениями двух основных факторов: анатомического и функционального. Доказано, что в подавляющем большинстве случаев при типичной стенокардии речь идет об атеросклерозе коронарных артерий, приводящем к сужению их просвета и развитию коронарной недостаточности. Приступ стенокардии возникает в результате несоответствия между потребностью сердечной мышцы в кислороде и способностью питающих ее сосудов доставить необходимое его количество. В результате возникает ишемия, выражающаяся болью. Болевой синдром является сигналом о неблагополучии, «криком» сердца о помощи. По мере прогрессирования атеросклероза коронарных артерий приступы грудной жабы становятся чаще.

Стенокардия напряжения является наиболее распространенной формой стенокардии, она бывает: впервые возникшая, стабильная и прогрессирующая.

Стенокардия напряжения, впервые возникшая
К впервые возникшей стенокардии относится стенокардия, продолжающаяся до 1 мес с момента появления. Клиническая симптоматика впервые возникшей стенокардии напряжения аналогична описанной ниже симптоматике стабильной стенокардии, но, в отличие от нее, она очень многообразна по своему течению и прогнозу.

Впервые возникшая стенокардия напряжения может перейти в стабильную, принять прогрессирующее течение и даже привести к развитию инфаркта миокарда. В ряде случаев может наблюдаться регресс клинической симптоматики. Учитывая такую вариабельность течения впервые возникшей стенокардии напряжения, предложено относить ее к нестабильной стенокардии до того момента, когда наступает ее стабилизация.

Стабильная стенокардия напряжения

Стабильная стенокардия напряжения - это стенокардия, существующая более 1 мес и характеризующаяся стереотипными (похожими друг на друга) приступами боли или дискомфорта в области сердца в ответ на одну и ту же нагрузку.

Стабильную форму стенокардии напряжения в настоящее время подразделяют на 4 ФК.

- К I ФК стабильной стенокардии относят случаи, когда приступы возникают только при нагрузках высокой интенсивности, выполняемых быстро и длительно. Такую стенокардию называют латентной.

- II ФК стенокардии характеризуется приступами, возникающими при быстрой ходьбе, подъеме в гору или по лестнице выше 1-го этажа или ходьбе в обычном темпе на большое расстояние; появляется некоторое ограничение обычной физической активности. Это легкая степень стенокардии.

- Стенокардию III ФК относят к средней степени тяжести. Она появляется при обычной ходьбе, подъеме на 1-й этаж, могут появляться приступы болей в покое. Обычная физическая нагрузка заметно ограничена.

- IV ФК стенокардии - это тяжелая стенокардия. Приступы возникают при любой физической активности, а также в покое.

Таким образом, определение функционального класса больного со стабильной стенокардией является важнейшим показателем тяжести заболевания и помогает прогнозировать его течение, а также дает возможность выбрать оптимальное лечение.

Клиническая картина приступа стенокардии

- Боль (сжимающая, давящая, жгучая, ноющая) или ощущение тяжести за грудиной, в области сердца, иррадиирующая в левое плечо, лопатку, руку и даже запястье и пальцы.

- Появляется чувство страха смерти.

- Возникновение болей, как правило, связано с физической нагрузкой или эмоциональными переживаниями.

- Приступы стенокардии появляются при повышении АД, во время сна, при выходе на мороз, после обильного приема пищи, алкоголя и курения.

- Боли, как правило, проходят через 1-5 мин после прекращения нагрузки и приема нитроглицерина.

Клиническая картина приступа стенокардии была впервые описана английским врачом У. Геберденом в 1768 г. В настоящее время используются критерии стенокардии, разработанные Американской ассоциацией кардиологов, определяемые во время опроса больных. Согласно этим критериям, типичную стенокардию напряжения характеризует наличие трех признаков:

- боль (или чувство дискомфорта) за грудиной;

- связь этой боли с физической или эмоциональной нагрузкой;

- исчезновение боли после прекращения нагрузки или приема нитроглицерина.

Наличие только двух из трех перечисленных признаков указывает на атипичную (возможную) стенокардию, а присутствие лишь одного признака не дает оснований установить диагноз стенокардии.

Главным признаком стенокардии является внезапно возникающая боль, которая за несколько секунд достигает определенной, не изменяющейся в течение всего приступа интенсивности. Наиболее часто боль локализуется за грудиной или в области сердца,

значительно реже - в надчревной области. По своему характеру боль, как правило, бывает сжимающей, реже - тянущей, давящей или ощущается больным в виде жжения. Типичной считается иррадиация боли в левую руку (ульнарную часть левой руки), область левой лопатки и плеча. В ряде случаев боль ощущается в области шеи и нижней челюсти, редко - в правом плече, правой лопатке и даже в поясничной области. Некоторые больные отмечают в области иррадиации боли чувство онемения или похолодания. Зона иррадиации боли в определенной мере зависит от тяжести приступа стенокардии: чем он тяжелее, тем область иррадиации обширнее, хотя такая закономерность наблюдается не всегда.

Иногда во время приступа стенокардии выраженного болевого синдрома не возникает, а появляется неопределенное чувство стеснения, неловкости, тяжести за грудиной. Эти ощущения порой не поддаются четкому словесному определению, и больной вместо словесной их характеристики прикладывает руку к области грудины.

В ряде случаев больных беспокоит боль только под левой лопаткой, в плече, нижней челюсти или в надчревной области.

В некоторых случаях боль при стенокардии может локализоваться не за грудиной, а только или преимущественно в атипичной зоне, например только в местах иррадиации или в правой половине грудной клетки. Следует правильно оценивать атипично локализованную боль. Если она возникает на высоте нагрузки, проходит в покое, после приема нитроглицерина, необходимо предполагать стенокардию и для подтверждения диагноза проводить соответствующее инструментальное исследование. У отдельных больных стенокардия может проявляться приступом удушья, обусловленным возникающим в результате коронарной недостаточности снижением сократительной функции сердца и развитием застоя крови в малом круге кровообращения. У многих больных отмечается связь приступов стенокардии с неблагоприятным влиянием холода, встречного ветра, обильного приема пищи. Тяжелые ангинозные приступы могут быть спровоцированы курением, особенно на фоне напряженной умственной работы. По данным статистических исследований, курящие люди заболевают стенокардией в 10-12 раз чаще, чем некурящие.

Важным обстоятельством, имеющим диагностическое значение, является связь приступов с физическим или психоэмоциональным напряжением. Так как физическая нагрузка вызывает и усиливает боль, больной во время приступа старается не двигаться. Факторами, провоцирующими приступ стенокардии, могут быть также половой акт и тахикардия любого генеза (лихорадка, тиреотоксикоз и др.). Как правило, болевой синдром продолжается от нескольких секунд до 1 - 5 мин, крайне редко - до 10 мин и исчезает так же внезапно, как и возникает. При стабильной стенокардии напряжения боли отличаются стереотипностью: возникают в ответ на определенные нагрузки, одинаковы по интенсивности, продолжительности и зонам иррадиации.

Течение стенокардии у многих больных волнообразное: периоды редкого появления болей чередуются с их учащением и усилением интенсивности приступа. Изменение характера болевого синдрома может свидетельствовать о прогрессировании, утяжелении заболевания, его переходе в нестабильную форму. Приступы при этом возникают при меньших, чем ранее, нагрузках, становятся более частыми и тяжелыми, увеличиваются интенсивность боли и ее длительность, становится более обширной зона иррадиации болей. Помимо боли, приступ стенокардии может сопровождаться общей слабостью, разбитостью, ощущением тоски или чувством страха смерти. Кожные покровы чаще бледные, иногда выявляются их покраснение и умеренная потливость. Нередко возникает сердцебиение, учащается пульс, умеренно повышается АД. По окончании приступа остается чувство разбитости, иногда выделяется повышенное количество светлой мочи.

Нестабильная стенокардия - повод предположить возможность развития инфаркта миокарда. Такие больные подлежат госпитализации. Исключительное значение в распознавании приступа стенокардии издавна придается оценке действия нитроглицерина, после приема которого боль обычно исчезает через 1-3 мин, и его действие сохраняется не менее 15-25 мин. Более тяжелой формой грудной жабы является стенокардия покоя. Присоединение к стенокардии напряжения болей, возникающих в покое, чаще ночью во время сна, является неблагоприятным признаком, свидетельствующим о прогрессировании стенозирования коронарных артерий и ухудшении кровоснабжения сердечной мышцы. Эта форма стенокардии чаще встречается в пожилом возрасте, у лиц, страдающих также ГБ. Болевые приступы, возникающие в покое, более тягостны и продолжаются дольше. Снятие боли требует более интенсивной терапии, ибо прием нитроглицерина не всегда ее полностью купирует. Стенокардия покоя является крайним вариантом прогрессирующей, нестабильной стенокардии. Несмотря на разнообразные «маски» стенокардического приступа, почти все его проявления отличаются приступообразностью.

Спонтанная стенокардия (стенокардия Принцметала)

У части больных ИБС возникают эпизоды локального спазма коронарных артерий при отсутствии явных атеросклеротических поражений. Этот болевой синдром называют вариантной стенокардией, или стенокардией Принцметала. В этом случае доставка кислорода к миокарду снижается вследствие интенсивного спазма, механизм которого в настоящее время неизвестен. Нередко болевой синдром интенсивный и продолжительный, возникает в покое. Отмечена относительно низкая эффективность нитроглицерина. Показана экстренняя госпитализация. Прогноз серьезный, высока вероятность развития инфаркта миокарда и ВСС. Немая (безболевая, бессимптомная) форма ИБС Довольно значительная часть эпизодов ишемии миокарда может проходить без симптомов стенокардии или ее эквивалентов вплоть до развития ББИМ. По данным Фремингемского исследования, до 25% инфарктов миокарда впервые диагностируются только при ретроспективном анализе серии ЭКГ, причем в половине случаев они полностью бессимптомны. Выраженный атеросклероз коронарных артерий может протекать бессимптомно и обнаруживается только на вскрытии у лиц, умерших внезапно. С высокой степенью вероятности можно предполагать наличие ББИМ у лиц без клинических признаков ИБС, но с несколькими факторами риска ССЗ. При множественных факторах риска рекомендуется СМ ЭКГ, а при обнаружении ББИМ - углубленное обследование вплоть до коронарной ангиографии (КАГ). В отдельных случаях показаны проба с физической нагрузкой, а также стресс-ЭхоКГ. ИБС нередко проявляется только нарушениями сердечного ритма без болевого синдрома. В этих случаях следует предположить в первую очередь ББИМ, незамедлительно снять ЭКГ и госпитализировать больного в специализированное кардиологическое отделение. Неотложная помощь при стенокардии При возникновении у пациента болей в области сердца следует немедленно вызвать врача, до прихода которого медицинская сестра должна оказать первую доврачебную помощь.

Тактика медицинской сестры до прихода врача:

- успокоить больного, измерить АД, сосчитать и оценить характер пульса;
- помочь принять положение полусидя или уложить больного, обеспечив ему полный физический и психический покой;
- дать больному нитроглицерин (1 таблетку - 5 мг или 1 каплю 1% спиртового его раствора на кусочке сахара, или таблетку валидола под язык);
- поставить горчичники на область сердца и на грудину, при затянувшемся приступе показаны пиявки на область сердца;
- внутрь принять корвалол (или валокордин) 30-35 капель;
- до прихода врача внимательно наблюдать за состоянием больного.

Медицинская сестра должна знать механизм действия нитроглицерина, который до сих пор является препаратом выбора при приступах грудной жабы. Чем раньше больной с приступом стенокардии примет нитроглицерин, тем легче купируется боль. Поэтому не следует медлить с его применением или отказываться от назначения препарата в связи с возможным возникновением головной боли, головокружения, шума и чувства распирания в голове. Следует убедить пациента принять препарат и параллельно можно дать внутрь анальгетическое средство от головной боли. В связи со значительным периферическим сосудорасширяющим действием нитроглицерина в ряде случаев возможно развитие обморока и очень редко - коллапса, особенно если больной резко встал, принял вертикальное положение. Действие нитроглицерина наступает быстро, через 1-3 мин. При отсутствии эффекта через 5 мин после однократного приема препарата его следует назначить повторно в той же дозе.

При болях, не снимаемых двукратным назначением нитроглицерина, дальнейший прием бесполезен и небезопасен. В этих случаях надо думать о развитии предынфарктного состояния или инфаркта миокарда, что требует назначения более сильных лекарственных средств, назначаемых врачом.

Эмоциональное напряжение, явившееся причиной приступа и сопровождавшее его, может быть устранено применением седативных средств. Медицинская сестра в критических для больного ситуациях должна проявлять выдержку, работать быстро, уверенно, без излишней поспешности и суетливости. Необходимо помнить, что больные, особенно с заболеваниями органов кровообращения, мнительны, поэтому общение с пациентом должно быть очень деликатным, осторожным, тактичным, как это должно быть у настоящей профессиональной сестры милосердия. От того, насколько грамотно медицинская сестра умеет распознавать характер болей в области сердца, зависит эффект лечения, а иногда и жизнь больного.

3. Сестринский процесс при стенокардии

Проблемы пациента

Настоящие:

- жалобы на боли в области сердца (за грудиной) сжимающие, возникают при физической нагрузке и после волнений, а иногда и в покое. Боли купируются приемом нитроглицерина (через 2-4 мин), но после приступа беспокоит головная боль;
- боли в области сердца иногда сопровождаются кратковременными перебоями в области сердца;
- одышка при физической нагрузке. Физиологические:
- трудности с актом дефекации. Психологические:
- больной очень переживает из-за неожиданности своей болезни, которая нарушила его жизненные планы, а также снизила качество жизни.

Приоритетные:

- одышка при физической нагрузке.

Потенциальные:

- боли в области сердца, возникающие и в покое, свидетельствуют о прогрессировании болезни, может развиться инфаркт миокарда.

Отсутствие знаний:

- о причинах заболевания;
- о прогнозе болезни;
- о необходимости принимать назначенное лечение;
- о факторах риска;
- о правильном питании;
- о самоуходе.

Действия медсестры

Проведение общего ухода за больным:

- смена нательного и постельного белья, кормление пациента соответственно назначенной диете, проветривание палаты (следить, чтобы не было сквозняков);

- выполнение всех назначений врача;

- подготовка больного к диагностическим исследованиям.

Обучение пациента и его родственников правильному приему нитроглицерина во время приступа болей.

Обучение пациента и его родственников ведению дневника наблюдений

Проведение бесед:

- закрепить в сознании больного факт, что при приступе стенокардии может развиться инфаркт миокарда, при отсутствии бережного отношения к своему здоровью приступ может закончиться летально;

- убедить пациента в необходимости систематически принимать антиангинальные и гиполипидемические лекарства;

- о необходимости изменения диеты;

- о необходимости постоянного контроля за своим состоянием.

Беседа с родственниками в связи с необходимостью соблюдения диеты и контроля за своевременным приемом лекарств.

Мотивировать пациента к изменению образа жизни (уменьшению факторов риска).

Консультировать пациента/семью по вопросам профилактики.

Осложнения стенокардии:

- острый инфаркт миокарда;

- острые нарушения ритма и проводимости (вплоть до ВСС);

- острая сердечная недостаточность.

Показания к госпитализации:

- впервые возникшая стенокардия напряжения;

- прогрессирующая стенокардия напряжения;

- стенокардия, впервые возникшая в покое;

- спонтанная (вазоспастическая) стенокардия.

Все больные с указанными выше видами стенокардии должны быть срочно госпитализированы в специализированные кардиологические отделения.

10. Лейкозы: определение, сущность заболевания, этиология, виды лейкозов, клинические проявления, принципы лечения, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента и планирование целей и сестринских вмешательств при остром лейкозе.

Острый лейкоз – опухолевое заболевание системы крови, морфологическим субстратом которого являются бластные клетки.

Этиология:

1. наиболее доказано и общепризнано опухолевая природа лейкозов.
2. ионизирующее излучение, вирусы, ряд экзогенных химических веществ, лекарственные препараты.
3. генетическая предрасположенность, наследственность и приобретенная иммунная недостаточность.

Клиника: начало острого лейкоза не имеет клиники – больные чувствуют себя здоровыми вплоть до повсеместного расселения опухолевых клеток по кроветворной системе и развития органных нарушений. Первые проявления не имеют каких либо характерных или специфических симптомов, он может начаться под видом любого заболевания: ОРВИ, ангина, пневмония, менингит, радикулит, опухоль кожи или в глубине подкожной клетчатки, боли в костях, повышение температуры без определенных причин, поэтому при любом не ясном или затянувшемся заболевании необходимо сделать КАК, он может обнаружить явные или косвенные признаки острого лейкоза.

Клинику острого лейкоза группируют в пять синдромов:

1. **Гиперпластический** – обусловленный лейкозной инфильтрацией тканей – увеличены лимфатические узлы, возможно узлов средостения, увеличение селезенки, печени, миндалин; гиперплазия десен и развития язвенно-некротического стоматита, язвенно-некротической ангины, процесс может распространяться на глотку и пищевод. Появляется болезненность при поколачивании костей, болезненная инфильтрация яичек, поражение нервной системы – нейролейкемиия (интенсивные головные боли, тошнота, рвота, выраженная светобоязнь, гипералгезия, менингиальные симптомы, сонливость или нарушение сна, бред, галлюцинации, судороги, гемипарезы, моторная афазия)

2. **Геморрагический** – обусловлен тромбоцитопенией – обширные внутрикожные кровоизлияния, носовые, желудочные, маточные, легочные кровотечения.

3. **Анемический синдром** – обусловлен резким сокращением красного кроветворного ростка в костном мозге, интоксикацией и кровотечениями.

4. **Интоксикационный** – выраженная слабость, потливость, повышение температуры тела, проливные поты особенно по ночам, головная боль, похудание, тошнота, оссалгии (боли в подвздошных костях).

5. **Иммунодефицитный синдром** – резкое снижение иммунитета, развившиеся воспалительные процессы – протекают тяжело, может быть сепсис и пневмония, гибель больных.

По мере развития заболевания на коже, в легких, на плевре могут появляться лейкемические инфильтраты.

Проблемы пациента:

Физиологические: резкая слабость, боли в горле при глотании, повышение температуры, потливость, носовые кровотечения, похудание, геморрагические высыпания.

Приоритетные проблемы: резкая слабость, боли в горле, носовые кровотечения.

Потенциальные проблемы: может наступить смерть от: кровоизлияния в мозг, желудочно-кишечные кровотечения, септические заболевания, нейролейкемии.

Сестринский диагноз: нарушения кровообразования: резкая слабость, боли в горле при глотании, повышение температуры, потливость, носовые кровотечения, похудание, геморрагические высыпания, обусловленные поражением костного мозга.

Сестринские вмешательства:

Зависимые:

1. Лечебный режим – постельный, тщательный уход за больным.
2. Питание высококалорийное, богатое витаминами и микроэлементами.
3. Цитостатическая терапия:
   - глюкокортикоиды – преднизолон, дексаметазон
   - цитостатики – цитозар, винкристин, винбластин
   - противоопухолевые – метотриксат, циклофосфан
   - противоопухолевые антибиотики – рубомицин, карминомицин
4. Дезинтоксикационная терапия – гемодез, физ. раствор, 5% глюкоза, раствор Рингера, 10% раствор альбумина.
5. Иммунотерапия – интерферон.
6. Лечение анемии – переливание эритроцитарной массы.
7. Лечение геморрагического синдрома – переливание тромбоцитарной массы, свежезамороженной плазмы, аминокапроновой кислоты.
8. Лечение инфекционных осложнений – помещение больного в асептическую палату, антибиотики – полусинтетические пенициллины + цефалоспорины, противогрибковые препараты, антивирусные (ацикловир).
9. Трансплантация костного мозга.

Взаимозависимые:

1. Подготовить пациента:

- лабораторные: КАК – анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, бластемия, наличие лейкемического провала – отсутствие промежуточных форм между бластными и зрелыми клетками – классический гематологический симптом острого лейкоза; БАК – повышение гамма-глобулинов, фибрина.

- R-логические: ФОГ, R-графия ОГК

- инструментальные: стернальная пункция – является обязательной в постановке диагноза о лейкозах.

11. Мочекаменная болезнь: этиология, способствующие факторы, виды мочевых камней, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: планирование сестринских вмешательств при приступе почечной колики.

Мочекаменная болезнь (нефролитиаз) - обменное заболевание, характеризующееся образованием камней в мочевыделительной системе. Камнеобразование является сложным физико-химическим процессом, в основе которого лежат нарушения коллоидного равновесия, перенасыщение мочи солями, изменение реакции мочи, препятствующей растворению солей. Изменению реакции может способствовать однообразное питание: растительная и молочная пища способствует ощелачиванию мочи, мясная окислению.

Факторы риска:

Малое потребление жидкости.

Инфекция мочевыводящих путей.

Нарушение уродинамики:

- редкое опорожнение мочевого пузыря; нефроптоз;
- заболевания предстательной железы;
- аномалии развития мочевыделительной системы:
- беременность.

Географические факторы:

- температура и влажность воздуха;
- характер почвы;
- состав питьевой воды и насыщенность ее минеральными солями.

Гиповитаминозы А и D.

Мочевые камни могут быть самого различного состава: оксалаты, фосфаты, ураты, кальциевые камни и пр. Они бывают единичными и множественными, размером от 0,1 до 10-15 см. Камни, заполняющие всю чашечно-лоханочную систему, как слепок, называются коралловидными.

Клинические проявления мочекаменной болезни зависят от размера камня, его формы, расположения, степени нарушения пассажа мочи. Для больших, коралловидных камней характерны тупые боли в поясничной области. Наиболее подвижные камни лоханки, а также камни мочеточника вызывают приступы острой боли почечной колики.

Причинами почечной колики могут быть:

- физические перенапряжения:
- быстрая ходьба, тряская езда;
- обильный прием жидкости.

Приступ почечной колики при мочекаменной болезни начинается внезапно. Основной симптом - интенсивная режущая боль в поясничной области, распространяющаяся на всю соответствующую половину живота, иррадиирующая в паховую область, бедро, наружные половые органы, крестец, задний проход. Боль может длиться несколько часов и даже суток, периодически стихая. Почечная колика сопровождается учащенным и болезненным мочеиспусканием, олигурией, иногда наблюдаются рефлекторные тошнота, рвота. После приступа колики почти всегда отмечается гематурия (часто макрогематурия). Больные беспрерывно меняют положение в постели, мечутся, пытаясь найти положение, которое облегчило бы боль, стонут. Кожные покровы бледные, покрыты потом. При пальпации резкая болезненность и напряжение

мышц живота в области проекции почек, напряжение мышц поясничной области. Симптом поколачивания по пояснице резко положительный. Боль бывает такой интенсивности, что может развиться обморок или коллапс.

Сестринский процесс при мочекаменной болезни:

Проблемы пациента:

А. Существующие (настоящие):

Боли в поясничной области.

Учащенное и болезненное мочеиспускание.

Тошнота, рвота, слабость.

Потливость.

Недостаток знаний о самопомощи при почечной колике.

Недостаток информации о сущности заболевания, причинах мочекаменной болезни и причинах почечной колики.

Необходимость постоянно соблюдать диету. Страх перед возможным хирургическим лечением.

Б. Потенциальные:

Риск развития обморока, коллапса.

Острый и хронический пиелонефрит.

Гидронефроз.

Симптоматическая гипертония.

Хроническая почечная недостаточность.

Сбор информации при первичном обследовании:

А. Расспрос пациента о:

- месте рождения и проживания;
- перенесенных заболеваниях (пиелонефрит, заболевания предстательной железы, нефроптоз, аномалии развития мочевыделительной системы);
- особенностях питания и потребления жидкости;
- составе питьевой воды;
- частоте опорожнения мочевого пузыря; наличии заболевания у ближайших родственников;
- частоте возникновения приступов почечной колики и причинах, ее вызывающих;
- наблюдении врачом-урологом и проводимом ранее лечении;
- жалобах пациента в момент осмотра.

Б. Осмотр пациента:

- положение в постели;
- цвет кожных покровов;
- измерение пульса и артериального давления;
- определение симптома поколачивания по пояснице.

Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:

1. Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать диету, предписанную врачом, разъяснив ее содержание. о режиме питания и питьевом режиме (пить до 2-3 л жидкости в день), о физических нагрузках, регулярности опорожнения мочевого пузыря.

2. Обеспечить проверку передач пациенту.

3. Оказывать доврачебную помощь при приступе почечной колики.

4. Контролировать:

- соблюдение пациентом режима, назначенного врачом;
- соблюдение диеты;
- пульс и артериальное давление;
- количество выпиваемой за сутки жидкости;
- суточный диурез; цвет мочи;
- прием лекарственных препаратов.

5. Обучить пациента самопомощи при приступе почечной колики.

6. Информировать пациента о лекарственных препаратах, назначенных врачом (доза, правила приема, побочные эффекты, переносимость).

7. Подготавливать пациента к сбору анализов мочи, УЗИ почек, урографии, цистоскопии.

8. Обучить пациента подготовке к дополнительным методам обследования.

Доврачебная помощь при приступе почечной колики:

Вызвать врача.

Приложить грелку на поясничную область или поместить пациента в горячую

ванну, если нет противопоказаний. Из-за возможности развития обморока нельзя оставлять пациента одного в ванне.

Дать пациенту 20-25 капель цистенала или 1 таблетку но-шпы.

Подготовить медикаменты:

Но-шпа, папаверин, платифиллин, баралгин, анальгин, промедол, новокаин все препараты в ампулах.

12. Острая сердечная недостаточность: Этиология, способствующие факторы, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента и планирование неотложных сестринских вмешательств при отеке легких.

Отек легких — тяжелое, угрожающее жизни патологическое состояние, при котором происходит пропотевание жидкости из кровеносных и лимфатических сосудов в альвеолы. Такое состояние является результатом застоя в малом кругу кровообращения, который может быть вызван следующими причинами:

- ***кардиогенные:*** острый инфаркт миокарда, пороки сердца, постинфарктный кардиосклероз, аневризма аорты, гипертоническая болезнь, атеросклеротический кардиосклероз и другие заболевания сердечно-сосудистой системы;

- ***некардиогенные:*** пневмоторакс (попадание воздуха в грудную полость), острая дыхательная недостаточность при астматическом статусе, инородном теле дыхательных путей, воспалительные заболевания органов дыхания — пневмонии, бронхиты, опухолевые заболевания дыхательных путей, туберкулез, тяжелые интоксикации при инфекционных заболеваниях (корь, коклюш и другие), травмы грудной клетки.

Проникшая в альвеолы легких жидкость — транссудат — очень богат белком и при соприкосновении с воздухом при дыхании дает энергичное вспенивание. Таким образом образуется большое количество пенистой мокроты и уменьшается объем дыхательной поверхности, что грозит асфиксией.

Клиническая картина отека легких

Чаще отек легких развивается в ночное время. Возникает приступ удушья, характеризующегося затруднением и вдоха, и выдоха. Больной часто принимает вынужденное положение — садится на кровать со спущенными ногами. Наблюдается одышка до 30-40 дыхательных движений в минуту.

Вначале сухой кашель в дальнейшем чаще сопровождается выделение пенистой розовой мокроты. Состояние сопровождается тахикардией, иногда аритмией, пульс при этом напряженный.

Одышка сопровождается влажными хрипами, которые вначале выслушиваются аускультативно, а по мере развития отека — слышны ухом на расстоянии.

Характерна боль в грудной клетке давящего, сжимающего характера, бледность и цианоз (синюшность) кожных покровов.

Больной возбужден, испытывает страх смерти, может быть спутанность сознания.

Тактика медицинской сестры при отеке легких

- Немедленно вызвать врача для определения дальнейшей тактики.
- Помочь пациенту принять наиболее удобное положение — сидя, с опущенными ногами. Таким образом, работа малого круга кровообращения несколько разгрузится.
- Пациента следует успокоить, снять сильное эмоциональное напряжение.
- Расстегнуть стесняющую одежду (пояс, воротник, у женщин — бюстгальтер) для облегчения экскурсии легких.
- Обеспечить приток свежего воздуха для облегчения дыхания.
- Обеспечить контроль состояния пациента: измерить артериальное давление, пульс, частоту дыхательных движений.
- Дать пациенту 1 таблетку нитроглицерина под язык для улучшения питания миокарда.
- Через 5 минут вновь измерить АД и при систолическом давлении выше 90 мм рт. ст. повторить дачу нитроглицерина.

- Для разгрузки работы малого круга кровообращения: наложить венозные жгуты на все или на 2 конечности. Необходимо проследить, чтобы жгуты не сдавливали артерии — проверить наличием пульса на периферии конечности. Жгуты накладываются на 15-20 минут и снимаются поочередно и постепенно.
- Для уменьшения гипоксии следует дать больному 100%-ный увлажненный кислород.
- Дальнейшую тактику согласовывать с врачом.

Очень важно для медицинской сестры вовремя заметить первые симптомы начинающегося отека легких. Как было уже сказано, данное состояние возникает чаще всего ночью. Поэтому в период ночного дежурства следует зорко следить за состоянием больных, находящихся в ведении постовой (палатной) медицинской сестры. Своевременно оказанная неотложная помощь при отеке легких — спасенная жизнь пациента.

Алгоритм действий медсестры при отеке легкого.

Вызвать врача с целью оказания квалифицированной помощи.

Придать положение сидя с опущенными ногами с целью облегчения дыхания.

Обеспечить отсасывание мокроты с целью облегчения дыхания.

Обеспечить вдыхание кислорода через пары этилового спирта с целью уменьшения гипоксии и пенообразования.

Наложить венозные жгуты на 3 конечности с целью уменьшения притока крови к сердцу и легким (по назначению врача).

Обеспечить прием нитроглицерина под язык каждые 7-10 минут с целью уменьшения давления в легочной артерии (под контролем АД).

По назначению врача приготовить лазикс, морфин, строфантин, нитроглицерин для внутривенного введения (с целью купирования отека легкого).

Контроль за внешним видом больного; ЧДД, пульс, АД согласно алгоритму манипуляции.

13. Острая сосудистая недостаточность: этиология, клинические проявления, принципы лечения. Сестринская помощь: проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств при обмороке.

Обморок (синкоп) - внезапное кратковременное нарушение сознания, вызванное гипоксией мозга.

Патогенез простого обморока связан с кратковременным снижением венозного тонуса сосудов нижних конечностей и брюшной полости, т. е. объем циркулирующей крови (ОЦК) становится относительно малым для сосудистого русла и кровь

депонируется на периферии. Это вызывает уменьшение венозного возврата и падение сердечного выброса и, как следствие этого, происходит нарушение кровоснабжения головного мозга. Основой вазодепрессорного типа обморока (при дефекации, мочеиспускании) является резкое повышение внутри грудного давления при натуживании, что вызывает снижение венозного притока и падение сердечного выброса.

Выделяют несколько видов обмороков, что свидетельствует о многообразии причин их возникновения.

У пациентов с синкопальными состояниями выделяют три периода: *предобморочный, собственно обморок* (синкоп) и *послеобморочный.*

Предобморочное состояние проявляется ощущение дурноты, потемнением в глазах, звоном в ушах, слабостью, головокружением, подташниванием, потливостью бледностью кожи и обычно продолжается от нескольких секунд до 1 минуты.

Обморок проявляется потерей сознания, резким снижением мышечного тонуса, бледностью кожи, поверхностным дыханием. Продолжается обморок от нескольких секунд до 1 минуты. В исключительных случаях при относительно продолжительном прекращении мозгового кровотока развиваются тонико-клонические судороги, наблюдается непроизвольное мочеиспускание. Зрачки сужены (иногда - расширены), не реагируют на свет, отсутствует роговичный рефлекс. Пульс слабый, едва прощупывается, редкий, АД нормальное или снижено. Тоны сердца приглушены. Дыхание поверхностное, редкое. Иногда обморок затягивается до 10-20 минут.

Послеобморочное состояние. После восстановления сознания постепенно кожа приобретает обычный цвет, улучшается наполнение пульса, исчезает брадикардия, нормализуется АД. Пациент не помнит о случившемся обмороке, обычно спрашивает, где он и что с ним произошло. У некоторых пациентов отмечается слабость, головная боль или тяжесть в голове.

Выделяют три основных группы синкопальных состояний: *нейрокардиогенные; кардиогенные; ангиогенные.*

Нейрокардиогенные обмороки. Развиваются в положении стоя, особенно в душном

помещении, в строю. Провоцирующими факторами могут быть боль, эмоциональный стресс, страх, вид крови. Относят к этой группе и так называемые *ситуационные обмороки,* возникающие при кашле, натуживании (запор, роды), мочеиспускании, глотании. В возникновении нейрокардиогенного обморока практически всегда предшествуют несколько секунд предобморочного периода: бледность и влажность кожи, слабость, головокружение, нарушение зрения, дискомфорт в эпигастральной области, тошнота.

Аритмические обмороки являются самой частой причиной кардиогенных синкопальных состояний. Чаще всего они возникают во время эпизодов выраженной брадикардии или тахиаритмии.

При аритмических обмороках нет предобморочного состояния. Например, при полной атриовентрикулярной блокаде обморок наступает среди полного покоя (чтения книги, просмотра телепередачи), частота пульса при этом становится менее 20-35-40 в 1 минуту.

При тахиаритмиях (трепетание и фибрилляция желудочков) обычно возникают тяжелые расстройства кровообращения, обусловленные частотой сокращений желудочков 180-220 в 1 минуту. Желудочковая тахиаритмия и фибрилляция желудочков имеют особенно высокий риск внезапной смерти.

Ангиогенные обмороки. Основными разновидностями сосудистых обмороков

считают ортостатический и цереброваскулярный.

Ортостатический обморок встречается довольно часто. Он встречается при переходе пациента из горизонтального в вертикальное положение.

Он проявляется в недостаточном повышении тонуса периферических артерий и вен, низким приростом ЧСС И приводит к острому, значительному снижению АД. Предобморочное состояние отсутствует.

Вторичные ортостатические обмороки встречаются при длительном пребывании на постельном режиме, при дегидратации, кровопотере, варикозном расширении вен нижних конечностей, диабетической нейропатии, беременности, амилоидозе.

Цереброваскулярные обмороки 'обычно обусловлены поражением (чаше атеросклеротическим) мозговых артерий, стенозом других артерий, влияющих, на кровоснабжение головного мозга (сонных, позвоночных, подключичных). Цереброваскулярные обмороки развиваются обычно без предвестников и относительно продолжительны. Связан обморок с резким запрокидыванием головы.

Если обморок случился ранее прибытия фельдшера, необходимо провести опрос очевидцев по следующему плану: время дня; место; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка и т. д.); исходное положение тела (стоя, сидя, лежа); крик; цвет кожи: бледность, гиперемия, цианоз; пульс: частота, ритмичность, наполнение; движения: судорожные или произвольные, локальные или общие; травма при появлении непроизвольное мочеиспускание; длительность обморока; симптомы восстановления: головная боль, спутанность сознания, нарушения речи и т. д.

Обмороки надо дифференцировать от других состояний, сопровождающихся непродолжительной потерей сознания: *эпилептические, истерические припадки, гипогликемическое состояние, нарушения мозгового кровообращения.*

Неотложная помощь при обмороке

В случаях, если обморок или послеобморочное состояние затягиваются, необходимо:

1. Уложить пациента горизонтально без подголовника с приподнятыми (30') ногами; расстегнуть одежду; обеспечить доступ свежего воздуха
2. Обрызгать лицо и грудь водой, похлопать ладонями по лицу
3. Дать осторожно (машущими движениями перед носом) вдохнуть нашатырный спирт, уксусную эссенцию, эфир; при наличии - положить грелки к ногам и кистям
4. Если пациент не приходит в себя, ввести подкожно или внутримышечно 2 мл -5% раствора *кордиамина* (или *кофеина* 1 МЛ 10% раствора), при низком АД - 1 мл 5% *раствора эфедрина* подкожно или *мезатон* 1 % раствор 1 мл внутримышечно.

5. При аритмическом обмороке: при полной a-v блокаде (приступ Морганьи-Адамса-Стокса) ввести 1 мл 0,1 % раствора *атропина сульфата* подкожно или 10 мл 2,4% раствора *эуфиллина* внутривенно; при пароксизмальной тахиаритмии - 5 мл 10% раствора *новокаинамида* внутривенно медленно.

6. При гипогликемическом обмороке ввести внутривенно 40-60.мл 40% *раствора глюкозы.*

7. После восстановления сознания, нормализации пульса, артериального давления пациенту обеспечивается физический и психический покой и наблюдение.

Подлежат госпитализации обмороки при: полной a-vблокаде (приступы Морганьи-Адамса-Стокса); эпилепсии, черепно-мозговой травме.

При часто повторяющихся синкопальных состояниях рекомендуется обследование у участкового врача.

14. Острые аллергические заболевания. Понятие об аллергенах, типах аллергических реакций, этиология, способствующие факторы, клинические формы и проявления. Сестринская помощь: проблемы пациента и план сестринских вмешательств при анафилактическом шоке.

Аллергические болезни - группа заболеваний, в основе развития которых лежит повреждение собственных тканей, вызываемое иммунной реакцией на аллергены.

Аллерген - раздражитель, способный сенсибилизировать (повышать чувствительность) организм и вызывать аллергию.

Все аллергены принято делить на две группы:

·Экзоаллергены;

·Эндоаллергены.

Экзоаллергены попадают в организм извне, а эндоаллергены образуются в самом организме и поэтому называются еще аутоаллергенами.

В свою очередь экзоаллергены также делятся на две группы:

·аллергены неинфекционного происхождения: бытовые, промышленные, пищевые, пыльцевые.

·аллергены инфекционного происхождения: бактериальные, грибковые.

Различают два типа аллергических реакций:

·немедленного типа

·замедленного типа.

Аллергические реакции немедленного типа развиваются в течение 15-20 минут после воздействия аллергена. Аллергические реакции замедленного типа развиваются через 1-2 суток после воздействия аллергена.

Аллергозы - это клиническое выражение иммунной реакции немедленного типа на воздействие различных экзогенных аллергенов, при котором повреждаются собственные ткани.

Этиология

Наиболее часто аллергозы развиваются при воздействии ингаляционных аллергенов жилищ, пыльцы растений, пищевых аллергенов, лекарственных средств, латекса, химических веществ, антигенов паразитов, а также при ужалении и укусах насекомых. Лекарственная аллергия наиболее часто развивается при применении анальгетиков, сульфаниламидов и антибиотиков из группы пенициллинов.

Среди провоцирующих факторов и факторов риска развития аллергических реакций особое значение имеют: резкое ухудшение экологии, острый и хронический стресс, вредные привычки, интенсивное развитие всех видов промышленности без достаточного соблюдения природоохранительных мер, бесконтрольное применение медикаментов, широкое использование косметики и синтетических изделий, прочное внедрение в быт средств дезинфекции и дезинсекции, изменение характера питания, появление новых аллергенов, «генетический груз» иммунной системы.

Патогенез

В основе развития аллергических заболеваний лежит повреждение тканей, вызванное иммунными реакциями немедленного типа. В ткани шокового органа или органа - "мишени" появляются признаки аллергического воспаления. Центральная роль в реализации этих иммунопатологических реакций принадлежит иммуноглобулинам класса Е (IgE), связывание которых с антигеном приводит к выбросу из тучных клеток медиаторов аллергии (гистамина, серотонина, цитокинов и др.).

Фазы аллергических реакций:

-Иммунологическая (происходит контакт с антигеном, выработка антител к данному аллергену);

-Патохимическая (при повторном попадании в организм данного аллергена происходит ряд биохимических реакций с выделением гистамина и других медиаторов, которые приводят к повреждению клеток тканей, органов);

Патофизиологическая (развитие клинической картины аллергической реакции).

В зависимости от того, в каком органе или ткани произойдет встреча аллергена с фиксированными на клетках воспаления IgE антителами, возникают характерные проявления, создающие клиническую картину аллергического заболевания: на конъюнктиве глаз - аллергического конъюнктивита с характерными симптомами зуда, слезотечения, светобоязни, на слизистой носа - аллергического ринита с симптомами

обильного выделения слизи, зуда, чихания, заложенности носа, в бронхо-легочном аппарате - бронхиальной астмы с признаками обратимого нарушения проходимости бронхов вследствие сокращения гладкой мускулатуры бронхов, отека слизистой и закупорки ею просвета мелких бронхов, в поверхностных слоях кожи - аллергической крапивницы, в глубоких слоях дермы - отека Квинке. Если в реакцию одномоментно включается значительное число эффекторных клеток аллергии, распределенных в разных тканях, то возникает общая системная реакция - анафилактический шок.

Виды аллергозов

Аллергические заболевания возникают внезапно, независимо от возраста, как впервые в жизни, так и повторно.

По прогнозу течения и риску развития жизнеугрожающих состояний острые аллергические заболевания подразделяются на:

1.Легкие - аллергический ринит (круглогодичный или сезонный), аллергический коньюнктивит (круглогодичный или сезонный), крапивница.

2.Средней тяжести и тяжелые - генерализованная крапивница, отек Квинке, острый стеноз гортани, среднетяжелое обострение бронхиальной астмы, анафилактический шок.

Тактика оказания неотложной помощи:

- немедленно прекратить дальнейший контакт с аллергеном
- обеспечить респираторную поддержку
- осуществить противошоковую терапию, в зависимости от клинических симптомов
- после устранения угрозы жизни госпитализировать в стационар

Доврачебная медицинская помощь	***Выполнение назначений врача***
1.Немедленно прекратить поступление аллергена, блокировать его всасывание, к месту инъекции или укуса приложить пузырь со льдом 2.Уложить на твердую поверхность, приподнять ножной конец, голову повернуть на бок 3. Обеспечить доступ свежего воздуха и респираторную поддержку, освободив дыхательные пути, дать увлажненный 100% кислород 4. Немедленно обеспечить доступ к вене и начать введение стартового р-ра – изотонического р-ра натрия хлорида 5. ЛС и др. оснащение готовит помощник (0,1% р-р эпинефрина, 2,4% р-р эуфиллина, ГК (преднизолон, дексаметазон), антигистаминные препараты (супрастин, тавегил) и контролирует АД	Продолжать респираторную поддержку В/в ведение кристаллоидных и коло-идных р-ров В/в 0,1% р-р эпинефрина, дофамина для повышения АД В/в преднизолон, при бронхоспазме – 2,4% р-р эуфиллина В/м или в/в – антигистаминные сред-ства (супрастин, тавегил)

15. Острый гломерулонефрит: определение, этиология, клинические формы, лечение, уход за пациентом. Сестринская помощь: нарушенные потребности, проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств по приоритетной проблеме при остром гломерулонефрите.

Острый диффузный гломерулонефрит – это острое двустороннее иммуновоспалительное заболевание с преимущественным поражением клубочков почек.

Хронический гломерулонефрит – это хроническое иммуновоспалительное заболевание обеих почек.

Гломерулонефриты – группа иммунных заболеваний почек, характеризующихся первичным поражением клубочков и последующим вовлечением в патологический

процесс интерстиция с тенденцией к прогрессированию, переходом в нефросклероз и развитием синдрома хронической почечной недостаточности

Этиология, факторы риска гломерулонефрита.

Более чем в половине случаев этиология хронических гломерулонефритов остается неизвестной. В отношении острого гломерунефрита установлен возбудитель – стрептококки группы А. Кроме того, в качестве этиологических факторов рассматриваются стафилококки, цитомегаловирус, вирусы простого герпеса, гепатита В, лекарственные препараты, вакцины, яды.

Причиной нарушения работы почек является развивающийся в почечных клубочках воспалительный процесс.

Классификация хронического гломерулонефрита.

По нозологическому принципу: первичный (идиопатический) гломерулонефрит (ГН) – 85%, этиология неизвестна; вторичный – 15% (при системных заболеваниях, заболеваниях печени, лекарственный и др.).

По течению: острый (потенциально с исходом в выздоровление); подострый (с бурным, часто злокачественным течением и развитием ОПН); хронический (с прогрессирующим течением и исходом в ХПН).

По морфологическому принципу:

I. Пролиферативные: диффузный пролиферативный эндокапилярный (острый инфекционный), экстракапилярный (диффузный, быстропрогрессирующий), мембранозно-пролиферативный, мезангиально-пролиферативный.

II. С минимальными изменениями.

III. Мембранозный.

IV. Фокально-сегментарный гломерулосклероз.

V. Склерозирующий (фибропластический).

По активности: ремиссия; активная стадия (увеличение в 5-10 раз гематурии, протеинурии, нарастание АД и отеков, появление нефротического синдрома или острой почечной недостаточности).

Клинические виды гломерулонефрита.

По течению и клиническим проявлениям выделяют следующие виды:

1. Латентный – наиболее часто встречающийся (45% от всех случаев хронического гломерулонефрита). Проявляется не выраженными внешними симптомами: умеренная отечность и повышение артериального давления. Более проявляется данными лабораторного обследования: общий анализ мочи выявляет повышенный уровень белка, эритроцитов и лейкоцитов.

2. Гематурический – редко встречающаяся форма (5 % от общего числа больных). Проявляется следующими внешними признаками: моча розового или красного цвета. В общем анализе мочи выявляется повышенное количество измененных эритроцитов.

3. Гипертонический – часто встречающаяся форма (20% от общего числа заболеваемости). Проявляется следующими внешними симптомами: постоянное повышение артериального давления, повышение объемов выделяемой суточной мочи, ночные позывы на мочеиспускание.

4. Нефротический - часто встречающаяся форма (около 25 %). Повышенное артериальное давление, выраженная отечность, сниженное количество выделяемой суточной мочи.

5.Смешанный (нефротический-гипертонический) – характеризуется симптомами, двух вышеописанных форм: нефротической и гипертонической.

Изменения со стороны мочи наиболее типичны и выявляются стабильно. У подавляющего большинства больных эти изменения характеризуются преходящей (чаще стабильной) протеинурией, эритроцитурией, цилиндрурией.

Острый нефротический синдром: острое начало - олигурия + изменения в моче + АД + отеки + транзиторная азотемия.

При некоторых формах гломерулонефрита (или в определенных стадиях его течения) развивается нефротический синдром, который в этом случае называется первичным, в отличие от вторичного, развивающегося при некоторых инфекциях, тромбозе почечных сосудов, воздействии некоторых лекарств.

Принципы диагностики гломерулонефрита.

- Оценка функционального состояния почек (выявление ХПН) - проба Зимницкого: при ухудшении функции уменьшение относительной плотности мочи (< 1012), проба Реберга - снижение клубочковой фильтрации (менее 80 мл/мин), креатинин, мочевина крови: нормальные или увеличенные, электролиты крови: тенденция к снижению Na, Ca, увеличению K, P, Mg.

- Общий анализ мочи. В этом анализе выявляются изменения следующих показателей: плотность мочи, наличие белка и цилиндров, наличие лейкоцитов и эритроцитов, цвет мочи

- Биохимический анализ крови. В этом анализе исследуются показатели: общий уровень белка крови, уровень альбуминов крови, уровень креатинина, мочевины, уровень холестерина и всех фракций жиров (липидограмма).

- Инструментальные методы обследования:

- внутривенная урография – исключение врожденной и урологической патологии;
- ультразвуковое исследование – исключение полостных и объемных образований;
- ренография – общая оценка функционального состояния почек; пункционная биопсия с использованием световой микроскопии, электронной микроскопией.

- Биопсия почек и микроскопия биоптата. Этот метод исследования позволяет исследовать тканевые изменения в структуре клубочков почек и выявляет различные морфологические формы гломерулонефрита. Во многом, гистологическая форма гломерулонефрита является критерием к назначению адекватного лечения.

Основные принципы лечения гломерулонефрита.

1. Режим – ограничение только в период обострения процесса или развития хронической почечной недостаточности. Постельный режим - снизить нагрузку на почки.

2. Диета – ограничение белка при развитии ХПН (диета 7, 7а и 7б). При синдроме артериальной гипертензии – ограничение соли и воды, при гиперкалиемии - досаливание пищи.

3. Санация очагов хронического воспаления: удаление кариозных зубов, удаление хронически воспаленных миндалин, аденоидов. Лечение хронического гайморита.

4. Терапия: патогенетическая (преднизолон, цитостатики), антибиотики, симптоматическая (нефропротекторы: иАПФ, антагонисты АРА II, антагонисты кальция, бета-блокаторы, диуретики (тиазидовые и петлевые), статины (при развитии нефротического синдрома) и заместительная (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почек).

Сестринский процесс при гломерулонефрите

1 этап. Сестринское обследование.

На первом этапе медицинская сестра осуществляет сбор информации

при первичном обследовании.

Медицинская сестра проводит расспрос пациента о следующих важных для постановки диагноза, аспектах:

1. перенесенные ранее заболевания;
2. отягощенная наследственность;
3. условия появления головной боли, может ли больной самостоятельно решать данные проблемы;
4. физические нагрузки пациента в настоящее время;

5. характер боли в поясничной области;
6. повышение артериального давления;
7. наличие тошноты, рвоты;
8. наличие отеков, места их локализации (лицо), в какое время суток они появляются или усиливаются;
9. прием лекарственных препаратов: мочегонные (регулярность их приема, доза, переносимость);
10. особенности питания, водный режим;
11. проблемы, связанные с невозможностью или недостаточностью самоухода;
12. наличие вредных привычек;
13. наличие производственных вредностей;
14. проблемы, связанные с нарушением физиологических отправлений (расстройство мочеиспускания при приеме мочегонных средств).

Далее медицинская сестра, в пределах своих компетенций, проводит осмотр пациента и отмечает следующее:

- цвет кожных покровов и видимых слизистых, наличие трофических нарушений.
- положение в постели.
- наличие отеков (локализация, плотность, цвет).
- положительный симптом Пастернацкого.
- наличие жидкости в брюшной полости.
- подсчет частоты дыхательных движений.
- исследование частоты сердечных сокращений.
- измерение артериального давления.

После этого сестринский процесс при гломерулонефрите включает объективное исследование для оценки психологического и физического состояния пациента. Медсестра информирует его о природе гломерулонефрита, методах лечения, профилактике, о процедурах и подготовительных действиях к ним.

На первом этапе уход включает сбор информации и обеспечение проведения исследований, а именно:

- общего (воспалительные процессы, уровень гемоглобина) и биохимического анализа крови (уровни мочевой кислоты, креатинина, холестерина, триглицеридов, хлоридов, кислотно-щелочного баланса);
- общего анализа мочи;
- анализа иммунитета (клеточного и гуморального);
- выявления уровня калия, натрия, кальция и т. д.;
- проведение суточных диурезов;
- отбор проб и проведение исследований;
- определение динамики артериального давления;
- осуществление посева мочи на флору;
- ЭКГ.

Также, если есть показания к этому, проводится анализ крови на вязкость, на наличие атипичных клеток, рентгенография почек, внутривенная урография, хромоцитоскопия, сканирование, биопсия почек, ретроградная пиелография.

2 этап. Сестринская диагностика.

Основные методы сестринской диагностики – это наблюдение и беседа. Приоритетность проблем определяет и характер ухода за пациентом и его окружением.

На основе полученных медицинской сестрою, данных можно сформулировать проблемы пациента в сестринском процессе при гломерулонефрите:

1. Существующие или настоящие проблемы:

1. отеки лица;
2. уменьшение диуреза;

3. боли в поясничной области;
4. нарушение сна;
5. дизурия;
6. снижение физической активности;
7. повышение температуры тела;
8. головная боль;
9. сухость кожи;
10. тошнота, рвота;
11. не может обслуживать себя самостоятельно из-за необходимости соблюдать постельный режим и общей слабости;
12. не может спать в горизонтальном положении из-за асцита и усиления одышки;
13. пациент самостоятельно не справляется со стрессом, вызванным болезнью;
14. предъявляет жалобы на отсутствие аппетита;
15. недостаток знаний о своем здоровье.

2. Потенциальные проблемы:
1. риск развития пролежней;
2. риск развития острой почечной недостаточности;
3. риск развития острой почечной энцефалопатии;
4. риск развития застойной пневмонии;
5. потеря социального статуса и роли в обществе, семье;
6. возможность смены профессии, инвалидизации.

3. Приоритетная проблема пациента: не может обслуживать себя

самостоятельно из-за необходимости соблюдать постельный режим и общей слабости.

3 этап. Планирование сестринских вмешательств.

После обследования, установления диагноза и определения первичных проблем пациента медицинская сестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки, а также методы, способы, приемы, т.е. сестринские действия. Нужно с помощью правильного ухода устранить все осложняющие болезнь условия, чтобы она приняла свое естественное течение.

Во время планирования для каждой приоритетной проблемы формулируют цели и план ухода. Различают 2 вида целей: краткосрочные и долгосрочные.

Краткосрочные цели должны быть выполнены за короткое время (как правило, в пределах 1-2 недель).

Долгосрочные цели достигаются за более длительный период времени, и они направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию, приобретение медицинских знаний.

После формулировки целей медицинская сестра должна составить собственно план ухода за пациентом, который представляет собой подробное перечисление специальных действий медицинской сестры, которые необходимы с целью достижения целей ухода.

После формулирования целей и составления плана ухода медицинская сестра обязана согласовать действия с пациентом, заручиться его поддержкой, одобрением и согласием. Действуя, именно так, медицинская сестра ориентирует больного на успех, доказывая достижимость целей и совместно определяя пути их достижения.

4 этап. Выполнение плана сестринских вмешательств.

Сестринская помощь больным с ГН играет важную роль, наряду с деятельностью лечащего врача, т.к. больные, как правило, являются лежачими больными, и следовательно, им необходима постоянная помощь, уход и контроль за жизненно – важными показателями.

Сестринские вмешательства при ГН, включают следующее:

1. Выбор вместе с пациентом положения в постели, при котором боль в поясничной области значительно уменьшается или исчезает.

2. Убедить пациента соблюдать режим, который предписан врачом.

3. Обеспечение частого проветривания помещения, где находится пациент.

4. Проведение беседы с пациентом/семьей, его близкими, о необходимости строгого соблюдения диеты с ограничением соли и жидкости. При ГН важно удаление из организма избыточного количества воды и натрия, которое достигается применением диеты с ограничением поваренной соли.

Однако важнейшее средство достижения удаления из организма избыточного количества воды и натрия – это использование различных мочегонных препаратов – диуретиков, которые должен назначить лечащий врач.

5. Поддержание усилий пациента по его изменению характера питания и физической нагрузки.

6. Контроль частоты дыхательных движений, пульса и артериального давления.

7. По назначению врача проведение антибиотикотерапии.

8. Следить за динамикой отеков, состоянием кожных покровов в области отеков.

9. По назначению врача проведение следующих манипуляций: внутривенное капельное вливание медицинских препаратов, внутривенная инъекция и т.д.

10. По назначению врача определение суточного диуреза и водного баланса.

11. При необходимости обеспечение комфортного отправления физиологических отправлений.

12. Оказание помощи пациенту в самоуходе (гигиенический уход, кормление и т.п.).

13. Контроль массы тела пациента.

14. Информирование пациента о действии медицинских препаратов, таких как антибиотики, цитостатиков, антикоагулянтов, мочегонные средства, которые назначает лечащий врач, правила их приема, переносимости, побочных эффектах, контроль их приема.

15. Проведение профилактики пролежней, застойной пневмонии, атонических запоров (по назначению врача – постановка очистительной клизмы).

16. Обеспечение пациенту достаточного сна (проветривание помещения перед сном; последний прием пищи должен быть проведен за 3-4 ч до сна).

Медицинская сестра должна обучить пациента/семью следующему:

- определению частоты дыхательных движений;
- исследованию пульса и частоты сердечных сокращений;
- измерению артериального давления;
- определению суточного диуреза и водного баланса;
- профилактике пролежней;
- профилактике застойной пневмонии;
- профилактике запоров;
- постановке очистительной клизмы при атонических запорах.

5 этап. Оценка результатов сестринского ухода.

Цель пятого этапа сестринского процесса – это оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов.

Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

- оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;
- оценка ответной реакции пациента на сестринское вмешательство, на медперсонал, лечение, удовлетворенность фактом пребывания в стационаре, пожеланий;

- оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента;
- активный поиск и оценка новых проблем пациента.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривают, прерывают или изменяют.

16. Пиелонефрит: определение, этиология, классификация, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: определить нарушенные потребности и проблемы пациента, спланировать сестринские вмешательства при остром пиелонефрите.

Пиелонефрит — неспецифический воспалительный процесс с поражением чашечно-лоханочной системы, интерстициальной ткана и почечных канальцев с последующим поражением клубочков и сосудов.

Причиной являются инфекция (кишечная палочка, стафилококк, протей, энтерококк, стрептококк).

Источники инфекции (хронический тонзиллит, фурункулез, мастит, аднексит и др.), нарушение асептики при проведении урологических операций.

Острый пиелонефрит развивается довольно быстро под влиянием физического перенапряжения, охлаждения. Проникновение инфекции в почечную ткань возможно гематогенным, лимфогенным и уриногенным путем.

Морфологически острый пиелонефрит может быть серозным и гнойным. При *серозном* — почка увеличена, темно-красная. Гистологически в интерстициальной ткани обнаруживаются многочисленные периваскулярные инфильтраты.

Острый *гнойный* пиелонефрит проявляется в виде гнойничкового нефрита, абсцесса и карбункула почки. В корковом и мозговом веществе обнаруживаются множественные мелкие гнойнички величиной от булавочной головки до горошины.

Клиническая картина. Озноб, затем повышается температура тела, жалобы на общее недомогание, слабость. Главным симптомом является боль в пояснице, отмечается положительный симптом Пастернацкого, учащенные болезненные мочеиспускания.

Течение острого пиелонефрита имеет некоторые особенности в зависимости от возраста пациента. У пожилых он нередко носит стертый, атипичный характер, без температурной реакции и ознобов. Особенно тяжело заболевание протекает у пациентов, ослабленных предшествующими заболеваниями.

У них, несмотря на тяжелое течение заболевания, лейкоцитоз может быть умеренным или отсутствовать, а иногда отмечается лейкопения.

Острый пиелонефрит может осложниться паранефритом, поддиафрагмальным абсцессом, некрозом сосочков почек с развитием острой почечной недостаточности, бактериемическим шоком, перитонитом.

Диагностика. ОАК - выраженный лейкоцитоз (до 30х10 /л), сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

ОАМ— протеинурия от следов до 1,04 г/л, лейкоцитурия (пиурия), часто — гематурия, цилиндрурия, бактериурия.

БАК — диспротеинемия, иногда увеличение креатинина и мочевины.

УЗИ, экскреторная пиелография (урография) — увеличение размеров почки.

Хромоцистоскопия — замедление выделения индигокармина на пораженной стороне.

Лечение. Обязательна госпитализация в нефрологическое (при гнойном пиелонефрите — в урологическое) отделение. Назначают постельный режим, обильное питье по несколько стаканов минеральной или обычной воды, компота, молока, фруктовых соков в день сверх дневного нормального питьевого рациона. Хороший эффект дают грелки. При резких болях применяют антиспастические препараты. Папаверин, платифиллин, экстракт белладонны уменьшают спазм и улучшают отток мочи.

Прежде чем назначить антибиотики, нужно провести бактериологическое исследование мочи, выявить бактериальную флору и определить ее чувствительность к тому или иному антибиотику. Основное правило антибактериальной терапии – назначение оптимальных (иногда максимальных) доз, раннее начало и достаточная ее продолжительность.

Если определить чувствительность микрофлоры невозможно, назначают антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины, ристомипин, сумамед, ванкомицин, вибрамицин и др.). Избегать назначения нефротоксических антибиотиков *(аминогликозиды, полимиксин).* Если бактериальная флора нечувствительна к антибиотикам, назначают сульфаниламидные препараты' (этазол, бисептол). Их можно сочетать с нитрофуранами (фурагин, фуразолидон, фурадонин и др.). Если улучшение не наступает, то прибегают к оперативному лечению (при абсцессе, карбункуле почки).

После стационарного лечения проводится еще в течение 6 месяцев амбулаторное лечение с целью предотвращения перехода острого пиелонефрита в хроническую форму.

Профилактика. Необходимо проводить профилактику воспалительных заболеваний мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, остерегаться переохлаждений, проводить санацию полости рта и носоглотки, соблюдать предписанный врачом режим при ангине, отите и т.д.

Хронический пиелонефрит иммуноопосредованное неспецифическое воспаление, преимущественно интерстициальной ткани в сочетании с поражением мочевых путей, с последующим поражением почечных клубочков и сосудов. Он является следствием неизлеченного либо недиагностированного острого пиелонефрита.

Этиология. Хронический пиелонефрит вызывают бактерии и их ассоциации. Сопутствующие факторы — аналогичны острому пиелонефриту.

Патогенез. В основе развития пиелонефрита — аутоиммунные реакции, нарушения уродинамики (уменьшение оттока), инфекция мочевых путей.

Макроскопически почка уменьшена в размерах, сморщенная, поверхность ее бугристая с Рубцовыми втяжениями. Капсула снимается с трудом, на слизистой лоханки — признаки воспаления.

Гистологически: воспалительные инфильтраты чередуются с участками склероза в интерстидии; в клубочках — явления фиброза. В конечном итоге почка уменьшается *(нефросклероз),* развивается *уремия* — причина смерти пациента.

Клиническая картина. Симптомы заболевания зависят от формы пиелонефрита, одностороннем или двустороннем поражении и других факторов. Выделяют несколько основных клинических форм хронического пиелонефрита:

1) *латентная форма* — скудность клинических проявлений (утомляемость, снижение аппетита, похудание, иногда — субфебрильная температура тела). У некоторых пациентов ощущается тяжесть в пояснице и слабо положительный симптом Пастернацкого. В ОАМ — небольшая протеинурия и лейкоцитурия;

2) *гипертоническая форма* - симптомы артериальной гипертензии (иногда злокачественного течения), изменения глазного дна и изменения в моче;

3) *рецидивирующая форма* встречается чаще других. Она характеризуется чередованием обострений и ремиссий. Обострения сопровождаются болями в поясничной области, дизурическими явлениями, повышением температуры тела, признаками интоксикации. Течение болезни 10-15 лет и дольше, в конечном итоге развивается хроническая почечная недостаточность;

4) *анемическая форма* – симптомы анемии гипохромного характера. Мочевой синдром мало выражен и непостоянный;

5) *гематурическая форма* — постоянная микро- или макрогематурия. Клинические проявления скудны. Диагноз сложен.

Диагностика. *ОАК*__лейкоцитоз со сдвигом влево при обострении, анемия, увеличение СОЭ.

ОАМ — лейкоцитурия, микрогематурия (не всегда), снижение относительной плотности мочи, протеинурия и цилиндрурия.

Обзорная урография — уменьшение размеров почки.

Экскреторная пиелография — деформация чашечек и чашечно-лоханочных структур.

УЗИ почек — асимметричные изменения в почках.

Радиоизотопное сканирование — диффузный характер изменений, уменьшение размеров почек.

Пункционная биопсия проводится при трудностях в диагностике.

Лечение. В период обострения пациенты с хроническим пиелонефритом госпитализируются: с первичным — в терапевтическое или нефрологическое отделение, со вторичным — в урологическое. Режим постельный до исчезновения симптомов.

Диета — исключаются острые блюда и приправы, наваристые бульоны, крепкий кофе. При отсутствии противопоказаний рекомендуется принимать 2-3 л жидкости. При всех формах рекомендуется включать в диету арбузы, дыни, тыкву.

Этиотропная терапия — устранение причин, вызывающих нарушение уродинамики, почечного кровообращения, а также антибактериальная терапия (уроантисептики, антибиотики, нитрофураны, фторхинолоны, хинолины).

Выбор препарата производится с учетом вида возбудителя и его чувствительности к антибиотику.

Надо помнить и не назначать аминогликозиды (гентамицин, канамицин, бруламицин) — нефротоксичные антибиотики.

Уроантисептики назначаются с первых дней лечения длительно — нитрофураны (нитраксолин, невиграмон, 5-НОК и др.).

Используются препараты, корригирующие кровообращение в почке (трентал, курантил), лекарственные растения, физиотерапия. Симптоматическое лечение включает гипотензивные препараты, диуретики, препараты железа, гемостатики.

Немедикаментозные методы лечения — УФО крови, плазмаферез, санаторно-курортное лечение.

Лечение хронического пиелонефрита должно продолжаться в течение 6-12 месяцев, со сменой антибиотиков, уроантисептиков, с фитотерапией и физиотерапией.

Профилактика.

Первичная профилактика заключается в своевременном и полноценном лечении острого пиелонефрита, острого цистита, в лечении сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, подагра).

Во всех случаях рекомендуется здоровый образ жизни, закаливание организма, соблюдение гигиены наружных половых органов.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов пиелонефрита в системе диспансеризации. Она предусматривает: соблюдение диеты (ограничение острых, соленых блюд и увеличение количества жидкости); периодической прием минеральных вод («Смирновская», «Боржоми»); ограничение тяжелых физических нагрузок; устранение причин нарушения уродинамики; плановое противорецидивное лечение уроантисептическими препаратами; фитотерапия; санаторно-курортное лечение в период ремиссии (Железноводск, Березовские Минеральные Воды).

Возможные проблемы пациента при пиелонефритах: дефицит знаний, дизурические явления, лихорадка, озноб, боли в поясничной области и др. В организации сестринского ухода используются модели: В. Хендерсон — для удовлетворения потребностей пациента при остром пиелонефрите; Д. Орэм — при хроническом пиелонефрите и его осложнениях (совершенствование самоухода пациента); М. Ален — на этапе диспансеризации («здоровье через развитие»).

17. Плевриты: определение, этиология, клиника сухого и экссудативного плеврита, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

Плеврит - воспаление плевральных листков.

Может быть фибринозный (сухой) плеврит с образованием на поверхности листков плевры фибрина, и экссудативный (выпотной) плеврит со скоплением в плевральной полости экссудата.

Плевриты всегда вторичны, это реакция плевры на основное заболевание.

Среди стационарных больных терапевтического профиля экссудативный плеврит встречается в 5 - 10% случаев. Более 50 заболеваний сопровождаются плевральными выпотами.

Этиология.

По этиологии плевриты делят на инфекционные и неинфекционные.

Возбудители инфекционных плевритов:

· Бактерии (пневмококк, стрептококк, стафилококк, клебсиелла, гемофильная палочка, синегнойная палочка, бруцеллы и др.).

· Микобактерии туберкулеза.

· Риккетсии, простейшие (амебы).

· Грибы.

· Паразиты (эхинококки и др.).

· Вирусы.

Наиболее часто инфекционные плевриты встречаются при пневмониях и туберкулезе, реже при абсцессе легкого, брохоэктазах.

Неинфекционные плевриты бывают при заболеваниях:

• Злокачественные опухоли (рак плевры, легкого или метастазы).

• Ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка.

• Системные васкулиты – воспаление сосудов, аутоиммунное заболевание.

• Травмы грудной клетки, переломы ребер, операции на грудной клетке.

• Инфаркт миокарда – некроз миокарда (нарушение поступления крови)

• Инфаркт легкого, ТЭЛА.

• Хроническая почечная недостаточность.

• Острый панкреатит.(анализ мочи на диастазу)

• Геморрагические диатезы.

Наиболее часто неинфекционные плевриты встречаются при злокачественных опухолях.

Патогенез: при инфекционных плевритах возбудитель попадает в плевральную полость одним из следующих путей: непосредственно из очагов, расположенных в легочной ткани, лимфогенным, гематогенным путем, либо происходит прямое инфицирование из внешней среды при ранениях, операциях на грудной клетки.

Сухой (фибринозный) плеврит

Этиология: туберкулёз лёгких; пневмонии; абсцесс лёгкого; инфаркт лёгких; травмы грудной клетки, панкреатит.

Патогенез: в плевральной полости появляется немного экссудата, нити фибрина откладываются на листках плевры и их скольжение затрудняется.

Клиника.

Начало острое.

Боль в грудной клетке, под лопаткой на стороне поражения колющего характера, усиливается при глубоком дыхании, кашле, чихании, громком разговоре, смехе, наклонах тела в здоровую сторону. Боль может быть настолько сильной, что заставляет пациента иногда вскрикивать на высоте вдоха, ограничивать амплитуду дыхательных движений, инстинктивно сдавливать больной бок рукой, туго его бинтовать. Боль уменьшается в положении лежа на больном боку.

При воспалении диафрагмальной плевры боль может ощущаться в животе и симулировать синдром «острого живота»: острый холецистит, панкреатит или аппендицит, а может иррадиировать по ходу диафрагмального нерва в шею.

Кашель сухой, мучительный, болезненный.

Температура субфебрильная, интоксикация слабо выражена, могут быть слабость, головная боль, плохой сон и аппетит, потливость.

Дыхание частое, поверхностное (из-за боли).

При осмотре: отставание грудной клетки при дыхании на стороне поражения.

При аускультации легких: шум трения плевры, может быть различной интенсивности, может быть грубый скребущий (иногда ощущается даже рукой при пальпации), а иногда может быть нежный, едва уловимый, напоминающий крепитацию («хруст снега под ногами в морозный день») Но шум трения плевры всегда слышен как на вдохе, так и на выдохе, после кашля этот шум не меняется. Выслушивают шум трения плевры над областью болевых ощущений, где есть фиброзные наложения.

Течение сухого плеврита, как правило, благоприятное, заканчивается выздоровлением через 1-3 недели. Длительное рецидивирующее течение характерно для туберкулезного плеврита.

Диагностика:

1. Анализ крови общий: лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

2. Анализ крови биохимический: диспротеинемия, возможно увеличение гамма-глобулинов, серомукоида, сиаловых кислот, появление СРБ.

3. Рентгенограмма грудной клетки – изменений нет или признаки основного заболевания (пневмонии, туберкулеза легких и т.д.).

4. УЗИ легких: признаки утолщения плевры.

18. Пневмония: определение, классификация пневмоний, этиология и способствующие факторы, клиника, осложнения, прогноз, лечение, профилактика. Сестринская помощь при крупозной пневмонии: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

I. *этап*. Сестринское обследование

Медицинская сестра устанавливает доверительные отношения с пациентом и выясняет жалобы: сухой кашель, • боль в груди при дыхании, затруднение при дыхании, жар и озноб. Выясняются обстоятельства возникновения болезни (переохлаждение, перенесенный грипп), который день болезни, какой была температура тела, какими лекарствами пользовался. ,

При осмотре медицинская сестра обращает внимание на внешний вид пациента (поверхностное дыхание, односторонний румянец, участие крыльев носа в дыхании). Измеряет температуру тела (повышена или лихорадка постоянного типа), определяет пальпаторно ЧДД (25-35 в одну минуту), пульс (тахикардия), измеряет АД.

II. этап. *Определение проблем пациента* Возможные сестринские диагнозы:

- нарушение потребности дышать — инспираторная или смешанная одышка вследствие выключения из акта дыхания доли или участка легкого;
- боль в груди при дыхании и кашле — свидетельство вовлечения в воспалительный процесс плевры;
- **лихорадка постоянного тица или атипичная;**
- **сухой кашель — результат раздражения плевры;**
- влажный кашель — средство удаления мокроты из бронхов.

III. *этап.* Планирование сестринских вмешательств

Цели сестринских вмешательств	План сестринских вмешательств

В течение суток одышка значительно уменьшится	1. Придать пациенту удобное возвышенное положение в сухой постели. 2. Обеспечить приток "свежего воздуха. 3. Подавать увлажненный кислород (через 2% раствор настоя гидрокарбоната) ло назначению врача каждый час по 5—10 минут. 4. Наблюдать за общим состоянием пациента, цветом кожных покровов, характером дыхания
Цели сестринских вмешательств	План сестринских вмешательств
Через 2—3 часа пациент не будет испытывать боль в фуди при дыхании и кашле	1. Удобно уложить пациента на больной бок в возвышенном положении (уменьшится ощущение боли). 2. Обеспечить пациенту полный покой, научив его мышечной релаксации в первые дни болезни. 3. При снижении температуры тела применить круговые горчичники. 4. По назначению врача применить анальгетики внутрь или парэнтерально (анальгин, баралгин, трамал и др.) и в первые дни — противокашлевые средства (кодтерпин, либексин)
Температура тела будет постепенно снижаться, не вызывая осложнений	1. На высоте лихорадки выполнить влажное ОбтиранИе кожи раствором воды с добавлением спйрта, ■ • ■ . холодную примочку на лоб. 2. Обеспечить проветривание помещения и обнажение пациента. 3. Наложить пузыри со льдом на проекции крупных сосудов через тканевые прослойки. 4. Приготовить для внутримышечного введения 2 мл 50% раствора анальгина и i мл 1% раствора димедрола (ввести по незначению врача). 5. Вводить антибактериальные препараты в строго назначенное врачом время. : 6. Регулярно измерять АД, следить за пульсом, дыханием пациента, за его внешним видом. 7. Организовать дробное питание малыми порциями и обильное питье (если назначил врач). , 8. Постоянно следить за.психйческим состоянием . пациента — индивидуальный пост (воЗиЮМенпсихоз)
Сухой кашель в течение 3 дней ' перейдет во влажный со Свободным , откашливанием мокроты	1. Давать пациенту теплое щелочное питье. 2. По назначению врача осуществить постановку горчичников, подачу противокашлевых средств (бромгеКсин успокаивает кашель и способствует отхождению мокроты — по 4 таблетки (0,004 г) 3—4 раза в день). 3. При появлении влажного кашля выполнять массаж фудной клетки. . . 4. Обучить пациента дыхательной гимнастике. 5. По назначению врача применить Отхаркивающие, муколитики (мукалтин, амброксол, ацетилцисгеин) и бронхолитические

	(эуфиллин) средства

IV. *этап.* Реализация плана сестринских вмешательств

V. *этап.* Оценка эффективности сестринских вмешательств

По мере реализации сестринских вмешательств медицинская сестра оценивает их эффективность. Если цель не достигнута в назначенный срок, составляется дальнейший план сестринских вмешательств.

У пациента с астенизацией могут задерживаться процессы уменьшения одышки, прекращения кашля. В этом случае медсестра обучает пациента дыхательной гимнастике, и добивается выполнения ее ежедневно 2 раза в день

Если пациент не может самостоятельно откашливать мокроту, медицинская сестра шпателем, обернутым в салфетку, смоченную дезсредством, протирает полость рта, удаляя мокроту или пользуется баллончиком для отсасывания мокроты.

Если у пациента появляются признаки острой сердечно-сосудистой недостаточности (бледность кожи, холодный пот, нитевидный частый пульс), медсестра сообщает об этом врачу и готовит для парентерального введения кордиамин, строфантин, преднизолон.

Если у пациента нет стула более 48 часов, медсестра планирует постановку очистительной клизмы. Новые проблемы требуют нового плана сестринских вмешательств.

19. Пороки сердца: определение, виды пороков, этиология, клиника, принципы лечения. Сестринская помощь: проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств при митральном стенозе.

Пороки сердца являются следствием органических поражений клапанного аппарата сердца, что приводит к нарушению кровообращения. Пороки могут быть врожденными и приобретенными.

Значительно чаще встречаются *приобретенные* пороки сердца, возникающие вследствие ревматизма, сифилиса, инфекционного эндокардита, атеросклероза, травмы грудной клетки и др.

Различают пороки сердца: *митральные* (недостаточность клапана и стеноз левого митрального отверстия), *аортальные* (недостаточность клапанов аорты и стеноз устья аорты), *трикуспидальные* (чаще — недостаточность трехстворчатого клапана), *пороки легочного клапана* (стеноз устья и недостаточность клапана).

Значительно чаще встречаются митральные и аортальные пороки сердца.

Пороки сердца могут быть сложными или сочетанными, когда одновременно имеет место недостаточность клапана и стеноз отверстия. В этом случае признаки двух пороков сочетаются.

Кроме того, бывают *комбинированные пороки сердца,* когда имеются пороки сердца с локализацией на разных клапанах, чаще митрально-аортальные, например, стеноз митрального отверстия и недостаточность клапана аорты. И в этом случае признаки пороков сочетаются.

В большинстве случаев врожденные пороки сердца и аномалии развития крупных сосудов являются пороками эмбрионального развития сердечно-сосудистой системы.

Врожденные пороки развития клапанов сердца и сосудов подразделяют на: 1) пороки с увеличенным кровотоком через легкие; 2) пороки с нормальным кровотоком через легкие; 3) пороки с уменьшенным кровотоком через легкие.

Приобретенные пороки сердца

Недостаточность митрального клапана. Такой вид порока сердца характеризуется неполным смыканием створок во время систолы левого желудочка в результате поражения клапанного аппарата.

Этиология. Митральный клапан поражается при атеросклерозе, ревматизме *(органические поражения);* при чрезмерном расширении левого желудочка, фиброзного кольца и круговых мышц атриовентрикулярного отверстия (миокардит, кардиопатия, инфаркт миокарда) — *относительная недостаточность клапана.*

При эндокардите происходит деформация клапана, уко-рачение створок клапана, а также прикрепленных к ним сухожильных нитей. Возникает препятствие для сближения створок во время систолы.

В норме в фазу систолы предсердно-желудочковое отверстие плотно закрыто, вся кровь из левого желудочка поступает в аорту. При недостаточности митрального клапана какой-то объем крови возвращается в предсердие во время систолы желудочков. Объем крови, находящейся в

предсердии, увеличивается. Постоянное переполнение левого предсердия вызывает повышение давления в нем, вследствие чего развивается расширение его полости и гипертрофия мышцы. В левый желудочек крови будет поступать больше нормы, что в дальнейшем вызывает расширение его полости и гипертрофию миокарда.

Недостаточность митрального клапана компенсируется за счет гипертрофии миокарда левого желудочка и предсердия. В ряде случаев левое предсердие, расширяясь, более не способно к полному опорожнению крови, в результате чего возникает застой крови в левом предсердии, а затем в малом круге кровообращения. Развивается застойная недостаточность кровообращения — сердечная недостаточность.

Клиническая картина. Выраженность симптомов зависит от степени дефекта митрального клапана. Незначительная недостаточность может не причинять беспокойства даже при физической работе. При осмотре не обнаруживается каких-либо изменений.

При значительном дефекте клапана появляются одышка, отеки на ногах к вечеру, акроцианоз. В области сердца может быть виден верхушечный толчок, который, увеличивая площадь распространения, смещается кнаружи от среднеключичной линии. При перкуссии выявляется смещение границы относительной тупости вверх и влево.

При аускультации над верхушкой выслушивается ослабленный I тон и систолический шум, который проводится в левую подмышечную область. Над легочной артерией может определяться акцент II тона, обусловленный повышением давления в системе малого круга кровообращения.

Пульс чаще всего не отличается от нормы. Артериальное давление в норме, но может быть снижено.

Рентгенологическое исследование сердца при митральной недостаточности показывает увеличение левого предсердия *(сглажена талия сердца).*

На ЭКГ при выраженной митральной недостаточности электрическая ось сердца отклоняется влево. На фонокардиограмме регистрируется систолический шум.

Митральный стеноз. Митральный стеноз (стеноз левого атриовентрикулярного отверстия), как правило, являстся следствием ревматического эндокардита. Очень редко встречается врожденное сужение левого предсердно-желудочкового отверстия.

При митральном стенозе клапанное отверстие уменьшается более чем в два раза, его площадь колеблется в пределах 1,1—0,5 см^2. Клапан имеет вид плотной, с бугристой поверхностью воронки, иногда каменистой на ощупь, с щелевидным отверстием.

Левое предсердие расширено, правый желудочек гипертрофирован. В ушке левого предсердия могут образовываться пристеночные тромбы. Легочные вены и легочная

артерия обычно расширены. Появляются вторичные изменения в других органах — застой крови в легких, печени, желудочно-кишечном тракте.

Клиническая картина. Симптомы развиваются постепенно и появляются при декомпенсации.

Жалобы: кашель, кровохарканье, сердцебиение, перебои в сердце, отеки на ногах, боль в правом подреберье, увеличение живота.

Объективные признаки. Хрупкое телосложение, чаще небольшого роста, цианоз губ, синюшне-багровый румянец в форме бабочки. При пальпации в области верхушки сердца ощущается *диастолическое дрожание.* Пульс малый, возможно, слева меньше, чем справа. Возможна мерцательная аритмия. Границы сердца расширены вверх и вправо за счет увеличения левого предсердия и правого желудочка. При аускультации выслушивается громкий, хлопающий первый тон, диастолический шум на верхушке сердца, акцент II тона над легочной артерией. АД снижено, пульсовое давление уменьшается.

На рентгенограмме — митральная конфигурация сердца (сглажена талия сердца).

УЗИ: расширение полости правого желудочка.

ФКГ: большая амплитуда I тона, диастолический шум.

Осложнения: тромбоэмболии в головной мозг, почки, сосуды сетчатки глаза; инфаркты легкого; аритимия.

Прогноз. Митральный стеноз — тяжелое заболевание. Внезапное ухудшение может наступить при большой физической нагрузке, в родах.

Недостаточность клапанов аорты. Недостаточность клапанов аорты возникает после перенесенного ревматического, септического эндокардита, атеросклероза аорты, сифилитического аортита. Недостаточность клапанов аорты встречается как органическое поражение и как относительная недостаточность клапанов при значительном расширении устья аорты и аортального кольца.

Во время диастолы происходит обратный ток крови, в результате чего повышается давление в левом желудочке к началу систолы. Объем возвращающейся крови зависит от степени поражения клапанов и может быть равен от 5 до 50% и более систолического объема крови.

Давление в аорте с началом систолы очень быстро повышается, но к концу систолы левого желудочка быстро падает.

Клиническая картина. Аортальные пороки долго не приводят к декомпенсации за счет того, что компенсируются левым желудочком — самым мощным отделом сердца.

При выраженной недостаточности отмечаются слабость, сердцебиение, перебои при значительной физической нагрузке, головокружение, головные боли и в области сердца. С развитием слабости левого желудочка появляются одышка, приступы удушья, часто возникающие ночью. При осмотре выявляется бледность кожи, выраженная пульсация артерий шеи. Верхушечный толчок хорошо виден и пальпируется, он смещается влево и вниз в шестое и седьмое межреберья. Перкуторно определяется расширение левой границы относительной тупости сердца до передней подмышечной линии.

Первый тон в области верхушки сердца ослаблен, второй тон над аортой ослаблен или же не определяется за счет выраженного изменения клапанов аорты и низкого диастолического давления.

Над аортой выслушивается диастолический шум, который проводится в точку Боткина.

Артериальное давление может быть нормальным, но чаще повышается систолическое при низком диастоличес-ком давлении. В связи с этим изменяется и пульсовое давление, вместо 40—50 мм рт. ст. в норме, оно увеличивается до 80—100 мм рт. ст.

Рентгенологически сердечная тень напоминает башмак (подчеркнутая «талия» и расширенный левый желудочек сердца) — это так называемая аортальная конфигурация сердца.

На ЭКГ отмечается отклонение электрической оси сердца влево, признаки дистрофических изменений в миокарде левого желудочка, связанных с его перегрузкой.

При нерезко выраженном дефекте аортальных клапанов в течение многих десятилетий может сохраняться полная компенсация сердечной деятельности.

Декомпенсация протекает тяжело.

Стеноз устья аорты. Сужение устья аорты чаще всего развивается вследствие ревматизма, или септического эндокардита. Аортальное отверстие суживается в результате сращения створок клапана, их утолщения и обызвествления, поэтому возникает препятствие при прохождении крови во время систолы из левого желудочка в аорту. При этом пороке устья коронарных сосудов обычно вовлекаются в процесс и стенозируются. Во время систолы кровь из левого желудочка не успевает вся перейти в аорту и какая-то ее часть остается в полости желудочка. В следующую диастолу к оставшейся крови в левый желудочек присоединяется обычная порция крови из левого предсердия. Следовательно, в левом желудочке постоянно находится какое-то количество остаточной крови. Такая нагрузка приводит к гипертрофии и расширению полости желудочка. Нарушения гемодинамики при стенозе устья аорты приводят к недостаточному снабжению кровью органов и тканей.

Клиническая картина.

При выраженном сужении устья аорты пациенты жалуются на головные боли, головокружение, боли в области сердца, обмороки, возникающие вследствие недостаточного кровоснабжения головного мозга.

При осмотре отмечается бледность кожных покровов. Верхушечный толчок пальпируется в пятом, шестом межреберье несколько кнаружи от левой средне-ключичной линии. Сила верхушечного толчка увеличена, площадь распространения расширена. При перкуссии левая граница смещена влево и вниз.

При выслушивании. Во втором межреберье справа у грудины выслушивается грубый систолический шум, который проводится по крупным сосудам (сонные артерии, дуга аорты в яремной ямке) и хорошо выслушивается во всех точках сердца.

Пульс малый, медленный, редкий. Артериальное систолическое давление снижено, диастолическое несколько повышено.

При рентгенологическом исследовании определяется аортальная конфигурация сердца. На ЭКГ заметно отклонение электрической оси сердца влево.

У большинства пациентов аортальный стеноз хорошо компенсируется и протекает без каких-либо функциональных нарушений. Выраженный стеноз может заканчиваться декомпенсацией.

Возможные проблемы пациента: одышка, отеки, кровохарканье, страх инвалидизации и др.

Лечение пороков сердца. В стадию компенсации специальное лечение не проводится. Назначается режим ограничения физической нагрузки, запрещается тяжелый труд на производстве. Рекомендуется сон не менее 8 часов, ежедневное пребывание на свежем воздухе, питание с ограничением жидкости и соли и введением в меню продуктов, содержащих калий (чернослив, урюк, изюм, картофель и др.).

Медикаментозное лечение назначается при появлении признаков декомпенсации (одышка, отеки).

Противоревматическое лечение проводится при обострении ревматизма, антибиотикотерапия — при обострении инфекционного (септического) эндокардита, лечение сифилиса — по правилам его лечения, противоатеросклеротическая терапия — по показаниям.

В стадию декомпенсации лечение проводится по принципам лечения ХНК: диуретики, ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды (при мерцательной аритмии), (3-адреноблокаторы (противопоказаны при аортальной недостаточности).

При рефракторной сердечной недостаточности — инотропные средства внутривенно (допамин, амринон и др.).

Хирургическое лечение — комиссуротомия (рассечение спаек, удаление тромбов из левого предсердия), протезирование клапанов.

Профилактика пороков сердца.

Первичная профилактика заключается в профилактике и своевременном полноценном лечении ревматизма, инфекционного эндокардита, сифилиса, атеросклероза, травматизма.

Вторичная профилактика — это диспансеризация пациентов, у которых сформировался порок сердца. Пациенты наблюдаются 1 раз в год или в 6 месяцев в поликлиниках. Им назначается необходимое медикаментозное лечение, стационирование.

В зависимости от степени декомпенсации пациентам определяется соответствующая группа инвалидности.

20. Рак желудка: определение, этиология, способствующие факторы, клиника, осложнения, лечение, прогноз, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности, проблемы пациента, планирование паллиативной помощи пациенту в терминальной стадии рака.

Наиболее частой формой злокачественных новообразований человека является рак желудка – злокачественная эпителиальная опухоль. Рак желудка занимает 2-е место в мире по распространенности среди всех злокачественных новообразований. По данным ВОЗ, ежегодно в мире от этого заболевания погибает почти 750 тыс. человек.

Основная масса больных раком желудка – лица старше 50 лет.

Этиология и патогенез заболевания остаются невыясненными. Однако установлен ряд факторов, способствующих канцерогенезу:

- генетическая предрасположенность,
- переедание и частое употребление в пищу копченостей, специй, алкоголя, очень горячей и жирной пищи,
- ионизирующая радиация, воздействие 3,5-бензпирена, метилхолантрена, содержащихся в каменноугольной смоле, табачном дыме,
- предраковые заболевания (полипы желудка, язвенная болезнь желудка, хронический атрофический гастрит, пернициозная анемия, состояние после резекции желудка).

Чаще всего опухоль локализуется в антральном отделе, реже – на малой кривизне и в кардиальном отделе желудка.

Морфологически различают полипозный (грибовидный) рак, блюдцевидный (изъязвляющий), язвенно-инфильтративный, диффузный (прорастающий вдоль стенки).

Метастазирование происходит по лимфатическим (ближайшие лимфоузлы, лимфоузлы средостения, области шеи, левую надключичную область) и кровеносным сосудам. Распространяясь по кровеносным сосудам, метастазы проникают прежде всего в печень, реже – в легкие, почки, плевру, кости (позвоночник). знаки": беспричинная слабость, снижение аппетита, исчезновение физиологического

Клинические проявления. На ранней стадии заболевания можно выявить так называемые "малые признаки»: отсутствие чувства удовлетворенности от принятой пищи, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость, явления "желудочного дискомфорта" (неприятный запах изо рта, частая отрыжка, извращение аппетита и вкуса, в том числе отвращение к мясной пище, переполнение желудка, метеоризм, тошнота и рвота и др.), беспричинное похудание, бледность кожи и слизистых оболочек, потеря ощущения радости жизни, безразличие к окружающему.

Иногда рак протекает бессимптомно и диагностируется только тогда, когда опухоль достигает больших размеров.

Период явных клинических признаков характеризуется болями в эпигастральной области сосущего или ноющего характера, не связанными с приемом пищи, длительными; анорексией, прогрессивным похуданием, диспепсическими проявлениями, субфебрилитетом, периодически признаками скрытого или явного желудочного кровотечения. Объективно определяются бледность кожи или землистый оттенок, иногда удается пропальпировать опухоль в виде плотного тела округлой формы в эпигастральной области, плотные метастазированные лимфатические узлы, плотную увеличенную, с неровной поверхностью печень, видимую на глаз перистальтику желудка (при расположении опухоли в области привратника).

В терминальную стадию заболевания пациентов беспокоят изнуряющие боли в эпигастральной области и в области метастазирования в паренхиматозные органы и кости, анорексия, рвота, резкая слабость, кахексия. Кожа сухая, землистого цвета, эластичность утрачена. Может быть асцит.

Рак кардиальной части желудка протекает с дисфагией, болями за грудиной, срыгиванием, икотой. Рак тела желудка долго протекает бессимптомно, развивается анемия.

Течение заболевания прогрессирующее, средняя продолжительность жизни больных без лечения 9-14 месяцев.

Осложнения рака желудка: желудочное кровотечение, перфорация стенки желудка, стеноз привратника, раковый сепсис и кома, тромбоз бедренной вены и кожных вен.

В диагностике заболевания решающее значение имеет ФГДС с прицельной биопсией. Рентгенологические признаки рака желудка: дефект наполнения, атипичный рельеф слизистой оболочки, выпадение перистальтики в области раковой опухоли. В общем анализе крови определяются анемия, ускорение СОЭ. При анализе желудочного содержимого определяются ахилия, повышенное содержание молочной кислоты (положительная реакция Уффельмана). При УЗИ и компьютерной томографии определяются метастазы.

Лечение рака желудка

Радикальным методом лечения рака желудка без метастазирования является оперативное вмешательство. Используют также химиотерапию, лучевую и симптоматическую терапию: при болях ненаркотические и наркотические анальгетики, при тошноте и рвоте – галидор, церукал; при обезвоживании в/в капельное введение растворов и т.д

Профилактика рака желудка

Первичная профилактика заключается в пропаганде здорового образа жизни и рационального питания. Необходимо иметь онкологическую настороженность при осмотрах больных старше 40 лет, имеющих синдром "малых признаков", страдающих предраковыми заболеваниями.

Вторичная профилактика проводится терапевтом и онкологом по месту жительства в соответствии с определенными диспансерными группами. Физические методы реабилитации и санаторно-курортное лечение не проводятся. Все больные раком желудка имеют признаки инвалидности и нуждаются в освидетельствовании во МСЭК.

Возможные проблемы пациентов.

Физиологические:

Боль в животе

Тошнота

Рвота

Снижение аппетита

Снижение массы тела

Слабость

Бессоница
Дефицит самоухода
Психологические:
отсутствие адаптации к жизни с неизлечимым заболеванием
страх смерти
страх перед предстоящей операцией
Потенциальные:
развитие кровотечения
развитие стеноза привратника
кахексия
суицид вследствие депрессии
Характер сестринских вмешательств.
Обеспечить соблюдение предписанного двигательного режима.
Обеспечить соблюдение диеты №1.
Провести разъяснительную работу перед предстоящей операцией, оказать психологическую поддержку.
Обеспечить уход при рвоте.
При дефиците самоухода осуществить уход за тяжелобольным: гигиенические процедуры, кормление, физиологические отправления в постели, профилактику пролежней.
Осуществлять контроль за состоянием пациента: вес, сознание, цвет кожных покровов, Ps, АД, ЧДД, рвотные массы, стул.
Обеспечить выполнение врачебных назначений.

21. Рак легких: определение, этиология, способствующие факторы, локализация, клиническая картина, осложнения, диагностика, лечение, профилактика. Сестринская помощь при раке легких.

Рак легкого - злокачественная опухоль из эпителия слизистой оболочки бронхов или эпителия легочных альвеол.

Факторы риска: профессиональные вредности (асбест, асфальтовое производство, битум, соединения хрома, никеля, резины), загрязнение воздуха пылью, выхлопными газами автомобилей, лекарственные препараты, курение, хронические неспецифические заболевания органов дыхания.

Клиническая картина зависит от локализации опухоли (центральный, периферический), стадии заболевания:

I стадия - небольшая ограниченная опухоль без прорастания в плевру и признаков метастазирования;

II стадия - небольшая или несколько больших размеров опухоль без прорастания в плевру, но с одиночными метастазами в ближайшие регионарные лимфатические узлы;

III стадия - опухоль, вышедшая за пределы легкого, врастающая в один из соседних органов при наличии многочисленных метастазов в регионарных лимфатических узлах;

IV стадия - большая опухоль с отдаленными метастазами и вторичными воспалительными изменениями в тканях.

Метастазирует рак легкого в печень, желудок, почки, лимфатические узлы, головной мозг, ребра, позвонки.

Характерные симптомы интоксикации: слабость, повышенная утомляемость, повышение температуры тела, похудение, что связано с воздействием на организм продуктов жизнедеятельности самой опухоли.

Центральный рак. Начальные признаки характеризуются симптомами пневмонита (воспалительный процесс). Начинает беспокоить кашель сухой или с небольшим количеством мокроты, иногда с прожилками крови. Возникают слабость, повышенная потливость, плохой аппетит, периодическое повышение температуры тела.

Боли в грудной клетке обычно появляются в ночное время и связаны с поражением плевры или ателектазом. Для уточнения диагноза показаны бронхоскопия, бронхография, послойная и компьютерная томография, пневмо-медиастинография и ангиопульмография.

Периферический рак. Длительно течет бессимптомно, и иногда его обнаруживают случайно. Первые клинические симптомы возникают при прорастании опухоли в плевру, средостение или при развитии метастазов. Появляется локализованная боль в грудной клетке, иррадиирующая в различных направлениях, боль в плечевом суставе на стороне поражения. Физикальная картина длительное время малоинформативна. В крови могут отмечаться лейкоцитоз, ускорение СОЭ. В мокроте, промывных водах желудка, бронхиальном секрете, плевральном экссудате определяют атипичные клетки. При проведении томографии, бронхографии, компьютерной томографии - характерная неотграниченная тень злокачественной опухоли.

Поздняя стадия как периферического, так и центрального рака легкого характеризуется многообразием симптомов. Наблюдают признаки, связанные с обструкцией бронха опухолью, - одышка, кашель.

Сдавление верхней полой вены вызывает увеличение яремных вен, отеки лица, шеи, рук. Сдавление шейного симпатического нерва приводит к западению глазного яблока, сужению зрачка и опущению века (синдром Горнера); сдавление блуждающего нерва - к развитию пептической язвы желудка. Врастание в пищевод приводит к образованию бронхо-эзофагальных свищей, икоте; в плевру - серозного, гнойного, геморрагического плеврита, спонтанного пневмоторакса и др.

Проблемы: слабость, кашель сухой или с мокротой, боль в грудной клетке, озноб, нарушение глотания, похудение, кровохарканье и легочное кровотечение, одышка, плохие сон и аппетит.

Независимые сестринские вмешательства при раке легкого:

1. обеспечение влажной уборки, кварцевания, проветривания палат, обеспечение пациентов индивидуальной плевательницей, ее дезинфекция);
2. уход за кожей, слизистыми оболочками, своевременная смена нательного и постельного белья;
3. соблюдение правил гигиены при физиологических отправлениях;
4. оказание доврачебной помощи при кровохарканьи и легочном кровотечении;
5. контроль общего состояния, частоты пульса, ЧДД, АД, массы тела, величины суточного диуреза.

Взаимозависимые и зависимые вмешательства:

1. контроль за соблюдением диеты №15;
2. своевременное и правильное выполнение назначений врача;
3. подготовка больного и забор биологического материала на лабораторные и инструментальные исследования;
4. оказание помощи врачу при проведении врачебных манипуляций.
5. Медицинская сестра обучает больных и их родственников уходу (самоуходу) с целью профилактики пролежней, правилам приема лекарственных препаратов, правилам контроля ЧДД, пульса.

Лечение осуществляют хирургическим путем, комбинированным способом (хирургическим в сочетании с лучевой терапией и химио-терапевтическими препаратами). Выбор лечебной тактики зависит от стадии заболевания, гистологического строения опухоли.

Радикальное лечение, направленное на ликвидацию опухоли и метастазов, возможно при I, II и даже III стадии болезни. При мелкоклеточном раке ведущими методами лечения считают химиотерапевтический и лучевой. При плоскоклеточном раке и аденокарциноме основной метод лечения - хирургический (пневмонэктомия, лобэктомия).

Паллиативное лечение (обезболивающие, седативные, нейролептики и другие препараты) проводят с целью улучшения качества жизни пациента и ослабления тягостных симптомов болезни. Уход за больным в неоперабельной стадии считают главным, он предусматривает максимальное облегчение страданий больного, обеспечение его потребностей.

22. Ревматизм: определение, этиология, способствующие факторы, клиника, осложнения, принципы лечения и профилактики. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, планирование сестринских вмешательств.

Определение: системное воспалительное заболевание соединительной ткани инфекционно – аллергической природы, с преимущественным поражением сердечно – сосудистой системы, суставов.

Этиология.

1. Инфекция – бета-гемолитический стрептококк группы А.
2. Фактор риска – переохлаждение, неблагоприятные социальные условия.

Клиника.

1. Ревмокардит:
- боли в сердце,
- сердцебиение, перебои,
- слабость,
- одышка,
- отёки,
- лихорадка,
- тахикардия, аритмия.

2. Ревматический полиартрит – симметричное поражение крупных и средних суставов:
- боли («летучие»)
- местное повышение температуры,
- отечность суставов (дефигурация),
- ограничение движений,
- покраснение кожи над суставами,
- лихорадка.

3. Хорея.
4. Кольцевидная эритема.
5. Подкожные узелки.

Диагностика.

1. Анализ крови клинический.
2. Анализ крови на «С» реактивный белок, фибриноген, сиаловые кислоты.
3. Иммунологические пробы (антистрептолизин «О»).
4. ЭКГ.
5. УЗИ сердца.
6. Рентгенография сердца и суставов.

Лечение.

1. Диета №10.
2. Этиотропное (антибиотики).
3. Противовоспалительные средства:
- салицилаты (аспирин);
- НПВС (вольтарен, диклофенак, бруфен);
- глюкокортикостероиды (преднизолон).

4. Антиагреганты (гепарин).
5. Витамины.
6. Физиолечение.

7. Противорецидивное – бициллин - 5.
8. Санаторно-курортное лечение.

Стандарты сестринской деятельности в ревматологии.

I. Возможные нарушения потребностей.

1. Физиологические.

Выживание:

- Есть (тяжесть состояния, диета №10).
- Пить (нарушение водного баланса - отёчность суставов).
- Дышать (декомпенсация).
- Выделять (отёчность суставов).
- Половые влечения (ограничение).

Безопасность:

- Быть чистым (тяжесть состояния).
- Поддерживать температуру тела (лихорадка).
- Поддерживать состояние (декомпенсация, осложнения).
- Одеваться, раздеваться (тяжесть состояния).
- Спать, отдыхать (вынужденное положение).
- Двигаться (тяжесть состояния).

2. Психо – социальные:

- Общаться.
- Играть, учиться, работать (ограничение или утрата трудоспособности, изменение образа жизни).

3) Духовные:

- Иметь жизненные ценности (отсутствие самореализации, отсутствие адаптации к болезни).

II. Возможные проблемы пациента.

1. Физиологические:

- Острая боль в суставах.
- Изменение внешнего вида сустава.
- Лихорадка.
- Нарушение функции сустава.
- Сердцебиение.
- Нарушение сердечного ритма.
- Нарушение сна.
- Дефицит самоухода.
- Слабость.

2) Психологические.

Проблемы адаптации:

- Отсутствие адаптации к болезни.
- Беспокойство.
- Дефицит знаний о болезни.
- Недооценка тяжести заболевания.

Изменение образа жизни:

- Изменение характера питания.
- Снижение или утрата трудоспособности.
- Дефицит общения.
- Изменение семейных процессов.

3. Социальные:

- Утрата социальных и производственных связей.
- Изоляция во время госпитализации.
- Трудности самообеспечения (медикаменты, продукты).

4. Духовные:

- Дефицит духовного участия и сочувствия.
- Отсутствие самореализации.
- Отсутствие жизненных ценностей (гармония, успех).

5) Потенциальные проблемы:

- Риск развития сердечной недостаточности.
- Риск развития порока сердца.

Проблема: **Боль в суставе.**

Цели: Краткосрочная: У пациента уменьшится боль в суставе к концу недели от начала лечения.

Долгосрочная: Пациент не будет предъявлять жалобы на боль в суставе к моменту выписки.

План сестринского вмешательства.

1. Медицинская сестра обеспечит удобное положение пациента в постели, не вызывающее боли.
2. Медсестра обеспечит кормление пациента в постели – стол №10 (ограничение соли до 2 - 4 г, жидкости до 1,2 литра).
3. Медсестра обеспечит пациенту гигиенические и лечебные мероприятия в постели (утренний и вечерний туалет, смена белья при лихорадке, обработка кожи).
4. Медсестра обеспечит прием лекарственных препаратов пациенту по назначению врача.
5. Медсестра будет обучать пациента приемам саморелаксации и отвлечения для уменьшения болевых ощущений.
6. Медсестра будет накладывать компресс на сустав по назначению врача.
7. Медсестра обеспечит психологическую поддержку пациенту.
8. Медсестра обеспечит проветривание палат по 15 минут – 4 раза в день, оберегая пациента от переохлаждения.
9. Медсестра обеспечит кварцевание палаты по 20 минут – 2 раза в день.

Проблема: **Лихорадка.**

М/с должна:

1. Определять аксиллярную температуру каждые 4 часа.
2. Определять пульс, АД каждые 4 часа.
3. Обеспечить больного обильным питьём (если нет противопоказаний).
4. Следить за психическим статусом больного на высоте лихорадки.
5. Следить за состоянием кожи, своевременно меняя нательное и постельное бельё.
6. Давать жаропонижающие средства, назначенные врачом, в зависимости от приёма пищи.
7. Применять методы физического охлаждения на высоте лихорадки (пузырь со льдом, охлаждающий компресс).

23. Ревматоидный артрит: определение, этиология, клиника, лечение. Сестринская помощь: проблемы пациента, планирование целей и сестринских вмешательств.

Непосредственно перед сестринскими вмешательствами необходимо расспросить пациента или его родственников, провести объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента, а так же выявить его проблемы и заподозрить заболевание суставов, сформировать план ухода. При опросе пациента (или его родственников) необходимо задать вопросы о перенесённых заболеваниях, повышении АД, болях в суставах, деформации костей.

I этап - оценка состояния пациента;

II этап - определение проблем пациента;

III этап - планирование сестринских вмешательств;

IV этап - реализация составленного плана сестринских вмешательств;

V этап - оценка результатов перечисленных этапов, позволяет повысить качество сестринской помощи.

Сестринский процесс при заболеваниях суставов

I этап. Сестринское обследование

Медицинская сестра, расспрашивая пациента, выявляет жалобы на различного характера боли (постоянные, приступообразные, летучие, «стартовые») в одном или нескольких суставах, повышенная температура тела. При осмотре обращается внимание на походку пациента (хромота), деформации суставов, их припухлость с гиперемией кожи над ними. Возможно ограничение движений в суставах вплоть до отсутствия (анкилоз), слабость и атрофия мышц, прилегающих суставу (мышцы бедра, ягодицы). Пальпаторно определяется «хруст» в суставах при их разгибании пораженного сустава. Осматриваются кожа, ногти, слизистые оболочки, лимфатические узлы, глаза, которые могут нарушаться при системных заболеваниях соединительной ткани и суставов. Выявляются нарушения внутренних органов, пульса, АД.

II этап. Определение проблем пациента

- 1. Нарушение потребности пациента в движении -- боль и ограничение движений в суставах из-за воспаления и деформаций их при ревматоидном артрите и деформирующем артозе.
- 2. Нарушение потребности пациента в поддержании нормальной температуры тела -- повышение температуры тела в результате специфического и неспецифического воспалительного процесса в суставах.
- 3. Нарушение потребности пациента в труде -- страх потери работы из-за нарушения объема движений в суставах.

IV этап. Реализация плана сестринских вмешательств

Медицинская сестра в рабочем дневнике фиксирует выполнение всех запланированных мероприятий по уходу за пациентами.

V этап. Оценка эффективности сестринских вмешательств

При заболеваниях суставов достижение целей бывает, как правило долгосрочным, поэтому у пациента возникают новые проблемы, связанные и с длительным пребыванием в постели (иммобилизация при деформирующем остеоартрозе), с нарушением сна, с нарушением потребности общаться с друзьями, с хромотой, невозможностью носить красивую обувь из-за деформаций суставов и др.

24. Сахарный диабет: этиология, способствующие факторы, стадии развития и типы диабета, клиника, осложнения, лечение, профилактика, диетотерапия. Сестринская помощь: настоящие и потенциальные проблемы пациента, план сестринских вмешательств.

Сестринский процесс при сахарном диабете. Сахарный диабет - хроническое заболевание, характеризующееся нарушением продукции или действия инсулина и приводящее к нарушению всех видов обмена веществ и, в первую очередь, обмена углеводов. Классификация сахарного диабета, принятая ВОЗ в 1980 г.:

1. Инсулинозависимый тип - 1 тип.

2. Инсулинонезависимый тип - 2 тип.

Сахарный диабет 1 типа чаще встречается у лиц молодого возраста, 2 тип сахарного диабета - у лиц среднего и пожилого возраста. При сахарном диабете причины и факторы риска настолько тесно переплетены, что иногда трудно их разграничить. Одним из главных факторов риска является наследственная предрасположенность (наследственно более неблагоприятен сахарный диабет 2 типа), также важную роль играют ожирение, несбалансированное питание, стрессы, заболевания поджелудочной железы, токсические вещества. в частности алкоголь, заболевания других эндокринных органов.

Стадии сахарного диабета:

1-я стадия - преддиабет - состояние предрасположенности к сахарному диабету.

Группа риска:
- Лица с отягощенной наследственностью.
- Женщины, родившие живого или мертвого ребенка с массой тела более 4,5 кг.\
- Лица, страдающие ожирением и атеросклерозом.

2-я стадия - латентный диабет - протекает бессимптомно, уровень глюкозы натощак нормальный - 3,3-5,5 ммоль/л (по данным некоторых авторов - до 6,6 ммоль/л). Латентный диабет можно выявить тестом на толерантность к глюкозе, когда у пациента после приема 50 г глюкозы, растворенной в 200 мл воды, отмечается повышение уровня сахара в крови: через 1 ч выше 9.99 ммоль/л. а через 2ч - более 7,15 ммоль/л.

3-я стадия - явный диабет - характерны следующие симптомы: жажда, полиурия, повышенный аппетит, похудание, кожный зуд (особенно в области промежности), слабость, утомляемость. В анализе крови повышенное содержание глюкозы, также возможно выделение глюкозы с мочой.
При развитии осложнений, связанных с поражением сосудов ЦНС. глазного дна. почек, сердца, нижних конечностей, присоединяются симптомы поражения соответствующих органов и систем.

Сестринский процесс при сахарном диабете:

Проблемы пациента:

А. Существующие (настоящие):
- жажда;
- полиурия:
- кожный зуд. сухость кожи:
- повышенный аппетит;
- потеря веса;
- слабость, утомляемость; снижение остроты зрения;
- боли в сердце;
- боли в нижних конечностях;
- необходимость постоянно соблюдать диету;
- необходимость постоянного введения инсулина или приема антидиабетических препаратов (манинил, диабетон, амарил и др.);

Дефицит знаний о:
- сущности заболевания и его причинах;
- диетотерапии;
- самопомощи при гипогликемии;
- уходе за ногами;
- расчете хлебных единиц и составлении меню;
- пользовании глюкометром;
- осложнениях сахарного диабета (комы и диабетические ангиопатии) и самопомощи при комах.

Б. Потенциальные:

Риск развития:
- прекоматозных и коматозных состояний:
- гангрены нижних конечностей;
- острого инфаркта миокарда;
- хронической почечной недостаточности;
- катаракты и диабетической ретинопатии с ухудшением зрения;
- вторичных инфекций, гнойничковых заболеваний кожи;
- осложнений вследствие инсулинотерапии;
- медленное заживление ран, в том числе и послеоперационных.

Сбор информации при первичном обследовании:

Расспрос пациента о:
- соблюдении диеты (физиологической или диеты № 9), о режиме питания;

- физических нагрузках в течение дня;

- проводимом лечении:

- инсулинотерапии (название инсулина, доза, длительность его действия, схема лечения);

- антидиабетических таблетированных препаратах (название, доза, особенности их приема, переносимость);

- давности исследования анализов крови и мочи на содержание глюкозы и обследования у эндокринолога;

- наличии у пациента глюкометра, умении им пользоваться;

- умении пользоваться таблицей хлебных единиц и составлять меню по хлебным единицам;

- умении пользоваться инсулиновым шприцом и шприц-ручкой;

- знании мест и техники введения инсулина, профилактики осложнений (гипогликемии и липодистрофии в местах инъекций);

- ведении дневника наблюдений больного сахарным диабетом:

- посещении в прошлом и в настоящее время "Школы диабетика";

- развитии в прошлом гипогликемической и гипергликемической ком, их причинах и симптомах;

- умении оказывать самопомощь;

- наличии у пациента «Паспорта диабетика» или «Визитной карточки диабетика»;

- наследственной предрасположенности к сахарному диабет);

- сопутствующих заболеваниях (заболевания поджелудочной железы, других эндокринных органов, ожирении);

- жалобах пациента в момент осмотра.

Осмотр пациента:

- цвет, влажность кожных покровов, наличие расчесов:

- определение массы тела:

- измерение артериального давления;

- определение пульса на лучевой артерии и на артерии тыла стопы.

Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:

1. Провести беседу с пациентом и его близкими об особенностях питания в зависимости от типа сахарного диабета, режиме питания. Для пациента с сахарным диабетом 2 типа дать несколько образцов меню на сутки.
2. Убедить пациента в необходимости строю соблюдать диету, назначенную врачом.
3. Убедить пациента в необходимости физических нагрузок, рекомендованных врачом.
4. Провести беседу о причинах, сущности заболевания и его осложнениях.
5. Информировать пациента об инсулинотерапии (видах инсулина. начале и длительности его действия, связи с приемом пищи. особенностях хранения, побочных эффектах, видах инсулиновых шприцов и шприц-ручках).
6. Обеспечить своевременное введение инсулина и прием антидиабетических препаратов.
7. Контролировать:

- состояние кожных покровов;

- массу тела:

- пульс и артериальное давление;

- пульс на артерии тыла стопы;

- соблюдение диеты и режима питания; передачи пациенту от его близких;

- рекомендовать постоянный контроль содержания глюкозы в крови и моче.

8. Убедить пациента в необходимости постоянного наблюдения эндокринологом, ведении дневника наблюдения, где указываются показатели уровня глюкозы в крови, моче, уровень АД, съеденные за день продукты, получаемая терапия, изменения самочувствия.
9. Рекомендовать периодические осмотры окулиста, хирурга, кардиолога, нефролога.
10. Рекомендовать занятия в «Школе диабетика».

11. Информировать пациента о причинах и симптомах гипогликемии, коматозных состояний.
12. Убедить пациента в необходимости при незначительном ухудшении самочувствия и показателей крови сразу обращаться к эндокринологу.
13. Обучить пациента и его родственников:

- расчету хлебных единиц;
- составлению меню по количеству хлебных единиц на сутки; набору и подкожному введению инсулина инсулиновым шприцом;
- правилам ухода за ногами;
- оказывать самопомощь при гипогликемии;
- измерению артериального давления.

Неотложные состояния при сахарном диабете:

А. **Гипогликемическое состояние. Гипогликемическая кома**.
Причины:

- Передозировка инсулина или антидиабетических таблетированных средств.
- Недостаток углеводов в пищевом рационе.
- Недостаточный прием пищи или пропуск приема пищи после введения инсулина.
- Значительная физическая нагрузка.

Гипогликемические состояния проявляются ощущением сильного голода, потливостью, дрожанием конечностей, резкой слабостью. Если это состояние не купировать, то симптомы гипогликемии будут нарастать: усилится дрожь, появятся путаница в мыслях, головная боль, головокружение, двоение в глазах, общее беспокойство, страх, агрессивность в поведении и больной впадает в кому с потерей сознания и судорогами.
Симптомы гипогликемической комы: больной без сознания, бледен, отсутствует запах ацетона изо рта. кожные покровы влажные, обильный холодный пот, тонус мышц повышен, дыхание свободное. артериальное давление и пульс не изменены, тонус глазных яблок не изменен. В анализе крови уровень сахара ниже 3,3 ммоль/л. в моче сахара нет.
Самопомощь при гипогликемическом состоянии:
Рекомендуется при первых же симптомах гипогликемии съесть 4-5 кусочков сахара, или выпить теплый сладкий чай, или принять 10 таблеток глюкозы по 0,1 г, или выпить из 2-3 ампул 40 %-ной глюкозы, или съесть несколько конфет (лучше карамель).
Доврачебная помощь при гипогликемическом состоянии:

- Вызвать врача.
- Вызвать лаборанта.
- Придать пациенту устойчивое боковое положение.
- Положить 2 кусочка сахара за щеку, на которой лежит пациент.
- Обеспечить внутривенный доступ.

Подготовить медикаменты:
40 и 5 % раствор глюкозы. 0.9 % раствор хлорида натрия, преднизолон (амп.), гидрокортизон (амп.), глюкагон (амп.).

Б. **Гипергликемическая (диабетическая, кетоацидотическая) кома**.
Причины:

- Недостаточная доза инсулина.
- Нарушение диеты (повышенное содержание углеводов в пище).
- Инфекционные заболевания.
- Стрессы.
- Беременность.
- Травмы.
- Оперативное вмешательство.

Предвестники: усиление жажды, полиурия. возможна рвота, снижение аппетита, нечеткое зрение, необычайно сильная сонливость, раздражительность.

Симптомы комы: сознание отсутствует, запах ацетона изо рта, гиперемия и сухость кожных покровов, шумное глубокое дыхание, снижение мышечного тонуса - " мягкие" глазные яблоки. Пульс-нитевидный, артериальное давление снижено. В анализе крови - гипергликемия, в анализе мочи - глюкозурия, кетоновые тела и ацетон. При появлении предвестников комы срочно обратиться к эндокринологу или вызвать его на дом. При признаках гипергликемической комы срочный вызов неотложной помощи. Доврачебная помощь:

- Вызвать врача.
- Придать пациенту устойчивое боковое положение (профилактика западения языка, аспирации, асфиксии).
- Взять мочу катетером для экспресс-диагностики сахара и ацетона.
- Обеспечить внутривенный доступ.

Подготовить медикаменты:

- инсулин короткого действия - актропид (фл.);
- 0,9 % раствор хлорида натрия (фл.); 5 % раствор глюкозы (фл.);
- сердечные гликозиды, сосудистые средства.

25. Хроническая почечная недостаточность: определение, этиология, стадии, клиника, лечение, диета, прогноз. Сестринская помощь: планирование сестринского ухода по приоритетной проблеме.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) — патологический синдром функциональной неполноценности почек со снижением (вплоть до полного прекращения) их деятельности по поддержанию внутренней среды организма, развивающийся при различных заболеваниях почек вследствие прогрессирующей гибели нефронов и почечных стромах.

ХПН является конечной стадией развития различных заболеваний почек. Известно более 50 заболеваний, которые заканчиваются хронической почечной недостаточностью. Продолжительность жизни определяется характером основного заболевания.

Этиология и патогенез. Первое место среди причин хронической почечной недостаточности занимает хронический гломерулонефрит, второе — хронический пиелонефрит, диабетический гломерулосклероз, гипертоническая болезнь, поликистоз, амилоидоз почек и др.

Хроническая почечная недостаточность связана с необратимыми структурными изменениями паренхимы почек. Регенерации паренхимы не происходит.

Снижается способность почек концентрировать мочу и разводить ее, падает секреторная функция канальцев, в терминальной стадии она практически равная нулю.

Происходит нарушение выделительной, кровоочистительной и гомеостатической функции почек, в крови наблюдается задержка азотистых продуктов обмена.

Морфологически в почках разрастается соединительная ткань и развивается *вторично сморщенная почка* (нефросклероз).

Клиническая картина. Пациенты медлительны, апатичны, сонливы. Кожа сухая, развивается кожный зуд, лицо одутловато. Отмечается мышечная слабость. Происходит поражение костей, наблюдаются изменения скелета (остеопороз) вследствие деминерализации. Могут появляться боли в груди (следствие уремического фибриноидного плеврита). В легких могут прослушиваться влажные хрипы. В терминальной стадии — перикардит.

Поражение сердца развивается по типу острой левожелудочковой недостаточности с приступами сердечной астмы. Уремические васкулиты способствуют изъязвлению слизистых оболочек, некрозам кожи, уремическим висцеритам.

Наблюдается анорексия, тошнота, рвота, сухость и неприятный вкус во рту, тяжесть в подложечной области после приема пищи, жажда. Температура тела может быть понижена.

В крови отмечается анемия в сочетании с токсическим лейкоцитозом, количество тромбоцитов уменьшено, повышаются содержание остаточного азота, мочевины и креатинина в сыворотке крови. При хронической почечной недостаточности часто развивается *гиперкалиемия.*

В течении ХПН выделяют стадии: *латентную, азотемическую* и *уремическую.* Первая стадия еще обратима.

В первую и вторую стадию жалобы пациентов соответствуют основному заболеванию. В третью (уремическую) стадию — клинические проявления становятся полиорганными. Уремия в терминальном периоде характеризуется комой, шумным глубоким дыханием Куссмауля, желудочно-кишечными кровотечениями, сердечно-сосудистой недостаточностью и заканчивается летально.

Диагностика. ОАК — анемия.

О АМ— признаки основного заболевания, низкая относительная плотность мочи.

Проба по Зимницкому: изогипостенурия, никтурия.

БАК—высокие цифры креатинина, мочевины, калия.

ЭКГ — диффузные мышечные изменения, аритмия.

Глазное дно — ангиоретинолатия, кровоизлияния.

Прогноз неблагоприятен, ухудшается при беременности, хирургических вмешательствах.

Лечение. Проводится лечение основного заболевания. Диета при ХГН должна быть полноценной, с достаточной калорийностью, но с ограничением белка до 60-40-20 г в сутки в зависимости от стадии болезни. Контролируется поступление с пищей поваренной соли, воды, калия, фосфатов (ограничение рыбы и молока).

Очень важно корректировать водный баланс, нарушения электролитного обмена (коррекция калия в крови), контролировать количество потребляемой воды. Если нет отеков, ХСН, артериальной гипертензии, воды потребляется столько, чтобы диурез был 2-2,5 л в сутки (если его нет, добавляют фуросемид). В терминальную стадию прием жидкости регулируется по диурезу — к количеству выделенной мочи за предыдущие сутки добавляется 300-500 мл.

К важным мероприятиям лечения можно отнести поддержание в организме баланса натрия. Обычно назначают диету с низким содержание слои (5-7 г в сутки). Если нет отеков, артериальной гипертензии, количество соли не ограничивается.

Имеет значение коррекция количества калия в крови. В полиурической стадии бывает *гипокалиемии* — назначают калиевую диету (урюк, курага, чернослив, печеный картофель) или вводят препараты калия (калия хлорид, панангин) и при необходимости калийсберегающие диуретики (верошпирон, триампур).

В терминальную стадию — *гиперкалиемия.* В эту стадию ограничивают продукты, богатые калием, запрещают применение калийсберегающих диуретиков и назначают калийвыводящие (фуросемид, гипотиазид). Назначаются сорбенты; которые адсорбируют на себе аммиак и другие токсические вещества (хофитол, леспенефрил, препараты чеснока, анаболические стероиды). Корректируется кислотно-щелочное равновесие (содовые клизмы и внутривенные вливания).

Симптоматическая терапия: гипотензивная, препараты железа при анемии, лечение инфекционных осложнений, поливитаминная терапия.

Наиболее радикальным и оптимальным методом лечения ХПН является трансплантация почки. Успешным методом лечения можно считать гемодиализ с помощью аппарата «искусственная почка», который продлевает жизнь пациента до 10-20 лет.

26. Хроническая сердечная недостаточность: определение понятия и стадии ХСН, этиология, клиника, принципы лечения, лечебное питание. Сестринская помощь: планирование сестринского ухода при хронической сердечной недостаточности.

ХСН - недостаточность кровообращения, связанная с уменьшением сократительной способности миокарда, вследствие этого нарушается обеспечение органов и тканей веществами, необходимыми для их нормальной жизнедеятельности. Причины хронической недостаточности кровообращения многообразны: гипертоническая болезнь, пороки сердца, атеросклероз коронарных артерий, анемии, интоксикации, инфекции, эндокринные заболевания.

Проблемы пациента в сестринском процессе при хронической сердечной недостаточности:

А. **Существующие (настоящие)**:

Одышка (при физической нагрузке и в покое).

Сердцебиение.

Отеки.

Кашель.

Кровохарканье.

Нарушение сна.

Запоры.

Снижение физической активности.

Трудности в осуществлении физиологических отправлений в привычном положении.

Необходимость в частом посещении туалета при учащенном мочеиспускании (при приеме мочегонных средств).

Недостаток знаний о своем здоровье.

Риск падения.

Б. **Потенциальные**:

Риск развития пролежней.

Риск развития застойной пневмонии.

Риск передозировки лекарственных средств (сердечных гликозидов).

Потеря социального статуса и роли в обществе, семье.

Возможность смены профессии, инвалидизации.

СБОР ИНФОРМАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ:

А. **Расспрос пациента о**:

- перенесенных ранее заболеваниях;
- условиях появления одышки и сердцебиения или их усиления, может ли самостоятельно решать данные проблемы;
- физических нагрузках пациента в настоящее время;
- характере кашля (сухой или с мокротой - ее характер, не было ли кровохарканья), о времени появления кашля;
- наличии отеков, местах их локализации, в какое время суток они появляются или усиливаются;
- приеме лекарственных препаратов: сердечных гликозидов, мочегонных (регулярность их приема, доза, переносимость);
- особенностях питания, водном режиме;
- проблемах, связанных с невозможностью или недостаточностью самоухода:
- проблемах, связанных с нарушением физиологических отправлений (учащенное мочеиспускание при приеме мочегонных средств, запоры).

Б. **Осмотр пациента**:

Цвет кожных покровов и видимых слизистых, наличие цианоза.

Положение в постели.

Наличие отеков (локализация, плотность, цвет).

Подсчет частоты дыхательных движений.

Исследование частоты сердечных сокращений.

Измерение артериального давления.

Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:

1. Выбрать вместе с пациентом положение в постели, при котором одышка и сердцебиение значительно уменьшатся или исчезнут.

2. Убедить пациента уменьшить физическую нагрузку и соблюдать режим, предписанный врачом.

3. Обеспечить частое проветривание помещения, где находится пациент.

4. Провести беседу с пациентом/семьей, близкими о необходимости строго соблюдать диету с ограничением соли и жидкости.

5. Поддерживать усилия пациента по изменению характера питания и физической нагрузки.

6. Контролировать частоту дыхательных движений, пульс и артериальное давление. При замедлении пульса ниже нормы (передозировка сердечных гликозидов) немедленно поставить в известность врага.

7. По назначению врача проводить оксигенотерапию.

8. Следить за динамикой отеков, состоянием кожных покровов в области отеков.

9. Рекомендовать носить носки, спортивные брюки с ослабленной резинкой.

10. По назначению врача определять суточный диурез и водный баланс.

11. При необходимости обеспечить комфортное отправление физиологических отправлений.

12. Помогать пациенту в самоуходе (гигиенический уход, кормление и т. п.).

13. Контролировать массу тела пациента.

14. Информировать пациента о действии сердечных гликозидов. мочегонных средств, назначенных врачом, правилах их приема, переносимости, побочных эффектах, признаках передозировки сердечных гликозидов (тошнота, анорексия); контролировать их прием.

15. Проводить профилактику пролежней, застойной пневмонии, запоров (по назначению врача - постановка очистительной клизмы).

16. Обеспечить пациенту достаточный сон (проветривание помещения перед сном; последний прием пищи должен быть за 3-4 ч до сна).

Обучать пациента/семью:

- определять частоту дыхательных движений;
- исследовать пульс и частоту сердечных сокращений;
- измерять артериальное давление;
- определять суточный диурез и водный баланс;
- профилактике пролежней;
- профилактике застойной пневмонии;
- профилактике запоров;
- постановке очистительной клизмы при упорных запорах.

27. Хронический колит: сущность заболевания, причины, клинические проявления, лечение, диета. Сестринская помощь: проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств.

Хронический неязвенный колит — хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание толстой кишки, протекающее с морфологическими изменениями слизистой оболочки и нарушениями моторной, всасывательной, выделительной, секреторной и экскреторной функций. В большинстве случаев причиной заболевания являются перенесенные острые кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез), а также паразитарные инвазии, дисбактериоз (как следствие неэффективного лечения кишечных инфекций антибактериальными препаратами), нерациональное питание, алкоголизм, гиподинамия. Важную роль играют хронические заболевания желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит с секреторной недостаточностью, хронический энтерит, хронический панкреатит. Поражается вся толстая кишка (тотальный колит) или различные его отделы (правосторонний, левосторонний, трансверзит, проктосигмоидит).

Неспецифический язвенный колит — некротизирующее воспалительное заболевание слизистой оболочки преимущественно прямой кишки неизвестной этиологии с развитием язв, геморрагий и гноя.

Клиника:

При *лёгкой тяжести заболевания:* преобладают «кишечные» симптомы, возникающие при погрешностях в диете, общее состояние удовлетворительное.

При *средней тяжести* — «кишечные» симптомы выражены значительно, они более стойкие, отмечается похудание из-за боязни принимать пищу.

При *тяжелом течении* — значительное нарушение всасывания; присоединяется энтерит).

По *течению болезни* (рецидивирующее, монотонное, непрерывное, интермиттирующее (перемежающее).

По *локализации воспалительного процесса* (тотальный, сегментарный — тифлит, трансверзит, сигмоидит, проктит).

По *фазе заболевания* (обострение, ремиссия).

При хроническом неязвенном колите *в фазе ремиссии* клинические проявления могут отсутствовать или проявляться минимально. Общее состояние пациентов существенно не меняется, значительной потери массы тела обычно не происходит. *В фазе обострения* отмечаются боли ноющего или спастического характера по ходу толстой кишки, чаще в левой подвздошной области. Боли усиливаются после приема грубой, жареной, жирной пищи; вздутие и урчание в животе; нарушение опорожнения кишечника в виде поносов, запоров или смены поносов и запоров, тенезмы. При вовлечении в процесс слизистой оболочки прямой кишки развивается синдром недостаточности опорожнения кишечника — выделение небольшого количества кашицеобразного кала, иногда с примесью слизи и оформленных комочков с длительным тягостным ощущением наличия кала в прямой кишке. Отмечаются дурной вкус во рту, отрыжка воздухом, вздутие живота, слабость, нарушение сна, раздражительность, головная боль.

Диагностика:

При ирригоскопии отмечается сужение просвета кишки, ее укорочение, зубчатость контуров, отсутствие гаустр, ригидность стенок, псевдополипы.

Понос характеризуется толстокишечной диареей, когда поступающие даже малые порции кишечного содержимого в сигмовидную и прямую кишку вызывают немедленно позывы к дефекации, этому сопутствует схваткообразная боль внизу живота и позывы к дефекации (тенезмы). После дефекации и отхождения газов боль и тенезмы проходят. Причиной поноса является усиленная перистальтика кишечника, в результате которой вода не успевает всосаться кишечными ворсинками, стул становится водянистым; другой причиной поноса является вторичное разжижение каловых масс гиперсекрецией вследствие длительных запоров. Происходит смена запоров поносами.

Запор характеризуется редким или недостаточным опорожнением кишечника (1 раз в 3 суток и более) с преобладанием спазмов или атонии кишечника.

Характерные клинические признаки при сегментарном колите:

• *Тифлит.* Боли в правой половине живота внизу, тупые, усиливаются при вытягивании правой ноги, отдают в ногу, в пах.

• *Трансверзит.* Боли, урчание, распирание в средней части живота, позывы на дефекацию сразу после еды, возможны поносы.

• *Ангулит.* Боли высоко в левом подреберье, отдающие в грудь, спину, сердце; запоры сменяются поносами.

• *Проктосигмоидит.* Боли в заднем проходе при дефекации, тенезмы; длительное ощущение неопорожненного кишечника после дефекации.

При пальпации выявляется болезненность различных отделов, чередование спазмированных и расширенных участков.

При копрологическом исследовании выявляется слизь, эритроциты, лейкоциты, иногда яйца глистов, цисты простейших. При преобладании бродильных процессов в кале обнаруживаются: большое количество клетчатки, йодофильной флоры и крахмала. При гнилостных процессах развивается дисбактериоз с уменьшением в кале количества бифидо- и лактобактерий, увеличением содержания аммиака, патогенного стафилококка, стрептококка, протея.

При неспецифическом язвенном колите боли носят схваткообразный характер и локализуются в области сигмовидной, поперечно-ободочной, реже слепой кишки или около пупка. Боли усиливаются перед дефекацией, при метеоризме и успокаиваются после отхождения газов и стула. Отмечаются слабость, адинамия, повышение температуры тела, отсутствие аппетита, тошнота, раздражительность, плаксивость, депрессия. При пальпаци живота отмечается болезненность и спастические сокращени различных отделов толстой кишки, а также урчание. Характерен синдром реактивных системных проявлений: стоматит, глоссит, полиартрит, узловая эритема, жировая дистрофия печени, хронический активный гепатит, цирроз печени, поражение глаз (ирит, иридоциклит, увеит, кератит), нефротический синдром, аутоиммунный тиреоидит, анемия, дистрофический синдром, связанный с инфицированием Salmonella, Versinia enercolitica m др. Копрограмма: слизь, кровь, лейкоциты при отсутствии патогенных бактерий и паразитов.

Осложнения:

Ø перфорация толстой кишки,

Ø токсическая дилатация толстой кишки,

Ø кишечное кровотечение,

Ø стриктуры толстой кишки,

Ø рак толстой кишки.

Сестринский диагноз:понос; запоры; боль в животе, связанная со стулом и отхождением газов; метеоризм; плохой аппетит, плохой сон; похудание; раздражительность.

Уход и лечение:

Медицинская сестра обеспечивает: своевременное и правильное выполнение назначений врача; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов; контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль передач больному продуктов питания от родственников; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела, стула; выполнение программы ЛФК; подготовку больного к ЭГДС, ирригоскопии, колоноскопии, ректороманоскопии. Также она проводит: беседы с больными и их родственниками о необходимости соблюдения диеты и режима питания, о значении систематического приема лекарственных средств; обучение больных правилам приема лекарственных препаратов при хроническом колите, правилам постановки лечебных микроклизм.

28. Хронический холецистит: определение, этиология, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности, проблемы пациента и план сестринских вмешательств при обострении хронического холецистита.

Хронический холецистит - хроническое воспаление жёлчного пузыря, характеризующееся рецидивирующей подострой симптоматикой, чаще всего обусловленной наличием в его просвете камней.

Этиология:

Инфекция - часто это условно - патогенная флора: кишечная палочка, стрептококк, стафилококк, брюшно-тифозная палочка, простейшие (лямблии).

Хронический бескаменный холецистит (Х Б Х) – это хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря, проявляющееся нарушением его моторной и концентрационной функций.

Клинически проявляется тошнотой, болями в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, правое надплечье через 30-90 минут после еды, субфебрилитетом, познабливанием, правосторонней мигренью.

Длительная болезненность в классических желчных точках, глубокая пальпация в области желчного пузыря вызывают тошноту.

По характеру течения ХБХ бывает часто или редко рецидивирующим; по фазе – в обострении или ремиссии.

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) - обменное заболевание, характеризующееся нарушением коллоидного состояния желчи и образования конгломератов (камней) холестерина или солей билирубина.

К ЖКБ предрасполагают различные обменные заболевания (сахарный диабет, ожирение, атеросклероз), а также вирусный гепатит, воспалительные заболевания желчевыводящих путей.

Важное значение имеет наследственная предрасположенность.

По данным института скорой помощи частота обнаружения камней при хроническом холецистите составляет 99%, но только 15% попадают на операционный стол, остальные 85% лечат терапевты.

Каждый десятый мужчина и каждая четвертая женщина больны хроническим холециститом (желчно-каменной болезнью).

Чаще болеют женщины до 4О лет, много рожавшие, страдающие полнотой и метеоризмом.

После 5О лет частота заболеваемости мужчин и женщин становится практически одинаковой.

Чаще болеют люди, работа которых связана с психоэмоциональными нагрузками и малоподвижным образом жизни.

Гуморальный механизм:

в двенадцатиперстной кишке вырабатываются 2 гормона - холецистокинин и секретин, которые действуют подобно вагусу и тем самым обладают регулирующим действием на желчный пузырь и пути.

Нарушение этого механизма бывает при вегетоневрозе, воспалительных заболеваниях ЖКТ, нарушении ритма питания и др.

Дисхолия – нарушение физико-химических свойств желчи. Концентрация желчи в пузыре в 1О раз больше, чем в печени. Нормальная желчь состоит из билирубина, холестерина (нерастворим в воде, поэтому, чтобы удержать его в растворенном состоянии в виде коллоида, необходимо присутствие холатов), фосфолипидов, желчных кислот, пигментов и т.д.

В норме желчные кислоты и их соли (холаты) относятся к холестерину как 7:1, если количество холестерина увеличивается, например до 1О:1. то он выпадает в осадок, тем самым способствуя образованию камней.

Дисхолии способствует высокое содержание холестерина.

Наблюдается при: сахарном диабете, ожирении, семейной гиперхолестеринемии,

гипербилирубемиии (при гемолитических анемиях т.д.), увеличении количества жирных, желчных кислот.

Вместе с тем большое значение имеет инфицирование желчи.

На практике чаще всего комбинируются вышеуказанные факторы.

Повреждающее действие литохолевой кислоты, связано с изменением pH, выпадением солей кальция и др.

Желчные камни - 90-95% случаев. Если камни мигрируют по путям оттока жёлчи, они могут вызвать обструкцию пузырного протока, что приводит к острому холециститу; обструкции общего желчного протока (желтуха).

Застой пузырной желчи (у беременных женщин и у пациентов при полном парентеральном питании).

Клиническая картина и классификация

Латентная форма. Следует рассматривать как период течения желчнокаменной болезни. Может длиться неопределённо долго.

Диспептическая хроническая форма.

Чувство тяжести в эпигастральной области

Изжога

Метеоризм

Неустойчивый стул

Симптоматику провоцирует употребление жирных, жареных, острых блюд, слишком больших порций пищи.

Болевая хроническая форма

Боли в эпигастральной области и проекции желчного пузыря ноющего характера, иррадиирующие в область правой лопатки

Слабость, недомогание, раздражительность.

Желчная колика и хроническая рецидивирующая форма

Внезапно возникающий приступ резчайших болей в правом подреберье и в эпигастральной области. Тошнота, рвота.

Провоцируется употреблением в пищу жиров, пряностей, отрицательными эмоциями, физическим напряжением, беременностью, менструациями.

Положительные симптомы де Мюсси-Георгиевского, Ортнера, Боаса, Мерфи.

Болевая точка Боаса - болезненная точка, выявляемая при глубокой пальпации, расположенная на 8,5 см вправо от остистого отростка XII грудного позвонка.

Симптом Мерфи - непроизвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья.

Симптом Ортнера - болезненность при поколачивании по краю правой рёберной дуги.

Продолжительность приступа от нескольких минут до суток и более. После прекращения приступа симптомы заболевания быстро идут на убыль.

Лабораторные исследования

ОАК - лейкоцитоз с нейтрофилёзом, ↑СОЭ.

ОАМ - положительная реакция на билирубин.

БАК-повышение концентрации билирубина, трансаминаз, ЩФ, альфа- и гамма-глобулинов, серомукоида, сиаловых кислот, фибрина.

Исследование пузырной желчи:

При калькулёзном холецистите - повышение относительной плотности желчи, микролиты, песок, уменьшение концентрации холевой и увеличение литохолевой желчной кислот, снижение липидного комплекса, большое количество кристаллов холестерина, билирубината кальция, лейкоцитов, цилиндрического и плоского эпителия.

При некалькулёзном холецистите - кислая реакция, снижение относительной плотности жёлчи, хлопья слизи, большое количество лейкоцитов, цилиндрического и плоского эпителия, кристаллов жирных кислот, повышение содержания сиаловых кислот и аминотрансфераз, снижение концентрации липидного комплекса, билирубина, холевой кислоты.

Рентгенологическое исследование

Холангиография

Пероральная холецистография

УЗИ - утолщение стенки жёлчного пузыря

КТ (Для выявления жёлчных камней и диагностики острого холецистита не имеет преимуществ перед УЗИ)

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография для оценки состояния жёлчных и панкреатических протоков

Чрескожная чреспечёночная холангиография - оценка состояния внутрипечёночной билиарной системы.

Лапароскопия.

Лечение

Режим

Амбулаторный для пациентов с невыраженной симптоматикой.

Стационарный для пациентов с желчной коликой.

Диета

Малокалорийная пища, содержащая большое .количество растительной клетчатки, витамина С, уменьшенное количество белков и жиров, преимущественно растительного происхождения.Кратность приёма пищи - 5-6 р/сут небольшими порциями.

29. Цирроз печени: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при циррозе печени.

Сестринский процесс при циррозе печени. Цирроз печени - хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся дистрофией и некрозом печеночной ткани, признаками печеночной недостаточности и портальной гипертензии, сопровождающееся разрастанием соединительной ткани и глубокими нарушениями структуры и функции печени.

Причины:

1. Хронические вирусные гепатиты В, С.
2. Злоупотребление алкоголем.
3. Гепатотропные лекарства.
4. Промышленные гепатотропные токсические вещества.
5. Заболевания желчных путей.
6. Недостаточность питания (особенно белков, витаминов).

Для цирроза характерны уплотнение печени (наряду с увеличением или расширением вен пищевода, геморроидальных вен и вен передней брюшной стенки), желтуха.

Нередки боли в области печени, усиливающиеся после погрешностей в диете и физической нагрузки, диспептические явления (горечь во рту, отрыжка, тошнота, возможна рвота, снижение аппетита, метеоризм), кожный зуд.

При осмотре, как правило, выявляются характерные для цирроза «печеночные знаки»: «сосудистые звездочки» (телеангиоэктазии), эритема ладоней («печеночные ладони»), «лаковый» малинового цвета язык. Из-за холестаза видны темная моча и светлого цвета кал.

Сестринский процесс при циррозе печени:

Проблемы пациентов:

А. Существующие (настоящие):

- боли в правом подреберье; тошнота, горечь во рту;
- метеоризм;
- снижение аппетита;
- кожный зуд;
- увеличение живота (из-за асцита);
- олигурия;
- слабость, быстрая утомляемость;
- нарушение сна;
- раздражительность;
- необходимость постоянно принимать лекарственные препараты;
- недостаток информации о заболевании; необходимость отказа от приема алкоголя;
- дефицит самоухода.

Б. Потенциальные:

- риск развития кровотечений из вен пищевода, геморроидальных вен;

- риск развития печеночной комы; возможность инвалидизации.

Сбор информации при первичном обследовании:

А. Расспрос пациента о:

- перенесенных ранее заболеваниях (гепатит, заболевания желчевыводящих путей);
- отношении пациента к алкоголю;
- особенностях питания;
- профессиональной деятельности (контакт с гепатотропными ядами);
- приеме гепатотропных лекарственных препаратов;
- аллергических реакциях на лекарства, продукты питания и пр.;
- длительности заболевания, частоте обострений;
- наблюдении гастроэнтерологом, регулярности обследования (даты результатов последних биохимических анализов крови АЛТ,АСТ, белковые фракции крови; осадочные пробы, УЗИ, сканирования печени);
- приеме лекарственных препаратов (название препарата, доза, регулярность приема, переносимость);
- жалобах пациента в момент осмотра.

Б. Осмотр пациента:

- состояние кожных покровов и слизистых; цвет (наличие желтухи или иктеричности). цвет ладоней, наличие расчесов, «сосудистых звездочек», расширенных вен на передней брюшной стенке;
- масса тела пациента;
- измерение температуры тела; исследование пульса;
- измерение артериального давления;
- оценить размеры живота (наличие асцита);
- поверхностная пальпация живота.

Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:

1. Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать диету с ограничением животных жиров и достаточным количеством белков, углеводов и витаминов. Исключить острые, жареные, маринованные блюда, специи. При асците ограничить употребление соли и жидкости. Режим питания - 4-5 раз в сутки.
2. Обеспечить пациенту полупостельный режим.
3. Убедить пациента в необходимости отказа от алкоголя.
4. Оказывать помощь при рвоте, метеоризме.
5. Осуществлять уход за кожей.
6. Информировать пациента о медикаментозном лечении (лекарственных препаратах, их дозе, правилах приема, побочных эффектах, переносимости).
7. Убедить пациента в необходимости соблюдения диеты, режима питания, приема лекарственных препаратов.
8. Обеспечить пациенту полноценный сон.
9. Осуществлять контроль за:

- соблюдением пациентом диеты, режима питания, полупостельного режима;
- передачами пациенту;
- регулярным приемом лекарственных средств:
- суточным диурезом;
- массой тела;
- состоянием кожных покровов;
- симптомами кровотечения (пульсом и артериальным давлением).

10. Оказывать первую помощь при кровотечении.
11. Подготовка пациента к биохимическим исследованиям крови, анализу кала на копрограмму и анализу мочи.
12. Подготовка пациента к УЗИ органов брюшной полости, холецистографии, сканированию печени. Если причиной цирроза печени явился гепатит, то необходимо

строго соблюдать санэпидрежим:
- Больной должен помещаться в отдельную палату.
- Обеспечить пациента отдельными предметами ухода и посудой.
- Отдельно проводить обследование этой группы пациентов.
- Отдельно проводить процедуры, используя одноразовый инструментарий, дезинфицировать кал.

30.Хронический гепатит: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при хроническом гепатите.

Хронический гепатит (ХГ) — полиэтиологический диффузный воспалительный процесс в печени, продолжающийся более шести месяцев и не сопровождающийся нарушением дольковой структуры печени.

Этиология и патогенез.

Самой частой причиной хронического гепатита является перенесенный острый вирусный гепатит. Доказанным является переход в хроническую форму острого гепатита, вызванного вирусами В, С, Д.

Значительно реже причиной хронического гепатита бывают аутоиммунный процесс, причина которого неизвестна, лекарственные интоксикации (лекарственно индуцированный гепатит), алкоголизм.

Инфицирование вирусом гепатита В. Встречается чаще других. Основные пути передачи: парентеральный (инъекции), половой и от матери к плоду. Хронический вирусный гепатит В может трансформироваться в цирроз печени, на фоне которого может развиться рак печени.

Сам вирус непосредственно не разрушает гепатоциты, поражение печени объясняется иммунным ответом на внедрение вируса в гепатоцит. В зависимости от силы иммунного ответа ХГ протекает малосимптомно, доброкачественно *(персистирующий гепатит)* или агрессивно, с элементами некроза участков печени *(активный гепатит),* при котором наблюдаются внепеченочные поражения: полимиозит, артриты, миокардит и др.

Инфицирование вирусом гепатита Д. Пути передачи такие же. Вирус Д непосредственно действует на гепатоцит, поэтому чаще переходит в активный гепатит и цирроз печени.

Инфицирование вирусом гепатита С. Этот вирус гепатита чаще других вызывает развитие активного гепатита с переходом в цирроз и рак печени. Пути передачи — те же. Гепатоциты повреждаются непосредственно вирусом и иммуноопосредованным процессом. Отличительной особенностью гепатита С является латентное и малосимптомное течение, диагноз длительно не распознается, но быстро приводит к циррозу и раку печени.

Злоупотребление алкоголем — одна из важнейших причин ХГ. Алкоголь повреждает гепатоциты и вызывает аутоиммунные реакции.

Воздействие гепатотропных лекарственных средств.

К истинным гепатотоксинам относятся: парацетамол, салицилаты, цитостатики, большие дозы тетрациклина, аминазин, анаболические стероидные препараты и др. К группе средств, вызывающих аллергическое поражение печени, относятся: транквилизаторы, фторотан, антибиотики, противосудорожные, противодиабетические средства.

Лекарственные средства вызывают самые различные поражения печени: воспаление, фиброз, тромбоз печеночной вены, цирроз, опухоли и др.

Клиническая картина ХГ.

Клиническая картина имеет свои особенности в зависимости от инфицированности тем или иным вирусом.

Основные симптомы ХГ: чувство тяжести или ноющие боли в правом подреберье, снижение аппетита, трудоспособности, усталость. Возможна желтуха разной степени выраженности. При обследовании пациента можно обнаружить желтуху, увеличенную и иногда болезненную при пальпации печень. У некоторых пациентов пальпируется увеличенная болезненная селезенка.

Хронический персистирующий гепатит по клинической картине характеризуется умеренными болями в правом подреберье с иррадиацией в правую подлопаточную область, жалобами на отрыжку горьким. Общее состояние пациентов удовлетворительное. Обнаруживается небольшая субиктеричность склер; печень умеренно увеличена (на 2—3 см); селезенка не пальпируется.

При дополнительных исследованиях отмечаются незначительные нарушения отдельных функций (умеренное увеличение СОЭ, билирубина, АлАТ, АсАТ и др.), на УЗИ — незначительное увеличение печени и ее ткани.

Хронический активный гепатит. Жалобы пациентов на боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, чувство тяжести и распирания в животе, горечь и сухость во рту, тошноту, часто рвоту, почти полное отсутствие аппетита, повышение температуры тела, боли в суставах, плохой сон, слабость.

Наблюдается желтуха, похудание, увеличение лимфатических узлов, геморрагии на коже, розовые («печеночные») ладони. Печень и селезенка значительно увеличены.

При активном аутоиммунном (люпоидном — волчаночном гепатите) наблюдаются внепеченочные проявления: легочный васкулит, плеврит, язвенный колит, нефрит, миокардит.

Лабораторные исследования

показывают значительные нарушения функций печени (билирубин увеличен до 30-40 мкмоль/л, АлАТ, АсАТ — в 2-3 раза больше нормы, тимоловая проба — до 20 ЕД).

Инструментальные исследования.

УЗИ и *сканирование печени* — увеличение ее размеров, акустическая неоднородность ткани диффузного характера.

Пункционная биопсия, лапароскопия — показывают соответствующие изменения.

Лечение.

Назначается диета № 5. Питание должно быть дробным — 4—6 раз в сутки. Из рациона исключаются жирные сорта мяса, рыбы, жареные блюда, острые закуски, соленые и копченые продукты, изделия из гуся, утки, баранины, бобовые, шпинат, щавель, фрукты, крепкий кофе, какао.

Лечебный режим предусматривает исключение алкоголя; исключение гепатотоксических лекарственных средств и производственных воздействий; кратковременный отдых в течение рабочего дня; исключение работы с большой физической и психоэмоциональной нагрузки; постельный режим.

Противовирусное лечение — интерфероны (а-интерфероны, велферон, роферон и др.) *Иммунодепрессанты:* глюкокортикоиды — преднизолон; цитостатики (азатиоприн). *Иммуномодуляторы* — натрия-нуклеонат, тималин, Т-активин, левамизол.

Метаболическая и коферментная терапия: поливитаминные сбалансированные комплексы — ундевит, дуовит, витамин Е (антиоксидант), пиридоксальфосфат, липоевая кислота, рибоксин, ессенциале.

Дезинтоксикационная терапия: гемодез, 5% раствор глюкозы внутривенно, капельно.

31. Желчекаменная болезнь: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, неотложная помощь при печеночной колике.

Сестринский процесс при желчнокаменной болезни. Желчнокаменная болезнь - обменное заболевание, обусловленное образованием камней в желчном пузыре или в желчных протоках.

Одной из основных причин при желчнокаменной болезни является нарушение липидного обмена. Избыточное потребление жирной пищи, редкие приемы пищи приводят к сгущению желчи и тем самым создают условия для образования камней. Также важную роль в этиологии желчнокаменной болезни играют воспаление желчного пузыря (хронический холецистит) и застой желчи, которому способствуют малоподвижный образ жизни, запоры, беременность, гипомоторная дискинезия желчных путей, длительное голодание.
Выделяют четыре главных типа камней:
1. Холестериновые в них холестерин составляет 95 % и немного билирубиновой извести. Число их невелико, размеры небольшие, форма округлая.
2. Смешанные - холестерино-пигментно-известковые. Наиболее распространенный вид камней, они могут быть различной формы, разных размеров и количество их вариабельно.
3. Пигментные состоят в основном из билирубиновой извести. Холестерина в них мало. Они небольшие, неправильной округлой формы.
4. Известковые - содержат до 50 % кальция карбоната и немного других составных частей.
Клинические проявления при желчнокаменной болезни зависят от размера камня и места его расположения. Часто желчнокаменная болезнь протекает бессимптомно, иногда проявляется только диспептическими расстройствами. Классическим проявлением ее является приступ желчной колики.
Причинами желчной колики могут быть: прием жирной, жареной, острой пищи, физические и эмоциональные перенапряжения, тряская езда и пр.
Для приступа желчной колики характерны: внезапно возникающие резкие, острые боли в правом подреберье режущего, колющего характера. Боли могут иррадиировать в правую ключицу, руку, спину, плечо, лопатку, шею. сопровождаются тошнотой, рвотой; в рвотных массах может быть желчь, отсюда ощущение горечи во рту. При продолжительных болях может развиться кожный зуд и несколько позже желтуха разной интенсивности. Иногда поднимается температура до 38 С. Из-за сильных болей больной мечется в постели, стонет, не находит себе места. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. При пальпации отмечается вздутие живота, болезненность и напряжение мышц брюшной стенки в области правого подреберья. Как правило, у больных увеличена печень, она мягкая, болезненная при пальпации, симптом Ортнера положительный. Колика длится от нескольких минут до часов и даже суток.

Сестринский процесс при желчнокаменной болезни:

Проблемы пациента:
А. Существующие (настоящие):
Боли в правом подреберье.
Тошнота, рвота.
Горечь во рту.
Слабость.
Недостаток информации о сущности заболевания.
Дефицит информации о самопомощи при желчной колике.
Необходимость постоянно соблюдать диету и режим питания.
Необходимость постоянного приема лекарственных препаратов.
Страх перед возможностью оперативного лечения.
Б. Потенциальные:
Механическая желтуха.
Водянка желчного пузыря.
Желчный перитонит.
Цирроз печени.
Сбор информации при первичном обследовании:
А. Расспрос пациента о:
1. Болевом синдроме (с чем связывает пациент его возникновение, локализация боли, ее

характер, длительность, имеет ли боль иррадиацию, чем она купируется).
2. Горечь во рту (с приемом какой пищи пациент связывает ее появление).
3. Особенностях питания пациента (употребляет ли жирную, жареную пищу, соблюдает ли режим питания).
4. Перенесенных заболеваниях (хронический холецистит, гипомоторная дискинезия).
5. Длительности заболевания, частоте приступов желчной колики.
6. Наблюдении у гастроэнтеролога и регулярности обследования - УЗИ, холецистография.
7. Приеме лекарственных препаратов (какие лекарственные средства принимает, их доза, регулярность приема, переносимость).
8. Жалобах в момент обследования.
Б. Осмотр пациенты:
Положение в постели.
Цвет кожных покровов и видимых слизистых.
Масса тела пациента.
Измерение температуры тела.
Цвет, влажность языка, наличие на нем налета.
Поверхностная пальпация живота.
Определение симптома Ортнера.
Доврачебная помощь при приступе желчной колики:
Вызвать врача.
Успокоить и уложить пациента, при рвоте голову повернуть набок.
Не кормить и не поить пациента.
Положить пузырь со льдом на область правого подреберья.
Контролировать пульс, АД, температуру тела.
Подготовить медикаменты:
Но-шпа (ампулы).
Папаверин (ампулы).
Платифиллин (ампулы).
Димедрол (ампулы).
Анальгин (ампулы).
Сестринские вмешательства после купирования приступа желчной колики, включая работу с семьей пациента:
Рекомендовать пациенту соблюдение полупостельного режима в течение 1-2 дней.
Убедить пациента и его близких в необходимости строго соблюдать режим питания и диету № 5, разъяснив сущность этой диеты, а также рекомендовать проведение разгрузочных дней.
Контролировать соблюдение диеты и режима питания.
Осуществлять контроль за передачами пациенту родственниками и близкими.
Оказывать доврачебную помощь при повторении желчной колики.
Обучить пациента и его родственников первой помощи при приступе желчной колики, предупредив, что вызов врача обязателен!
Контролировать массу тела.
Информировать пациента о медикаментозной терапии (лекарственных препаратах - желчегонные, спазмолитики и пр. - их дозе, правилах приема, переносимости, побочных эффектах).
Убедить пациента и необходимости регулярного приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, контролировать их прием.
Рекомендовать постоянное наблюдение у гастроэнтеролога.
Подготавливать пациента к дуоденальному зондированию, УЗИ органов брюшной полости, холецистографии.
Обучить амбулаторного пациента к подготовке к дополнительным методам обследования.

32. Абсцесс легкого: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при абсцессе легкого.

Абсцесс легкого - неспецифическое воспаление легочной ткани, сопровождающееся ее некрозом и расплавлением с образованием одной или нескольких гнойно-некротических полостей, окруженных воспалительным инфильтратом.

Этиология

Наиболее часто абсцедирование наступает под действием стафилококков, стрептококков, палочки Фридлендера и вирусно-бактериальной ассоциации.

Клиника

В клиническом течении абсцесса легкого различают три фазы:

1 фаза - инфильтрации и некроза. Продолжается 10-12 дней. Начинается остро: Появляется озноб, проливной пот, лихорадка. Кашель в период до вскрытия абсцесса может отсутствовать или незначителен. При кашле выделяется небольшое количество слизисто-гнойной мокроты. В результате интоксикации наблюдается выраженная одышка.

2 фаза - прорыв гнойника в просвет бронха и восстановления дренажа. Начинается с прорыва гнойника в бронх. Внезапно полным ртом выделяется больное количество зеленоватой гнойной, а иногда и зловонной мокроты. Кашель с выделением большого количества гнойной мокроты представляет приоритетную проблему больных. С прорывом гнойника общее состояние больных резко улучшается. Нормализуется температура тела, уменьшаются явления интоксикации, уменьшается одышка.

3 фаза – исход. Возможны три варианта исхода: выздоровление, образование тонкостенной кистоподобной полости при общем хорошем состоянии больного, переход в хронический абсцесс.

Потенциальные проблемы

1. Прорыв гнойника в плевральную полость с образованием гнойного плеврита и пневмоторакса (пиопневмоторакса);
2. Легочное кровотечение;
3. Дыхательная недостаточность;
4. Сердечно-сосудистая недостаточность;
5. Появление метастатических гнойных очагов в других внутренних органах (в мозгу, печени, селезенке);
6. Развитие бронхоэктазов.

Лечение. Все больные подлежат госпитализации. Режим – постельный. Терапия абсцесса включает полноценную, богатую белком диету, массивную антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам, дезинтоксикационную терапию, мероприятия по восстановлению и улучшению дренажа полости (постуральный дренаж, отхаркивающие препараты), стимуляторы иммунитета, симптоматические средства.

План сестринских вмешательств

Краткосрочная цель: улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не предъявляет жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
Обеспечить соблюдение постельного режима.	Для профилактики осложнений.
Создать пациенту удобное положение в постели.	Для облегчения дыхания и для лучшего отхождения мокроты.
Организация усиленного питания пациента с повышенным содержанием белков и витаминов.	Компенсация потерь белка с мокротой и укрепление организма.

Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты, оксигенотерапия.	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом.
Проведение постурального дренажа бронхов по 20-30 мин. 3-4 раза в день.	Облегчение опорожнения полости абсцесса от мокроты.
Обучение пациента дыхательной гимнастике и контроль ее выполнения.	Улучшение легочной вентиляции и дренажной функции бронхов.
Массаж грудной клетки ежедневно по 10 минут в течение 2 фазы заболевания	Улучшение кровообращения в легких.
Проведение бесед с пациентом о способах улучшения отхождения мокроты и профилактики застоя мокроты	Предупреждение развития осложнений.
Обеспечение пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/4 дезраствором.	Для сбора мокроты с гигиенической целью.
Обучит пациента проводить дезинфекцию мокроты и пользоваться плевательницей.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Наблюдение за цветом, консистенцией и количеством мокроты.	Контроль динамики заболевания.
Контроль за состоянием пациента: температурой тела, дыханием, пульсом, АД.	Оценка динамики состояния больного, раннее выявление осложнений.
Выполнение назначений врача.	Обеспечение эффективного лечебно-диагностического процесса

33. Гангрена легкого: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при циррозе печени.

Гангрена легкого – это деструктивный процесс в легких, характеризующийся гнойно-гнилостным некрозом обширного участка легочной паренхимы без четкой демаркации, с тенденцией к дальнейшему распространению. Возбудителями гангрены легкого выступают микробные ассоциации, в числе которых присутствует анаэробная микрофлора (пневмококк, гемофильная палочка, энтеробактерии, золотистый стафилококк, клебсиелла, синегнойная палочка, фузобактерии, бактероиды и др.).

Классификация

По механизму развития выделяют формы: бронхогенную (постпневмоническую, аспирационную, обтурационную); тромбоэмболическую; посттравматическую; гематогенную и лимфогенную. По степени вовлеченности легочной ткани различают долевую, субтотальную, тотальную и двустороннюю гангрену легкого.

Клиника

Симптомами воспаления и интоксикации при гангрене легкого служат высокая лихорадка (39-40 °С) гектического характера с ознобами и проливным потом, головная боль, слабость, похудание, отсутствие аппетита, бессонница. Иногда возникают делириозные состояния и нарушения сознания. Характерна боль в соответствующей половине грудной клетки, которая усиливается во время глубокого вдоха и ослабевает при спокойном дыхании.

Через несколько дней после появления общих симптомов присоединяется мучительный кашель, который сопровождается выделением зловонной мокроты. Мокрота при гангрене легкого имеет грязно-серый цвет и после отстаивания в стеклянном сосуде приобретает характерный трехслойный вид: верхний слой - пенистый, слизисто-гнойный; средний слой – серозно-геморрагический; нижний слой – осадок в виде крошковатой массы с частицами

расплавленной легочной ткани и гнойным детритом.

Лечение

Важная задача при гангрене легкого – детоксикация организма и коррекция нарушений гомеостаза. Пациенту с гангреной легкого проводится оксигенотерапия, плазмаферез, назначаются ингаляции с протеолитическими ферментами и бронхолитиками. Центральное место в консервативном лечении гангрены легкого занимает противомикробная терапия. Для непосредственного воздействия на очаг гангрены легкого через дренирующий бронх выполняют лечебные бронхоскопии. В зависимости от распространенности деструктивных изменений в легких объем хирургического вмешательства может включать резекцию легких в объеме одной-двух долей или пневмонэктомию.

План сестринских вмешательств

Краткосрочная цель: улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не предъявляет жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
Обеспечить соблюдение постельного режима.	Для профилактики осложнений.
Создать пациенту удобное положение в постели.	Для облегчения дыхания и для лучшего отхождения мокроты.
Организация усиленного питания пациента с повышенным содержанием белков и витаминов.	Компенсация потерь белка с мокротой и укрепление организма.
Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты, оксигенотерапия.	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом.
Проведение постурального дренажа бронхов по 20-30 мин. 3-4 раза в день.	Облегчение опорожнения полости абсцесса от мокроты.
Обучение пациента дыхательной гимнастике и контроль ее выполнения.	Улучшение легочной вентиляции и дренажной функции бронхов.
Массаж грудной клетки ежедневно по 10 минут в течение 2 фазы заболевания	Улучшение кровообращения в легких.
Проведение бесед с пациентом о способах улучшения отхождения мокроты и профилактики застоя мокроты	Предупреждение развития осложнений.
Обеспечение пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/4 дезраствором.	Для сбора мокроты с гигиенической целью.
Обучит пациента проводить дезинфекцию мокроты и пользоваться плевательницей.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Наблюдение за цветом, консистенцией и количеством мокроты.	Контроль динамики заболевания.
Контроль за состоянием пациента: температурой тела, дыханием, пульсом, АД.	Оценка динамики состояния больного, раннее выявление осложнений.
Выполнение назначений врача.	Обеспечение эффективного лечебно-диагностического процесса

34. Деформирующий остеоартроз: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при остеоартрозе.

Деформирующий остеоартроз – хроническое прогрессирующее не воспалительное заболевание суставов, характеризующееся поражением суставного хряща, которое становится малоустойчивым к обычным физическим нагрузкам, что приводит к его истончению и разрушению.

Частота встречаемости заболеваний суставов в России.

1. Ревматоидный артрит 1%
2. Артриты, связанные с инфекцией 0,5%
3. Спондилоартриты 0,3%
4. Остеоартроз 13,3%
5. Подагра 0,31%
6. Псориаз 0,29%

Факторы риска:

- наследственность, избыточный вес
- травмы, спортивные перегрузки
- профессиональные нагрузки, возраст старше 50 лет

Классификация

1.Первичный остеоартроз

2.Вторичный остеоартроз

Первичный остеартроз

1.Внешние факторы: травмы, микротравмы, несбалансированное питание, профессиональные вредности, злоупотребление алкоголем.

2. Внутренние факторы: сколиоз позвоночника, избыточная масса тела, эндокринные заболевания.

Вторичный остеартроз

1.Травмы суставов

2. Эндокринные заболевания

3. Метаболические нарушения

4. Гемохроматоз

5. Подагра

Изменения в суставах: при ДОА хрящ делается «сухим», теряет свою упругость, на его поверхности появляются микротрещины, хрящ истончается и разрушается. На суставной поверхности кости появляются выросты – «остеофиты». В суставе развивается реактивное воспаление, поражаются связки и сухожилия (периартрит).

Клиника:

Наиболее часто поражаемые суставы – коленный, тазобедренный

Поражение коленного сустава

Сильная боль в пораженном суставе, возникающая после движения, уменьшающаяся в покое

* Скованность суставов

* «Стартовые» боли (боли при первых шагах, потом исчезают)

* Периодическое «заклинивание» сустава

«суставной мышью» с внезапно возникающей острой болью, которая исчезает при выскальзывании «мыши» с суставной поверхности

* Деформация сустава, изменение объема движений, подвывихи

* Хруст в суставе при движении

* Увеличение в объёме пораженного сустава

Поражение суставов рук

* Поражаются дистальные межфаланговые суставы

* Появление плотных разрастаний (узелки Гебердена) на тыльно-боковой поверхности сустава

* Появление разрастаний (узелки Бушара) в проксимальных межфаланговых суставах.

Остеоартроз коленного сустава

- Боль при ходьбе, особенно по лестнице
- Деформация сустава
- Возникновение О - образной или Х - образной формы ног

Остеоартроз тазобедренного сустава

- Боли при ходьбе, стихающие в покое
- Ограничение подвижности в суставе
- Изменение походки
- Развитие хромоты

Остеоартроз суставов позвоночника

Шейного отдела

* Приступообразные боли в шее после сна

* Головокружение, тошнота, рвота, шум в ушах, обмороки

* Боли в области сердца, при повороте головы, подъеме рук

Поясничного отдела

* Боли в нижней части спины, усиливающиеся при движении, перемене положения тела;

* Ограничение подвижности позвоночника;

* Вынужденное положение туловища (наклонено вперед и в сторону)

Диагностика

критерии

1.Боли в суставах механического типа, возникающие при движении, к концу дня или в первой половине ночи, после механической нагрузки

2.Деформация суставов за счет костных разрастаний, включая узелки Гебердена

2.Рентгенологическое исследование – сужение суставной щели, остеосклероз конечностей

Принципы лечения:

1. Разгрузка пораженных суставов

- запрещение длительной ходьбы
- запрещение длительного стояния на ногах
- запрещение переноски тяжести
- ограничение подъемов и спусков по лестнице
- вредны часто повторяющиеся стереотипные движения

2. Нормализация массы тела

- низкокалорийная диета
- разгрузочные дни
- общий массаж

Хондропротекторы - активизируют восстановительные процессы в хряще: структум (хондроитин сульфат), дона, терафлекс и др.

- Препараты действуют медленно. Поэтому их необходимо применять длительно и регулярно
- Нестероидные, противовоспалительные препараты (НПВП) назначают с целью уменьшения боли НПВП выпускаются в ампулах, таблетках, свечах, мазевых и гелиевых формах: диклофенак, ортофен, вольтарен, индометацин, мовалис, кетонол, кетанов и др. НПВП принимать обязательно после еды.
- Физиотерапевтическое лечение

- ультразвук, ультрафиолетовое облучение, фонофорез гидрокортизона
- местные тепловые процедуры - озокерит, грязевые аппликации

- ЛФК

Пути улучшения переносимости НПВС

- одновременное применение препаратов, защищающих слизистую оболочку ЖКТ (омепразол)
- применение кишечно - растворимых лекарственных форм НПВС и ректальных форм
- применение препаратов, оказывающих селективное действие на ферменты и рецепторы, участвующие в синтезе медиаторов боли и воспаления (простагландины – намебутон, лейкотриены – нимезулид)

Прогноз

- наиболее неблагоприятен у страдающих коксартрозом
- снижение трудоспособности
- развитие тугоподвижности в суставах

Профилактика

- своевременное лечение травм сустава
- систематическое занятие гимнастикой
- ношение супинаторов при плоскостопии
- снижение массы тела до нормальных величин
- избегать во время работы длительных фиксированных поз
- своевременное лечение артритов

Осложнения при применении НПВП:

- язва желудка, желудочные кровотечения
- тошнота, рвота
- бронхоспазм
- задержка натрия и отеки
- повышение АД,
- поражение печени и почек
- разрушение суставного хряща

Хорошим обезболивающим действием обладают компрессы с димексидом на пораженные суставы (на 30-40 минут). При наличии реактивного воспаления внутрь сустава вводят гормональные препараты (кеналог, дипрослон).

Для улучшения функции сустава при уменьшении болевого синдрома в комплексное лечение включают: ЛФК, физиотерапию, массаж, водолечение, грязи.

35. Геморрагический васкулит: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при геморрагическом васкулите.

Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна– Геноха) – системное заболевание сосудов, при котором возникает воспаление и некроз стенок мелких сосудов.

Этиология

Бактериологическая инфекция, прием лекарственных препаратов, введение сывороток, вакцин, укусы насекомых, употребление продуктов, способных вызвать аллергические реакции (яиц, молочных продуктов, рыбы, клубники, шоколада, цитрусовых).

Геморрагический васкулит может начаться в любом возрасте. Максимальное число случаев геморрагического васкулита приходится на возраст 4—12 лет. Начало геморрагического васкулита возможно через 1–4 недели после ангины, ОРВИ, скарлатины или другого инфекционного заболевания.

Клинические проявления

Под воздействием иммуновоспалительного процесса возникает повышенная проницаемость мелких кровеносных сосудов, вследствие чего часть плазмы и эритроцитов попадает в окружающие ткани.

В зависимости от клинических симптомов различают следующие формы геморрагического васкулита – простую, суставную, абдоминальную, почечную, смешанную.

Простая (кожная) форма – наиболее легкий вариант заболевания. Высыпания на коже вначале имеют вид красноватых пятен, которые быстро принимают характер кровоизлияния. Характерна симметричность элементов, которые возникают преимущественно на разгибательной поверхности конечностей (чаще всего на голенях), а также на бедрах, ягодицах, стопах; в более редких случаях геморрагические элементы локализуются на предплечье, лице. На нижних конечностях высыпания концентрируются вблизи суставов (коленного, голеностопного). Отмечаются вялость, головная боль, потеря аппетита, незначительное повышение температуры тела. Кровоизлияния исчезают через 10–15 дней.

Суставная форма характеризуется, помимо симптомов общей интоксикации организма и кожных высыпаний, воспалительными явлениями в суставах. Кожа над ними гиперемирована, с отеками, отмечается нарушение функции сустава. Суставные симптомы могут развиваться одновременно с кожными проявлениями, предшествовать им или возникать позднее. Чаще всего поражаются крупные суставы – локтевой, коленный, голеностопный. Геморрагические высыпания локализуются главным образом в области суставов, сохраняются до 2 недель, затем постепенно проходят, температура нормализуется. Все суставные изменения проходят без следа.

Абдоминальная форма. Возникают спастические боли в животе, тошнота, рвота. Возможно желудочно-кишечное кровотечение (проявляется рвотой цвета кофейной гущи, меленой, гипотонией, тахикардией). Одновременно наблюдаются геморрагические кожные высыпания.

Почечная форма. Развивается картина гломерулонефрита – острого, подострого или хронического. Характерны гематурия, протеинурия, цилиндрурия, возникновение отеков, гипертензии. Эта форма заболевания может осложняться развитием острой или хронической почечной недостаточности. Поражение почек протекает на фоне кожных высыпаний, однако они могут предшествовать гломерулонефриту или, наоборот, следовать за ним.

Течение заболевания часто волнообразное и может длиться годами с чередованиями рецидивов и ремиссий. Прогноз в большинстве случаев благоприятный.

Осложнения

При абдоминальной и почечной формах возможно развитие перитонита, инвагинации кишок, гломерулонефрита, почечной недостаточности.

Диагностика

1. ОАК, ОАМ.
2. Биохимический анализ крови.
3. Иммунологический анализ крови.
4. Фиброэзофагогастродуоденоскопия.
5. Колоноскопия.
6. ЭКГ.
7. УЗИ почек.

Лечение

1. Лечебный режим.
2. Лечебное питание.
3. Медикаментозная терапия: антикоагулянты, антиагреганты, глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, негормональные иммунодепрессанты, переливание свежезамороженной плазмы, витаминотерапия, препараты железа.
4. Плазмаферез.

Профилактика рецидивов

1. Профилактика, своевременное выявление и лечение инфекционных заболеваний.

2. Отказ от профилактических прививок и туберкулиновых проб, назначение лекарственных препаратов (антибиотиков, витаминов и др.), часто являющихся аллергенами только в исключительных случаях.

3. Гипоаллергенная диета.

Сестринский уход

1. Лечение больного геморрагическим васкулитом проводится в стационаре.

2. После выписки домой больному необходимо создать эмоциональный и физический комфорт, препятствовать физическим и психическим перегрузкам.

3. Важно избегать переохлаждения.

4. После выписки из стационара больной должен питаться по принципам общего стола. Рекомендуется исключить из рациона продукты, способные вызвать аллергические реакции (морепродукты, шоколад, яйца, орехи, цитрусовые, клубнику).

5. По назначению врача нужно продолжать прием железосодержащих препаратов (для лечения анемии).

6. В течение 1 года больной, перенесший геморрагический васкулит, должен регулярно проходить диспансерные осмотры у терапевта, гематолога, при необходимости – у нефролога. Надо проконтролировать регулярность посещения врачей, сдачи анализов.

36. Тромбоцитопеническая пурпура: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при тромбоцитопенической пурпуре.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура *(болезнь Верльгофа)* - заболевание, характеризующееся склонностью к кровоточивости и выражающееся в количественной и качественной неполноценности тромбоцитарного звена гемостаза. По частоте заболеваний, тромбоцитопеническая пурпура занимает первое место среди геморрагических диатезов.

Заболевание описано Верльгофом в 1735 г. под названием: «Пятнистая геморрагическая болезнь».

Заболеваемость тромбоцитопенической пурпурой составляет 1 на 10.000 детей. В дошкольном возрасте *болезнь Верльгофа* регистрируется у мальчиков и девочек с одинаковой частотой, а после 10 лет у девочек - в 3 раза чаще.

Тромбоцитопеническая пурпура обусловлена наследственной тромбоцитопатией и иммунопатологическими изменениями.

Основные факторы риска развития тромбоцитопенической пурпуры:

• наследственная предрасположенность (наследование по аутосомно-доминантному типу в виде качественной неполноценности тромбоцитов);

• психические и физические травмы;

• иммунопатологические реакции на вакцины, сыворотки, антибиотики, салицилаты, сульфаниламиды и др.;

• вирусно-бактериальные инфекции;

• гиперинсоляция или переохлаждение;

• неблагоприятные экологические факторы.*Механизм развития тромбоцитопенической пурпуры.*

Механизм развития тромбоцитопенической пурпуры до сих пор полностью не изучен.

Большое значение придают иммунопатологическому процессу, в пользу которого свидетельствует развитие пурпуры спустя 2-3 недели после вирусно-бактериального заболевания и обнаружение антитромбоцитарных антител в крови пациентов, перенесших тромбоцитопеническую пурпуру. Кроме этого, происходит усиление тромбоцитообразующей функции костного мозга, что приводит к увеличению в крови количества молодых незрелых клеток (мегатромбоцитов). Продолжительность их жизни снижена до нескольких часов, вместо нормальных 7-10 дней.

При болезни Верльгофа кровоточивость обусловлена не только тромбоцитопснией, но и вторичным нарушением резистентности сосудистой стенки (в связи с выпадением ангиотрофической функции тромбоцитов) и снижением сократительной способности сосудов (за счет понижения уровня *серототша* в крови - вазоконстриктора, содержащегося в тромбоцитах). Кровоточивость поддерживается тем, что не образуется полноценный сгусток из-за нарушения его ретракции.

Заболевание начинается остро, спустя 2-3 недели после вирусно-бактериального заболевания.

Основные клинические проявления тромбоцитопенической пурпуры.

• симптомы интоксикации выражены умеренно, температура субфебрильная, беспокоит слабость, недомогание;

• чаще по ночам, вследствие незначительных травм или спонтанно появляются *кровоизлияния в кожу,* для *кожных геморрагии (пурпуры)* характерны полиморфность сыпи (от крупных кровоизлияний — *экхимозов* до мелкоточечных - *пе-техий),* безболезненность и асимметричное расположение сыпи, чаще на конечностях и передней поверхности туловища, неадекватность травмы и выраженности кровоизлияний (небольшой удар или даже прикосновение вызывает обширные подкожные экхимозы), *полихромность сыпи* - цвет кро-кровоизлияний постепенно изменяется от багрового до сине-зеленого и желтого, проходя все стадии цветения синяка (из-за превращения гемоглобина в билирубин), при множественных кровоизлияниях кожа приобретает сходство со шкурой леопарда, полное рас- *щ* сасывание экхимозов проис- Ц ходит через 3 недели;

• *кровоизлияния в слизистые оболочки,* при этом могут поражаться склеры («кровавые слезы») и сетчатка глаз, миндалины, мягкое и твердое небо, задняя стенка глотки, барабанная перепонка среднего уха;

• *другие виды наиболее часто встречающихся кровотечений:* носовые, желудочно-кишечные, из десен или лунки удаленного зуба, возможны тяжелые маточные кровотечения у девочек подросткового периода во время менструации (80%), которые продолжаются до 2-4 недель и с трудом купируются;

• *нарушение резистентности сосудистой стенки* (выявляются симптомом жгута и щипка, манжеточной или баночной пробой);

• *изменение гемограммы:* снижение количества тромбоцитов в крови - вплоть до полного их исчезновения, уменьшение ретракции кровяного сгустка (менее 60%), увеличение времени кровотечения по методу Дуке до 20 минут и более (в норме - не более 4 минут).

Необходимо помнить, что кровоизлияние в склеры глаз может быть первым признаком *кровоизлияния в головной мозг.*

Основные клинические признаки кровоизлияния в головной мозг:

• сильная головная боль, головокружение;

• судороги, рвота;

• патологические неврологические симптомы - опущение угла рта, асимметрия глазной щели, нарушение речи, активных движений и др. **Методы лабораторной диагностики:**

1.Клинический анализ крови.

2. Коагулограмма.

3. Пункция костного мозга.

4. Общий анализ мочи.

5. Иммунологический, биохимический анализ крови.

6. Реакция Кумбса, агрегатгемагглготационный тест. *Основные принципы лечения.*

1. Обязательная госпитализация.

2. Строгий постельный режим до стабилизации гемограммы (восстановления минимального физиологического уровня тромбоцитов).

3. Гипоаллергенная диета.

4. Общие гемостатические средства: внутривенное капельное введение эпсилон-аминокапроновой кислоты.

5. Местные гемостатические средства: гемостатическая или желатиновая губка, фибриновая пленка, тампоны с эпсилон-аминокапроновой кислотой или перекисью водорода, тромбин.

6. Средства, улучшающие агрегацию тромбоцитов: дици-нон, пантотенат кальция, адроксон, этамзилат и др.

7. Курсы кортикостероидных препаратов: преднизолон (при повторяющихся обильных длительных кровотечениях).

8. Иммуноглобулины (внутривенное капельное введение в течение 4-х дней).

9. Фитотерапия: тысячелистник, крапива, земляника, шиповник, водяной перец, арахис и др.

10. Витаминотерапия: препараты витаминов С, Р, группы В.

11. При тяжелых массивных кровотечениях, угрожающих жизни, проводится спленэктомия на фоне кортикостеро-идной терапии. Операция приводит к практическому выздоровлению.

12. Иммунодепрессанты назначаются при отсутствии эффекта от других видов терапии.**Прогноз.**

В основном, благоприятный для жизни. При сильных кровотечениях, в редких случаях, возможен летальный исход. **Профилактика.***Первичная профилактика:*

1. Генетическое консультирование при выявлении наследственной предрасположенности.

2. Оберегать ребенка от вирусно-бактериальных инфекций.

3. Соблюдать предосторожность при введении вакцин, сывороток, антибиотиков, салицилатов, сульфаниламидов и др.

4. Оберегать от психических и физических травм.

5. Избегать гиперинсоляций и переохлаждений.

6. Своевременно проводить санацию хронических очагов инфекции.

Вторичная профилактика (направлена на предупреждение рецидивов заболевания):

1. Вакцинопрофилактика - по индивидуальному календарю.

2. С целью профилактики маточных кровотечений девочкам-подросткам с 1 по 5 день менструации рекомендуется вводить аминокапроновую кислоту.

3. Переболевшие дети освобождаются от занятий физкультурой в основной группе и от участий в соревнованиях на 5 лет.

4. Реконвалесцентам тромбоцитопенической пурпуры рекомендуется проводить контрольные исследования крови с подсчетом количества тромбоцитов и определением времени кровотечения по Дуке: в первые 3 месяца после болезни - 2 раза в месяц, затем - 1 раз в месяц в течение года, в последующем - 2 раза в год.

5. Дети, перенесшие тромбоцитопеническую пурпуру, подлежат диспансерному наблюдению педиатром и гематологом в течение 5 лет.

37. Ожирение: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при ожирении.

Ожирение – это:

1. эпидемическое заболевание;

2. последствия чрезмерного употребления жирной пищи;

3. многофакторное хроническое заболевание, требующее медицинского вмешательства;

4. избыток жира в организме;

5. состояние, связанное с другими заболеваниями.

Ожирение – это временная нетрудоспособность, инвалидность, снижение заработка, качество жизни и преждевременная смерть.

Этиология

Ожирение может быть следствием систематического переедания (в сочетании с избыточным употреблением алкоголя), малоподвижного образа жизни. Важная роль в развитии ожирения принадлежит нейроэндокринным нарушениям, в частности избыточное отложение жира наблюдается при нарушении функции гонад (в климактерическом периоде), щитовидной железы (гипотиреоз), гипофизарных нарушениях.

Определенную роль играют наследственные факторы. Необходимо знать лекарственные препараты, способные вызвать прибавку в весе: ß-адреноблокаторы, кортикостероиды, инсулин, препараты сульфанилмочевины, антидепрессанты.

Патогенез

Ожирение у человека характеризуется гипертрофией жировых клеток. Дисбаланс между приемом пищи и расходом энергии приводит к увеличению жировой ткани, и развивается ожирение. Жир располагается в подкожной клетчатке (подкожный жир) и вокруг внутренних органов (висцеральный жир). Подкожно жировая клетчатка в области живота плюс висцеральный жир брюшной полости составляют абдоминальное ожирение. Абдоминальный тип ожирения чаще бывает у мужчин («верхний» тип), у женщин – бедренно - ягодичный («нижний» тип). Различают виды ожирения по клинико-патогенетическому принципу: алиментарно-конституциональное, гипоталамо-гипофизарное, эндокринное.

Клиническая картина

При ожирении II – III степени пациенты жалуются на одышку, повышенную потливость, пониженную работоспособность, боли в области сердца, жажду, повышенный аппетит. При ожирении интенсивнее развивается атеросклероз. Характерны нарушения деятельности кишечника (метеоризм, запор), понижение половой активности.

При изменениях в костно-суставном аппарате (артрозы) жалобы на боли в суставах, в поясничной области. Изучение внешнего вида дает много для постановки диагноза. Для алиментарно-конституционального ожирения характерно равномерное распределение жира по всему телу. При гипоталамо-гипофизарном (синдром Иценко-Кушинга) – в области лица, грудной клетки, живота. При гиповариальном – в области таза, бедер и затылка.

Одним из объективных основных показателей ожирения является масса тела пациента. Существуют степени ожирения по массе тела.

I степень ожирения – избыток массы тела составляет 10-30%.

II степень – до 50%.

III степень - до 100%.

IV степень – более 100%.

Для исчисления средней или нормальной массы тела ожирение определяется по толщине кожной складки в подложечной области. В норме она составляет 1- 1,5 см (более 2 см – ожирение), - верно для мужчин. Часто используются весоростовые таблицы. Определяется максимально нормальная масса тела в килограммах в разных возрастных группах при нормостеническом телосложении.

38. Язвенная болезнь желудка и 12п. кишки. Определение, этиология, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности, проблемы пациента и планирование сестринских вмешательств.

Язвенная болезнь - хроническое, циклическое, рецидивирующее заболевание, при котором образуются язвы, как результат нарушения соотношения факторов агрессии с факторами защиты.

Места локализации язвы: малая кривизна и пилорический отдел желудка, луковица двенадцатиперстной кишки.
Факторы агрессии:
- повышенная продукция соляной кислоты и пепсина (кислотно-пептический фактор);
- заброс желчных кислот в желудок;
- воздействие грамотрицательным микробом Helicobacter pylori;
- нарушение моторики и кровообращения.
Факторы защиты:
- слизистый барьер;
- тормозной механизм кислотопродукции, т. е. цепь гуморальных рефлексов, которые обеспечивают торможение выделения соляной кислоты в момент, когда пищеварение в желудке заканчивается:
- пристеночная секреция бикарбонатов;
- нормальная микроциркуляция.
Заболевание начинается, когда происходит нарушение соотношения факторов агрессии и защиты, причем снижение факторов защиты играет ведущую роль.
Факторы риска при язвенной болезни:
Наследственная предрасположенность (так как факторы агрессии и факторы защиты определены генетически).
Группа крови 0.
Нервно-психические перегрузки.
Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем).
Нерациональное питание.
Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов (аспирин, гормоны коры надпочечников).
Предшествующий хронический гастрит типа В.
Основными симптомами язвенной болезни любой локализации являются боль, изжога, запоры.
Сестринский процесс при язвенной болезни:
Проблемы пациента:
А. Существующие (настоящие):
Боли в животе.
Изжога.
Тошнота.
Рвота.
Запоры.
Слабость.
Потеря массы тела.
Необходимость длительно соблюдать диету.
Необходимость отказа от курения и приема алкоголя.
Необходимость длительного приема лекарственных препаратов.
Недостаток информации о заболевании.
Страх развития осложнений.
Недостаток знаний диетотерапии.
Страх перед возможностью оперативного лечения.
Б. Потенциальные:
Кровотечение.
Прободение язвы.
Развитие стеноза привратника.
Смена профессиональной деятельности, места работы.
Сбор информации при первичном обследовании:
Расспрос пациента о:

Болевом синдроме (причина его появления, локализация, характер боли, связь с приемом пиши, чем купируется боль).
Изжоге (с приемом какой пищи связывает ее появление, что помогает ее уменьшить или устранить).
Запорах (частота опорожнения кишечника, характер, цвет каловых масс, справляется ли самостоятельно с этой проблемой или принимает слабительные средства, применяет очистительную клизму).
Длительности заболевания, частоте обострений. Наличии в анамнезе осложнений (кровотечения, перфорация). Наличии язвенной болезни у ближайших родственников.
Группе крови пациента.
Особенностях и режиме питания пациента (употребление острой, соленой пиши, соусов, специй и пр.). Соблюдении диеты и режима питания. Вредных привычках (курении, употреблении алкоголя). Профессиональной деятельности, характере работы.
Перенесенных заболеваниях (хронический гастрит типа В). Наблюдении гастроэнтерологом.
Регулярности обследования (в частности, дата последней ФГДС.). Приеме лекарственных препаратов (какие лекарства принимает, омепразол, париет, гастроцепин, атропин, антацидные средства и пр. - дозы, регулярность их приема, переносимость).
Жалобах в момент осмотра.
Б. Осмотр пациента:
Цвет кожных покровов и видимых слизистых. Масса тела пациента.
Определение пульса и артериального давления.
Цвет, влажность языка, выраженность сосочков, наличие налета на языке.
Состояние зубов, наличие зубных протезов.
Поверхностная пальпация живота.
Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:
1. Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать диету № 1 в определенной последовательности: начиная с диеты № 1 а на 10 -12 дней, затем диета № 16 на срок также 10-12 дней с последующим переходом на диету № 1.
2. Рекомендовать соблюдение полупостельного режима в течение 2-3 нед. Затем, при благоприятном течении заболевания, постепенное расширение режима.
3. Убедить пациента в необходимости отказа от курения и употребления алкоголя.
4. Информировать пациента о медикаментозном лечении язвенной болезни (лекарственных препаратах, лозах, правилах их приема, побочных эффектах, переносимости).
5. Убедить пациента в необходимости регулярного приема назначенных лекарственных препаратов, контролировать их прием.
6. Осуществлять контроль за пищевыми/питьевыми передачами пациенту родственниками и близкими.
7. Оказывать помощь при рвоте (повернуть голову набок, предоставить почкообразный тазик и полотенце).
8. Постоянно контролировать соблюдение пациентом диеты, режима питания и полупостельного режима.
9. Контролировать массу тела пациента.
10. Рекомендовать при запорах употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки, включать в пищевой рацион продукты, вызывающие послабляющий эффект и входящие в диету № 1.
11. Объяснить пациенту и родственникам, что нормализация функции кишечника наступает при лечении основного заболевания.
12. Оказывать доврачебную помощь при осложнениях язвенной болезни.
13. Подготавливать пациента к рентгенологическим и гастроскопическим исследованиям, сбору кала на реакцию Грегерсена.
Подготовка к Rg желудка: накануне в 18 ч легкий ужин; в день исследования пациент не

должен есть. пить, принимать лекарства.
Подготовка к фиброгастродуоденоскопии: накануне в 18 ч легкий ужин; утром пациент не должен есть, пить, курить, принимать лекарства. Перед исследованием снимаются зубные протезы.
Подготовка к исследованию кала на реакцию Грегерсена: за 3 дня до исследования исключаются из рациона мясо, рыба, яблоки, зеленые овощи, помидоры, лекарства, изменяющие цвет кала, содержащие железо или висмут.
Пациент не чистит зубы щеткой в течение 3 дней, полоскает рот 2 %-ной содой. Для исследования берется 30-50 г кала из 3-5 разных мест. Исследование проводится в течение 3 дней; кал отправляется в лабораторию ежедневно в теплом виде.
14. Контролировать физиологические отправления.

39. Хронический энтероколит: этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: нарушенные потребности и проблемы пациента, план сестринских вмешательств при хроническом энтерите.

Хронический энтероколит представляет собой воспалительное, дистрофическое и атрофическое изменение в слизистой оболочке тонкой и толстой кишки с периодическими или постоянными нарушениями функции органа.
Учитывая анатомические и физиологические особенности тонкой и толстой кишки, в клинической практике довольно сложно выделить отдельно нарушения функции только тонкой кишки или только толстой кишки. Поэтому и возник термин «энтероколит». В клинической картине энтероколита в ряде случаев выделяются в большей степени симптомы поражения того или другого отдела кишечника.
Причины хронического энтероколита:
1. Инфекция: кишечная (сальмонеллы, шигеллы дизентерии, энтеровирусы и пр.): паразитарная (амебиаз, лямблиоз).
2. Алиментарный фактор - длительные нарушения режима питания. однообразное питание. Плохое пережевывание пиши и пр.
3. Воздействие токсических веществ (мышьяк, свинец, фосфор) и лекарственных препаратов (нестероидные противовоспалительные препараты салицилаты и др.; цитостатики, некоторые антибиотики).
4. Наследственные особенности, связанные с нервной и гуморальной регуляцией пищеварения, а также с особенностями ферментативной системы.
5. Механический фактор - длительные запоры.
6. Ионизирующая радиация при радио- и рентгенотерапии.
7. Заболевания желудочно-кишечного тракта - поражение желудка. поджелудочной железы, печени.

Сестринский процесс при хроническом энтероколите:
Проблемы пациента:
А. Существующие:
Боли в животе.
Метеоризм.
Запоры.
Снижение массы тела.
Тенезмы.
Недостаток информации о заболевании, его причинах.
Дефицит информации о диетотерапии.
Необходимость длительно соблюдать диету.
Необходимость отказа от курения и приема алкоголя.
Необходимость длительного приема лекарственных препаратов.
Риск обезвоживания.
Б. Потенциальные:
Остеопороз.

Гиповитаминоз.
Анемия.
Сбор информации при первичном обследовании:
А. Расспрос пациента о:
1. Болях в животе (локализация, длительность, характер, связь с приемом пищи). Том, чем снимается боль.
2. Метеоризме (частота возникновения, связь с приемом пищи и какой).
3. Поносе (частота стула в течение суток, количество и характер каловых масс, наличие примесей в кале).
4. Наличии тенезм.
5. Запорах (их частота, характер каловых масс, наличие в них примесей, принимает ли слабительные средства, использует ли очистительную клизму).
6. Перенесенных заболеваниях (кишечные инфекции, заболевания желудка, печени, поджелудочной железы).
7. Особенностях питания, режиме питания.
8. Состоянии зубов, наличии протезов.
9. Профессиональных вредностях (контакт с солями тяжелых металлов, ионизирующей радиацией).
10. Наследственной предрасположенности.
11. Длительности заболевания, частоте обострений, с чем пациент их связывает.
12. Вредных привычках (курении, злоупотреблении алкоголем).
13. Наблюдении у гастроэнтеролога, регулярности обследования.
14. Приеме лекарственных препаратов (какие лекарства принимает. их доза, переносимость, длительность и регулярность приема).
15. Жалобах в момент осмотра
Б. Осмотр пациента:
Цвет кожных покровов и видимых слизистых.
Масса тела пациента.
Цвет, влажность языка, наличие на нем налета.
Состояние зубов.
Поверхностная пальпация живота.
Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:
Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать режим питания и диету № 3 при склонности к запорам и диету № 4 при поносах, объяснив, что диетотерапия является основой лечения хронических энтероколитов.
Убедить пациента в необходимости отказа от курения и приема алкоголя.
Обеспечить контроль за:
передачами пациенту родственниками и близкими;
- физиологическими отправлениями пациента (частотой стула);
- массой тела;
- соблюдением пациентом диеты и режима питания;
- приемом лекарственных препаратов.
При поносах рекомендовать пациенту тщательный гигиенический уход, более частую смену нательного белья.
Информировать пациента о медикаментозном лечении энтероколитов: лекарственных средствах, дозе, правилах приема, переносимости. побочных эффектах.
Обучить пациента правилам постановки газоотводной трубки и лечебных микроклизм.
Обеспечить подготовку пациента к ирригоскопии, колоноскоиии. ректороманоскопии. сбору кала на копрограмму и обучить амбулаторного пациента подготовке к вышеуказанным методам исследования.
Подготовка пациента к ирригоскопии (Rg-логическому исследованию толстого кишечника); колоноскопии (эндоскопическому исследованию толстого кишечника):

исключить за 3 дня из рациона бобовые, черный хлеб, капусту, молочные продукты; назначить легкоусвояемую пищу - каши, кисели, супы, отварные мясо или рыбу; дать настой ромашки или активированный уголь 2 раза в день накануне исследования, после ужина поставить газоотводную трубку на 1 ч при метеоризме. Перед обедом накануне исследования дать пациенту 30 мл касторового масла. В 1S ч - легкий ужин. Вечером очистительная клизма до «условно чистых вод»; утром за 1-2 ч до исследования повторить то же. Перед исследованием надеть на пациента специальные трусы.
Подготовка к ректороманоскопии: накануне исследования в 18 ч легкий ужин, накануне вечером и за 2 ч до исследования -очистительные клизмы до «условно чистых вод», специальные трусы при исследовании.
Подготовка к исследованию кала на копрограмму: напомнить пациенту о диете, назначенной врачом, переход на которую пациент должен осуществлять за 4-5 дней до исследования. В день исследования шпателем берется 5-15 г фекалий из разных мест (без примеси мочи).

Задание С. Составьте алгоритм неотложной помощи

1. Острой левожелудочковой недостаточности (отек легких).

Удобно усадить пациента с опорой для спины, обеспечить поступление свежего воздуха в помещение, начать ингаляцию кислорода, пропущенного через пеногаситель (антифомсилан, спирт).

Дать таблетку нитроглицерина под язык (противопоказан при АД менее 100 мм рт. ст.).

Применение наркотического анальгетика (1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида внутривенно или 2,5 мл 0,25% раствора дроперидола).

При нормальном АД внутривенно вводится 40-160 мг фуросемида (лазикса). Внутривенно вводится 10 мл 2,4% раствора эуфиллина. При тахикардии — внутривенно 1 мл 0,025% раствора строфантина с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно.

2. Алгоритм неотложной помощи при астаматическом статусе.

1. Независимые сестринские вмешательства:

– Прекратить контакт с аллергеном (если это возможно).

– Расстегнуть стесняющую одежду.

– Помочь пациенту принять вынужденное положение (сидя с упором на руки).

– Обеспечить доступ свежего воздуха.

– Провести перкуторный массаж грудной клетки.

– Осуществлять контроль АД, пульса и ЧДД.

– Подготовить к внутривенному введению: гидрокортизон (100-200 мг) или преднизолон (100-150 мг), 10 мл 10% раствора иодида на-трия, 200-400 мл 4% раствора бикарбоната натрия, солевые рас-творы для внутривенного капельного введения (изотонический раствор хлорида натрия, раствор Рингера и пр.).

2. Зависимые сестринские вмешательства

– Обеспечить подачу увлажненного кислорода.

– Внутривенно дробно ввести 100-150 мг преднизолона или 150-200 мг гидрокортизона с интервалом 2-3 часа.

– Для борьбы с дегидратацией – инфузия изотоническим раствором хлорида натрия, 5% раствором глюкозы, реополиглюкином.

– Для борьбы с ацидозом – внутривенно капельно 200-400 мл 4% раствора бикарбоната натрия.

– Для разжижжения мокроты – внутривенно 10 мл 10% раствора иодида натрия.

– Для улучшения микроциркуляции в малом круге кровообращения – внутривенно 5000-10000 ЕД гепарина.

– При явлениях отека легких – мочегонные препараты (40-80 мг лазикса внутривенно).

– При возбуждении – внутримышечно 1 мл 3% раствора феназепама.

– При отсутствии эффекта от проводимой терапии – перевод больного на ИВЛ.

3. Неотложная помощь при легочном кровотечении.

Независимые сестринские вмешательства:

1. Вызвать врача или бригаду СМП через третье лицо.
2. Уложить пациента, приподняв ножной конец, голову повернуть на бок.
3. Обеспечить приток свежего воздуха.
4. На грудную клетку положить пузырь со льдом.
5. Контроль а/д, пульса, ЧСС, ЧД, SPO2.
6. При наличии возможности снять ЭКГ.

Зависимые сестринские вмешательства:

1. Обеспечить доступ к вене (установить периферический венозный катетер).
2. Ввести один из гемостатических препаратов (в/в струйно): дицинон, этамзилат, викасол, АКК.
3. Провести инфузионную терапию кровезаменителями.
4. Окисгенотерапия.
5. Госпитализация в хирургическое отделение.

4. Неотложная помощь при приступе стенокардии

- успокоить больного, измерить АД, сосчитать и оценить характер пульса;
- помочь принять положение полусидя или уложить больного, обеспечив ему полный физический и психический покой;
- дать больному нитроглицерин (1 таблетку - 5 мг или 1 каплю 1% спиртового его раствора на кусочке сахара, или таблетку валидола под язык);
- поставить горчичники на область сердца и на грудину, при затянувшемся приступе показаны пиявки на область сердца;
- внутрь принять корвалол (или валокордин) 30-35 капель;
- до прихода врача внимательно наблюдать за состоянием больного.

Медицинская сестра должна знать механизм действия нитроглицерина, который до сих пор является препаратом выбора при приступах грудной жабы. Чем раньше больной с приступом стенокардии примет нитроглицерин, тем легче купируется боль. Поэтому не следует медлить с его применением или отказываться от назначения препарата в связи с возможным возникновением головной боли, головокружения, шума и чувства распирания в голове. Следует убедить пациента принять препарат и параллельно можно дать внутрь анальгетическое средство от головной боли. В связи со значительным периферическим сосудорасширяющим действием нитроглицерина в ряде случаев возможно развитие обморока и очень редко - коллапса, особенно если больной резко встал, принял вертикальное положение. Действие нитроглицерина наступает быстро, через 1-3 мин. При отсутствии эффекта через 5 мин после однократного приема препарата его следует назначить повторно в той же дозе.

При болях, не снимаемых двукратным назначением нитроглицерина, дальнейший прием бесполезен и небезопасен. В этих случаях надо думать о развитии предынфарктного состояния или инфаркта миокарда, что требует назначения более сильных лекарственных средств, назначаемых врачом.

Эмоциональное напряжение, явившееся причиной приступа и сопровождавшее его, может быть устранено применением седативных средств. Медицинская сестра в критических для больного ситуациях должна проявлять выдержку,

работать быстро, уверенно, без излишней поспешности и суетливости. Необходимо помнить, что больные, особенно с заболеваниями органов кровообращения, мнительны, поэтому общение с пациентом должно быть очень деликатным, осторожным, тактичным, как это должно быть у настоящей профессиональной сестры милосердия. От того, насколько грамотно медицинская сестра умеет распознавать характер болей в области сердца, зависит эффект лечения, а иногда и жизнь больного.

5. Неотложная помощь при коллапсе

Обеспечить пациенту полный покой, горизонтальное положение в постели без подголовника. Для согревания пациента укрывают одеялом, кладут грелки к конечностям и поясничной области, обеспечивают доступ свежего воздуха и подачу кислорода.

Для повышения сосудистого тонуса вводится 2-3 мл кордиамина подкожно или 2 мл 10% раствора кофеина, или 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина (*при геморрагическом коллапсе не вводится).* Инъекции при необходимости повторяются. При отсутствии эффекта вводится 1 мл 1% раствора мезатона (или 0,3 мл с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида — внутривенно медленно).

6. Неотложная помощь при обмороке

Пациента нужно уложить так, чтобы голова была расположена ниже туловища, а ноги приподняты. Больного освобождают от тесной одежды и обеспечивают приток свежего воздуха. Производят опрыскивание лица холодной водой с последующим растиранием, грелки к кистям и ногам. Дают вдыхать пары нашатырного спирта. Если эти меры неэффективны, то вводят 2 мл кордиамина или. 1 мл 10% раствора кофеина подкожно.

При брадиаритмическом обмороке (пульс менее 40 в мин.) вводят 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата.

При пароксизмальной тахикардии — 5 мл 10% раствора новокаинамида медленно внутривенно.

При *гипогликемическом обмороке* — 40-60 мл 40% глюкозы внутривенно.

7. Неотложная помощь при желудочном кровотечении

Независимые сестринские вмешательства:

1. Вызвать врача или бригаду СМП через третье лицо.
2. Уложить пациента, приподняв ножной конец, голову повернуть на бок.
3. Обеспечить приток свежего воздуха.
4. На эпигастральную область положить пузырь со льдом.
5. Контроль а/д, пульса, ЧСС, ЧД, SPO2.
6. При наличии возможности снять ЭКГ.
7. Запретить есть и пить.

Зависимые сестринские вмешательства:

1. Обеспечить доступ к вене (установить периферический венозный катетер).
2. Ввести один из гемостатических препаратов (в/в струйно): дицинон, этамзилат, викасол, АКК.
3. Провести инфузионную терапию кровезаменителями.
4. Окисгенотерапия.
5. Госпитализация в хирургическое отделение.

8. Неотложная помощь при неосложненном гипертоническом кризе

1. Вызвать врача.
2. Уложить пациента с высоко поднятым изголовьем, при рвоте повернуть голову набок.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.

4. Успокоить пациента, если он возбужден, дать успокаивающие средства: корвалол 25 - 30 капель или настойку валерианы 25 капель.

5. Измерить АД, подсчитать частоту пульса.

6. Применить горчичники на затылок и икроножные мышцы или использовать горячие ножные ванны. Поставить холодный компресс на лоб.

7. При повышении артериального давления без признаков гиперсимпатикотонии: каптоприл (капотен) 25 мг сублингвально; при недостаточном эффекте дать повторно через 30 мин в той же дозе.

8. При повышении артериального давления и гиперсимпатикотонии: моксонидин (физиотенз) 0,4 мг сублингвально; при недостаточном эффекте — повторно через 30 мин в той же дозе.

9. При изолированной систолической артериальной гипертензии: моксонидин (физиотенз) в дозе 0,2 мг однократно под язык.

10. Гипертонический криз (ГК) без повышения симпатической активности: урапидил (эбрантил) внутривенно струйно медленно в дозе 12,5 мг; при недостаточном эффекте повторять инъекции урапидила в той же дозе не раньше, чем через 10 мин.

11. ГК с высокой симпатической активностью: клонидин 0,1 мг внутривенно струйно медленно.

9. Неотложная помощь при приступе печеночной колики

Атропина сульфат 1 мл 0,1% раствора п/к, 2 мл 2% раствора папаверина в/м, при неэффективности — 2 мл 50% раствора анальгина, 5 мл баралгина в/м или в/в. При некупирующихся болях — 2% раствор промедола 2 мл в/в.

10. Неотложная помощь при приступе БА

1. Независимые сестринские вмешательства:

– Прекратить контакт с аллергеном (если это возможно).

– Успокоить больного.

– Расстегнуть стесняющую одежду.

– Помочь пациенту принять вынужденное положение (сидя с упором на руки).

– Обеспечить доступ свежего воздуха.

– Провести перкуторный массаж грудной клетки.

– Применить ингаляторы с адреномиметиками: астмопентом, беротеком, сальбутамолом или другими (2 ингаляции с интервалом 5-8 минут).

– Осуществлять контроль АД, пульса и ЧДД.

– Подготовить к внутривенному введению 10 мл 2,4% раствора эуфиллина.

2. Зависимые сестринские вмешательства:

– Ингаляция увлажненного кислорода.

– При отсутствии признаков передозировки симпатомиметиков - повторная ингаляция астмопента или беротека (при наличии у больного).

– При отсутствии эффекта через 10-15 мин внутривенно медленно ввести 10-15 мл 2,4% раствора эуфиллина.

– Если приступ носит тяжелый характер или не купируется в течение 30 мин -1 часа, внутривенно капельно ввести 100-150 мг гидрокортизона или 50-100 мг преднизолона в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

– После ликвидации приступа или в случае отсутствия эффекта от проводимой терапии – транспортировка в стационар.

11. Неотложная помощь при инфаркте миокарда

Независимые сестринские вмешательства

1. Создайте физический и психический покой.

2. Обеспечьте доступ свежего воздуха и, при возможности, подачу кислорода.

3. Дайте 1-2 таблетки нитроглицерина сублингвально.

4. Дайте 0,25 аспирина (медленно разжевать).

5. Осуществляйте контроль АД и пульса.

6. Приготовьте лекарственные средства: ненаркотические анальгетики, нитроглицерин для внутривенной инфузии (10 мл 1% спиртового раствора нитроглицерина растворите в стерильном флаконе в 200 мл физиологического раствора), антиаритмические препараты, фибринолитики.

Зависимые сестринские вмешательства

1. Полный физический и эмоциональный покой, создание удобного положения. Грелка к ногам.

2. Внутривенно 2-4 мл 50% анальгина или кеторола или трамала + 2-4 мл реланиума или феназепама в 20 мл физраствора.

3. При тяжелом болевом синдроме дробное введение морфина в дозе 1-5 мг подкожно или внутривенно струйно 2 мл 0,005% раствора фентанила и 2 мл 0,25% раствора дроперидола.

4. При угнетении дыхательного центра, вызванного наркотическим анальгетиком, следует ввести дыхательный аналептик - кордиамин 2,0 подкожно.

5. При брадикардии - 1 мл 0,1% раствора атропина подкожно.

6. При желудочковых экстрасистолах 3-5 градаций - лидокаин внутривенно медленно каждые 5 минут по 0,5 мг на кг веса тела до эффекта, или суммарной дозой 3 мг на кг веса тела.

7. Необходимо подключение антитромботического лечения - нефракционированного гепарина (НФГ) или низкомолекулярных гепаринов (НМГ). НФГ вводится только внутривенно, НМГ (клексан 0,4-0,8 мл 1 раз в сутки, фраксипарин 0,7-1,0 мл 1 раз в сутки) - подкожно в область живота, что значительно удобнее для больного. При отсутствии НФГ и НМГ можно применять обычный гепарин в дозе 10000 ЕД внутривенно струйно с последующим капельным введением со скоростью 1000 ЕД в час.

8. В первые 3-6 часов от начала заболевания проводится лечение тромболитическими препаратами (страптокиназой, урокиназой, стрептодеказой).

9. После устранения болевого приступа - эвакуация в больницу санитарным транспортом в сопровождении врача или фельдшера. Во время транспортировки проводить ингаляции кислорода, внутривенно капельно - раствор нитроглицерина 1% 10 мл в 200 мл физраствора по 20-30 капель в минуту под контролем АД.

12. Общие противошоковые мероприятия

1. Проверить и восстановить проходимость дыхательных путей – интубация трахеи при отеке или травме гортани.

2. Во всех случаях шока – ингаляция кислородом.

3. Если нет отека легких – инфузионные растворы (солевые и коллоидные), вазопрессорные средства (дофамин, норадреналин).

При отеке легких: кислород через пеиогаситель, сердечные гликозиды, эуфиллин.

При анафилактическом шоке — адреналин в место инъекции и подкожно, димедрол, супрастин внутримышечно, предниэолон внутривенно.

При бронхоспазме — эуфиллин внутривенно.

При шоке на пенициллин — 1 000 000 ЕД пенициллиназы внутримышечно.

При необходимости — срочная сердечно-легочная реанимация.

При транспортировке пациент укладывается в положение, исключающее западение языка и аспирацию рвотных масс, укрывается одеялом, обкладывается грелками.

13. Неотложная помощь при ТЭЛА

Введение гепарина (не менее 10 000 ЕД в сутки), кислородная терапия с помощью кислородной маски или носоглоточных катетеров, эуфиллин внутривенно.

При неэффективности помощи — ИВЛ.

14. Алгоритм неотложной помощи при гипогликемической коме

1. Вызвать врача или скорую помощь через третье лицо.
2. Уложить пациента на ровную твердую поверхность.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Контроль за а/д, ЧСС, пульсом, температурой тела, ЧДД, сахаром крови.
5. Если пациент в сознании дать ему легко усваиваемые углеводы (кусочек сахара, конфету, сладкую булочку, сладкий чай, газировку).
6. К приходу врача приготовить 40% раствор глюкозы 60-80-100 мл.
7. Выполнять назначения врача.

15. Алгоритм неотложной помощи при гипергликемической коме

1. Вызвать врача или скорую помощь через третье лицо.
2. Уложить пациента на ровную твердую поверхность.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Контроль за а/д, ЧСС, пульсом, температурой тела, ЧДД, сахаром крови.
5. К приходу врача приготовить 0,9% раствор NaCl 250-400 мл.
6. Выполнять назначения врача.

16. Алгоритм неотложной помощи при анафилактическом шоке

1. Вызвать врача или скорую помощь через третье лицо.
2. Уложить пациента на ровную твердую поверхность.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Контроль за а/д, ЧСС, пульсом, температурой тела, ЧДД.
5. Выше места инъекции наложить жгут.
6. Обколоть место инъекции 0,15 раствором адреналина 0,5 мл. Остальные 0,5 мл ввести в противоположную руку п/к.
7. Ввести в/в струйно 0,1% раствор адреналина 1 мл.
8. В/в струйно ввести 60-90-120 мг. преднизолона.
9. После стабилизации а/д в/в струйно ввести супрастин, димедрол, тавегил.
10. Ввести в/в струйно 0,9% раствор NaCl 250-400 мл.
11. При клинической смерти приступить к СЛР.

17. Неотложная помощь при ангионевротическом отеке

1. Вызвать врача или скорую помощь через третье лицо.
2. Уложить пациента на ровную твердую поверхность.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Контроль за а/д, ЧСС, пульсом, температурой тела, ЧДД.
5. При возможности удалить аллерген из организма.
6. В/в струйно ввести супрастин, димедрол, тавегин.
7. В/в струйно ввести 60-90 мг преднизолона.

18. Неотложная помощь при крапивнице

1. Вызвать врача или скорую помощь через третье лицо.
2. Уложить пациента на ровную твердую поверхность.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Контроль за а/д, ЧСС, пульсом, температурой тела, ЧДД.
5. При возможности удалить аллерген из организма.
6. В/в струйно ввести супрастин, димедрол, тавегин.

7. В/в струйно ввести 60-90 мг преднизолона.

19. Неотложная помощь при почечной колике

1. Вызвать врача или скорую помощь через третье лицо.
2. Успокоить пациента.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Контроль за /д, пульсом, ЧСС, ЧД.
5. Положить грелку на поясничную область или предложить пациенту принять горячую ножную ванну.
6. Приготовить к приходу врача л/п: 50% раствор анальгина, 1% раствор дротаверина, 0,9% раствор NaCl, 5% раствор трамадола.
7. Выполнять назначения врача.

<u>Часть Д</u>

Перечень манипуляций для выполнения практической части комплексного экзамена:

1. Абдоминальная пункция. Показания. Подготовка пациента и инструментария к проведению абдоминальной пункции.
2. Введение газоотводной трубки. Показания, противопоказания, методика выполнения.
3. Виды исследования мокроты. Подготовка и техника сбора мокроты на бак. посев.
4. Внутривенная инъекция: показания, методика выполнения.
5. Внутривенное капельное вливание лекарств, показания, противопоказания, методика выполнения.
6. Внутримышечная инъекция. Техника выполнения, осложнения.
7. Выполнить внутривенную инъекцию.
8. Выполнить подсчет ЧДД.
9. Катетеризация мочевого пузыря. Показания. Противопоказания. Методика выполнения.
10. Очистительная клизма. Показания и противопоказания. Методика выполнения.
11. Плевральная пункция. Показания, противопоказания. Подготовка пациента и инструментария.
12. Подача увлажненного кислорода пациенту.
13. Подготовка и техника выполнения фракционного зондирования желудка.
14. Подготовка и техника выполнения дуоденального зондирования.
15. Подготовка пациента к сбору анализа кала на скрытую кровь.
16. Подготовка пациента к колоноскопии.
17. Подготовка пациента к рентгеноскопии желудка.
18. Подготовка пациента к сдаче крови на общий анализ. Норма показателей.
19. Подготовка пациента к ФГДС.
20. Подготовка пациента к холецистографии.
21. Подкожная инъекция. Методика выполнения. Осложнения.
22. Проба мочи по Зимницкому. Цель исследования. Техника сбора, норма показателей.
23. Проба Нечипоренко: цель исследования, методика выполнения, нормальные показатели.
24. Промывание желудка. Показания, противопоказания, методика выполнения.
25. Расчет гепарина.
26. Расчет и набор инсулина.
27. Расчет и разведение антибиотиков.
28. Сифонная клизма. Показания, противопоказания, методика выполнения.
29. Техника взятия крови из вены с помощью вакуумной пробирки.

30. Техника проведения тюбажа при холецистите. Показания.

31. Техника и правила измерения АД

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 медицинской сестры 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. Масляная я клизма. Показания, противопоказания, методика выполнения.

Эталоны ответов практического задания комплексного экзамена

1. Абдоминальная пункция. Показания. Подготовка пациента и инструментария к проведению абдоминальной пункции.

Абдоминальная пункция (парацентез или лапароцентез) — это прокол брюшной стенки с лечебной или диагностической целью.

Цель. Выведение асцитической жидкости с лечебной или диагностической целью.

Показания. Асцит.

Противопоказания. Тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, легких; тяжелые формы анемии.

Оснащение. Троакар для прокола диаметром 3-4 мм с остроконечным мандреной (стилетом); дренажная трубка длиной до 1 м; зажим; шприц емкостью 5-10 мл; 0,5% раствор новокаина стерильный; емкость для асцитической жидкости (таз или ведро); стерильные пробирки, перчатки; стерильные пинцет; иглы, с шовным материалом; скальпель; лейкопластырь; широкое длинное полотенце.

Техника выполнения.

1. Врач и медицинская сестра обрабатывают руки, как перед операцией, надевают перчатки.

2. Накануне пациента предупреждают, что манипуляция выполняется утром натощак после опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

3. За 20 — 30 мин до прокола проводят премедикацию (1 мл 2 % раствора промедола и 0,1 % раствора атропина подкожно).

4. Пациента приглашают в процедурный кабинет и усаживают на стул со спинкой или укладывают на кушетку на правый бок (в тяжелых случаях прокол выполняют в палате).

5. Дезинфицируют место пункции.

6. Проводят инфильтрационную анестезию в месте прокола.

7. Делают прокол троакаром (не извлекая мандрена!). Иногда в месте прокола сначала делают точечный разрез скальпелем.

8. Извлекают мандрен, соединяют троакар с резиновой трубкой, подставляют под нее таз, снимают зажим. Выпускают жидкость медленно — 1 л за 5 мин. Для регуляции скорости выделения жидкости на трубку накладывают зажим. Живот во время выведения жидкости ниже места прокола стягивают полотенцем.

9. После удаления жидкости на кожу в месте прокола накладывают швы, асептическую давящую повязку. Прикладывают пузырь со льдом. Назначают строгий постельный режим.

Примечания. Лапароцентез — врачебная манипуляция. Для профилактики септических осложнений соблюдают все правила асептики.

При сосудистой недостаточности вводят сосудистые средства по назначению врача.

2. Введение газоотводной трубки. Показания, противопоказания, методика выполнения

Цель. Выведение газов из кишечника.

Показания. Метеоризм.

Противопоказания. Кишечное кровотечение; кровоточащая опухоль прямой кишки; острое воспаление анального отверстия.

Оснащение. Стерильная газоотводная трубка, соединенная посредством контрольного стекла с резиновой трубкой длиной 30 — 50 см; вазелин; судно с небольшим количеством воды; клеенка; пеленка; резиновые перчатки; марлевая салфетка; мазь цинковая; емкость с маркировкой «Для клизменных наконечников» с 3 % раствором хлорамина.

Техника выполнения. 1. Под пациента подстилают клеенку и пеленку.

2. Укладывают пациента на левый бок с согнутыми в коленях и подтянутыми к животу ногами. Если пациент не может повернуться на бок, то он остается лежать на спине, ноги согнуты в коленях и разведены.

3. Смазывают закругленный конец газоотводной трубки вазелином.

4. Надев резиновые перчатки, раздвигают левой рукой ягодицы, а правой, взяв трубку марлевой салфеткой, вводят ее вращательными движениями, соблюдая все изгибы прямой кишки, на глубину 20 — 25 см. Наружный конец резиновой трубки — удлинителя опускают в судно с водой, поставленное на постели или, еще лучше, у постели пациента на табурет.

5. Через 1,0— 1,5 ч трубку следует извлечь, даже если не наступило облегчение, во избежание образования пролежней на стенке прямой кишки.

6. После извлечения газоотводной трубки пациента следует подмыть. В случае покраснения анального отверстия его смазывают подсушивающей мазью, например цинковой.

7. Систему после использования сразу же замачивают в 3 % растворе хлорамина, далее обрабатывают по ОСТ.

Примечания. В течение суток трубку можно вводить 2 — 3 раза. Если вода в судне пузырится, значит, газы отходят. Если облегчения после газоотводной трубки не наступило, то по назначению врача следует поставить очистительную клизму.

3. Виды исследования мокроты. Подготовка и техника сбора мокроты на бак-посев.

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.

4. Внутривенная инъекция: показания, методика выполнения

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.

5. Внутривенное капельное вливание лекарств, показания, противопоказания, методика выполнения

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.

6. Внутримышечная инъекция. Техника выполнения, 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, IIIи 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.

7. Выполнить внутривенную инъекцию

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.

8. Выполнить подсчет ЧДД.

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

9. Катетеризация мочевого пузыря. Показания. Противопоказания. Методика выполнения

Катетеризация у женщин. Катетеризацией называется введение катетера в мочевой пузырь. Для нее можно использовать катетеры многократного (из резины и металла) и однократного применения (из полимерных материалов), имеющие различный диаметр просвета.

Цель. Опорожнение мочевого пузыря; введение лекарственных веществ в мочевой пузырь.

Показания. Острая и хроническая задержка мочи; получение мочи для исследования по специальному назначению врача; местное лечение заболеваний мочевого пузыря.

Противопоказания. Травмы мочевого пузыря; острое воспаление мочевого пузыря или мочеиспускательного канала.

Оснащение. Стерильные мягкий катетер — 2 шт. разного диаметра, ватные шарики — 2 шт., марлевые салфетки — 2 шт., глицерин, шприц Жане, лоток, пеленка; емкость для мочи (если моча берется для исследования на стерильность, то посуду для сбора получают в бактериологической лаборатории (стерильную)); раствор фурацилина 1:5 000 — 700—1 500 мл; 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина; резиновые перчатки (стерильные); набор для подмывания; водяная баня для подогрева фурацилина; емкость с маркировкой «Для катетеров» с 3 % раствором хлорамина.

Техника выполнения. 1. Обрабатывают руки 0,5 % раствором хлоргексидина, готовят стерильный лоток. Достают из бикса и кладут на лоток стерильные катетеры.

Закругленный конец катетера поливают стерильным глицерином. Два стерильных ватных шарика смачивают раствором фурацилина, кладут на лоток. Также на лоток кладут две стерильные салфетки и пинцет. В шприц Жане набирают 100—150 мл подогретого на водяной бане до 37 — 38 °С раствора фурацилина, кладут его на лоток.

2. Подмывают пациентку, убирают судно.

3. Между разведенными и согнутыми в коленях ногами пациентки ставят чистое сухое судно или другую емкость для мочи.

4. Надевают перчатки.

5. Встав справа от пациентки, кладут ей на лобок развернутую стерильную марлевую салфетку. Пальцами левой руки разводят половые губы и ватным шариком, взятым правой рукой пинцетом смоченным фурацилином, обрабатывают наружное отверстие уретры. Затем пинцетом, взяв его как писчее перо, берут катетер на расстоянии 4 — 5 см от его тупого конца, а свободный конец поддерживают между IV и V пальцами. Тупой конец катетера вращательными движениями медленно вводят в уретру на глубину 4 — 5 см, а свободный конец опускают в емкость для мочи. Выделение мочи свидетельствует о том, что катетер находится в мочевом пузыре.

6. После прекращения выделения мочи катетер соединяют со шприцем Жане, наполненным фурацилином, подогретым на водяной бане до +38 °С.

7. Медленно вводят раствор в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в судно, выводят его из мочевого пузыря. -

8. Повторяют промывание до тех пор, пока промывная жидкость не будет чистой.

9. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

10. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры шариком, смоченным раствором фурацилина, салфеткой убирают остатки влаги с промежности.

11. Катетер сразу же после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч, затем обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.

Примечания. Медицинская сестра имеет право выполнять катетеризацию только мягким катетером и только по назначению врача. При проведении катетеризации мочевого пузыря возможны осложнения: занесение инфекции в мочевой пузырь; повреждение слизистой оболочки уретры и мочевого пузыря; уретральная лихорадка.

Катетеризация у мужчин. *Цель.* Освобождение мочевого пузыря; введение лекарственного средства; промывание мочевого пузыря.

Показания. Острая и хроническая задержка мочи; получение мочи для исследования; местное лечение заболеваний мочевого пузыря.

Противопоказания. Травмы мочевого пузыря; острое воспаление мочевого пузыря и мочеиспускательного канала (уретры).

Оснащение. Стерильные мягкие катетеры разного диаметра — 2 шт.; ватные шарики — 2 шт.; марлевые салфетки — 2 шт.; глицерин; шприц Жане; лоток; пеленка; резиновые перчатки; емкость для мочи (если мочу берут для исследования на стерильность, то посуда должна быть стерильной); пинцет; 700— 1 500 мл раствора фурацилина 1:5 000; 0,5 % спиртовой раствор хлоргексидина; набор для подмывания; водяная баня для подогрева фурацилина; емкость с 3 % раствором хлорамина, промаркированная надписью «Для дезинфекции катетеров».

Техника выполнения. 1. Моют руки. Обрабатывают их 0,5 % раствором хлоргексидина.

2. Кладут на стерильный лоток два стерильных катетера, закругленные концы которых смазывают стерильным глицерином, два стерильных ватных шарика, смоченных фурацилином, две стерильные салфетки, пинцет, шприц Жане с раствором фурацилина, подогретым на водяной бане до +37...+38°С.

3. Подмывают пациента. Между его ногами ставят емкость для мочи.

4. Надевают стерильные перчатки и встают справа от пациента.

5. Стерильной салфеткой оборачивают половой член ниже головки.

6. Берут половой член между IIIи IV пальцами левой руки, слегка сдавливают головку, а I и II пальцами слегка отодвигают крайнюю плоть.

7. Правой рукой берут ватный шарик, смоченный фурацилином, и обрабатывают головку полового члена движениями от отверстия уретры к периферии.

8. В наружное отверстие уретры вливают одну-две капли стерильного глицерина.

9. В правую руку берут стерильный пинцет.

10. Стерильным пинцетом берут катетер на расстоянии 5 —6 см от закругленного конца, а свободный конец захватывают между IV и V пальцами.

11. Вводят катетер пинцетом на 4 —5 см, удерживая его I и IIпальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.

12. Перехватывают катетер пинцетом и медленно вводят его еще на 5 см. Одновременно левой рукой натягивают половой член на катетер, что способствует его лучшему продвижению по уретре.

13. Как только катетер достигнет мочевого пузыря, появляется моча, и свободный конец катетера следует опустить в емкость для мочи.

14. После прекращения выделения мочи катетер соединяют с шприцем Жане, наполненным фурацилином, и медленно вводят 100—150 мл раствора в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в лоток, удаляют содержимое.

15. Промывание повторяют до тех пор, пока из мочевого пузыря не будет выделяться прозрачная жидкость.

16. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

17. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры ватным шариком, смоченным фурацилином.

Примечания. Перед проведением вмешательства необходимо установить доверительные отношения с пациентом. Необходимо сохранять стерильность катетера на 20 см от закругленного конца. Медицинская сестра имеет право выполнять катетеризацию только мягким катетером и только по назначению врача. При проведении катетеризации могут возникнуть осложнения.

10. Очистительная клизма. Показания и противопоказания. Методика выполнения.

Цель. Освобождение кишечника от каловых масс и газов.

Показания. Запор (задержка стула более 48 ч); подготовка к операциям, родам; подготовка к рентгенологическому исследованию ЖКТ, пояснично-крестцового отдела позвоночника, костей таза, органов малого таза, органов мочевыделения; отравления; перед постановкой лекарственных и питательных клизм.

Противопоказания. Кровоточащий геморрой; острые воспалительные заболевания прямой кишки и анального отверстия; выпадение прямой кишки; желудочные и кишечные кровотечения; опухоли прямой кишки.

Оснащение. Кружка Эсмарха с резиновой трубкой; штатив для подвешивания кружки Эсмарха; стерильный наконечник из пластмассы или эбонита; зажим; подкладная клеенка, судно; вазелин; резиновые перчатки; кипяченая вода 1,5 — 2,0 л комнатной температуры; термометр для воды; емкость с маркировкой «для использованных наконечников» с 3 % раствором хлорамина; кушетка; таз.

Техника выполнения. 1. В кружку Эсмарха наливают 1,5 — 2,0 л воды комнатной температуры (18 — 22 °С), выпускают воздух из системы, накладывают зажим. Кружку вешают на штатив на высоте **1,0—1,5** м над кушеткой.

2. Надевают наконечник на свободный конец резиновой трубки, смазывают его вазелином.

3. На кушетку стелят клеенку.

4. Пациенту предлагают лечь на левый бок, просят согнуть ноги в коленях и тазобедренных суставах.

5. Надевают перчатки, раздвигают левой рукой ягодицы, осматривают анальное отверстие и осторожно вводят наконечник в прямую кишку легкими вращательными

движениями на глубину 3 — 4 см в направлении к пупку, а затем до 8— 10 см параллельно копчику.

6. Снимают зажим на резиновой трубке и медленно вливают в просвет прямой кишки 1—2 л воды.

7. Чтобы в кишечник не попал воздух, необходимо оставить на дне кружки небольшое количество воды.

8. Перед извлечением наконечника на трубку накладывают зажим.

9. Вращательными движениями осторожно извлекают наконечник в обратной последовательности (сначала параллельно копчику, а затем от пупка).

10. Пациенту рекомендуют задержать воду на 10—15 мин. Для этого ему предлагают лечь на спину и глубоко дышать.

11. Использованные наконечники замачивают в 3% растворе хлорамина на 1 ч, затем по ОСТ 42-21-2-85 проводят предстерилизационную очистку, стерилизацию.

11. Плевральная пункция. Показания, противопоказания. Подготовка пациента и инструментария

Цель. Получение плевральной жидкости с лечебной или диагностической целью.

Показания. Скопление жидкости в плевральной полости.

Противопоказания. Тяжелое общее состояние пациента; повышенная кровоточивость; поражения кожи в месте прокола (пиодермия, опоясывающий лишай).

Оснащение. Стерильная игла длиной 7— 10 см среднего диаметра с острым срезом; стерильная резиновая трубка длиной 20 см; стерильные шприцы емкостью 2; 5; 10; 20 мл и несколько инъекционных игл; кровоостанавливающий зажим; стерильный 0,5% раствор новокаина; чистые сухие пробирки — 2 — 3 шт.; спирт; йод; хлоргексидин; лоток со стерильной пеленкой для стерильных инструментов; бикс со стерильным перевязочным материалом; стерильный пинцет; мерный сосуд для плевральной жидкости.

Техника выполнения. 1. Готовят все необходимое для простейшей обработки рук врача антисептиком.

2. Дополнительно обработав руки, готовят все необходимое для выполнения манипуляции на стерильной пеленке на лотке.

3. Пациента усаживают на стул лицом к спинке, а спиной к источнику света. Туловище пациента слегка наклоняют в здоровую сторону. Руку на стороне пункции кладут на голову или здоровое плечо пациента. В таком положении расширяются межреберные промежутки, что облегчает процедуру и уменьшает возможность осложнений.

4. Место пункции перкуторно и рентгенологически определяет врач. Чаще всего это седьмое-восьмое межреберье по среднелопаточной линии.

5. Место пункции обрабатывают спиртом дважды: сначала большую площадь, затем меньшую. Если у пациента отсутствует непереносимость йода, второй раз можно обработать им.

6. Врач выполняет послойную анестезию 0,5 % раствором новокаина. Для этого ему подают ему шприц емкостью 10 мл с новокаином.

7. Иглой, прочно соединенной с резиновой трубкой, на свободный конец которой наложен зажим и надета канюля для шприца, врач выполняет прокол по верхнему краю нижележащего ребра, чтобы не повредить сосуды и нервы, проходящие в межреберье.

8. При попадании иглы в плевральную полость появляется ощущение попадания в пустоту, так как прекращается сопротивление тканей.

9. К канюле в резиновой трубке прочно подсоединяют шприц емкостью 20 мл.

10. Осторожно снимают зажим, а врач, потягивая поршень шприца на себя, насасывает жидкость.

11. После набирания врачом достаточного количества жидкости в шприц накладывают зажим, а врач, убедившись, что зажим наложен, снимает шприц с трубки и переливает его содержимое в приготовленную пробирку для исследования.

12. Продолжают набирать жидкость в шприц до получения необходимого количества. Количество извлеченной жидкости может достигнуть 1,5 л. Ее переливают из шприца в мерную емкость.

13. По окончании процедуры накладывают зажим. К месту прокола прикладывают стерильный ватный шарик, смоченный спиртом, извлекают иглу.

14. На место прокола накладывают сухую стерильную пластырную повязку.

15. Пациента на каталке доставляют в палату, так как процедура выполняется, как правило, в процедурном кабинете.

Примечания. При обмороке пациенту дают для вдыхания раствор аммиака. При резкой сосудистой недостаточности вводят сосудистые средства по назначению врача. Для этого готовят шприцы емкостью 2 и 5 мл.

Для отсасывания жидкости из плевральной полости можно использовать плевроаспиратор или электроотсос, соединяя их с резиновой трубкой.

12. Подача увлажненного кислорода пациенту

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.

13. Подготовка и техника выполнения фракционного зондирования желудка

Цель. Получение желудочного сока для оценки секреторной функции желудка.

Показания. Заболевания желудка.

Противопоказания. Желудочное кровотечение; варикозное расширение вен пищевода; острые воспалительные заболевания пищевода и желудка; гипертоническая болезнь; стенокардия; затруднение дыхания через нос.

Оснащение. Стерильный тонкий желудочный зонд; шприц емкостью 20 мл; полотенце; чистый почкообразный тазик; семь пробирок большой емкости или чистых сухих баночек с направлениями на каждой; пробный завтрак (200 мл 7 % отвара сухой капусты, мясного бульона или 5 % алкоголя); стакан с кипяченой водой.

Техника выполнения.

1. Накануне вечером пациенту сообщают о предстоящей процедуре и предупреждают, чтобы ужин был не позднее 18.00. Утром в день исследования ему нельзя пить, есть, принимать лекарства и курить.

2. Утром пациента приглашают в процедурный или зондажный кабинет, усаживают на стул со спинкой, слегка наклонив ему голову вперед.

3. На шею и грудь пациента кладут полотенце. Его просят снять зубные протезы, если они есть. В руки дают лоток для слюны.

4. Моют руки с мылом, дважды их намыливая.

5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой его закругленный конец. Зонд берут правой рукой на расстоянии 10—15 см от закругленного конца, а левой поддерживают свободный конец.

6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут конец зонда на корень языка и просят пациента глотнуть. Во время глотания быстро продвигают зонд в глотку.

7. Просят пациента подышать носом. Если дыхание свободное, значит зонд находится в пищеводе.

8. При каждом глотании зонд вводят в желудок все глубже до нужной отметки.

9. Присоединяют к свободному концу зонда шприц и извлекают содержимое желудка в течение 5 мин (первая порция).

10. Извлекают из шприца поршень, соединяют цилиндр шприца с зондом и, используя его как воронку, вводят в желудок 200 мл подогретого до +38 °С пробного завтрака. Затем на зонд кладут зажим или завязывают узлом его свободный конец на 10 мин.

11. Через 10 мин извлекают с помощью шприца 10 мл желудочного содержимого (вторая порция). Накладывают зажим на 15 мин.

12. Через 15 мин извлекают все содержимое желудка (третья порция).

13. Через каждые 15 мин в течение 1 ч извлекают все образовавшееся за это время содержимое желудка (четвертая, пятая, шестая и седьмая порции).

14. Осторожно извлекают зонд. Дают пациенту прополоскать рот кипяченой водой. Отводят его в палату, обеспечивают покой, дают завтрак.

15. Все семь порций желудочного сока отправляют в лабораторию, четко указав на направлении номер порции.

16. Результаты исследования подклеивают в историю болезни.

17. После исследования зонд необходимо обработать в три этапа по ОСТ 42-21-2-85.

Примечания. В данном случае описана техника получения желудочного сока по методу Лепорского. Существуют и другие методы (Веретенова, Новикова—Мясоедова), которые отличаются последовательностью введения пробного завтрака и промежутками между порциями желудочного сока.

Зонд вводят от резцов на глубину, равную росту пациента в сантиметрах минус 100 см. Например, при росте 164 см зонд нужно ввести на глубину 64 см (зонд имеет метки на расстоянии 50, 60, 70 см от слепого конца).

14. Подготовка и техника выполнения дуоденального зондирования.

Цель. Получение дуоденального содержимого для лабораторного исследования.

Показания. Заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей.

Противопоказания. Острый холецистит; обострение хронического холецистита; варикозное расширение вен пищевода; коронарная недостаточность.

Оснащение. Стерильный дуоденальный зонд с оливой на конце; стерильный шприц емкостью 20 мл; мягкий валик; теплая грелка; полотенце; лоток; 50 мл 25 % раствора магния сульфата подогретого до +40...+42 °С; штатив с лабораторными пробирками (не менее трех пробирок, на каждой пробирке указывают порцию желчи А, В, С); направление в лабораторию; чистая сухая баночка; жесткий топчан без подушки; скамеечка; комплект белья; стакан с кипяченой водой (раствором калия перманганата розового цвета, 2 % раствором натрия гидрокарбоната или слабосолевым раствором).

Техника выполнения. 1. Объясняют пациенту необходимость процедуры и ее последовательность.

2. Накануне вечером предупреждают, что предстоящее исследование проводится натощак, а ужин перед исследованием должен быть не позднее 18.00.

3. Приглашают пациента в зондажный кабинет, удобно усаживают на стул со спинкой, слегка наклоняют его голову вперед.

4. На шею и грудь пациента кладут полотенце, просят его снять зубные протезы, если они есть. Дают в руки лоток для слюны.

5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой конец зонда с оливой. Берут его правой рукой на расстоянии 10— 15 см от оливы, а левой рукой поддерживают свободный конец.

6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут оливу на корень языка и просят сделать глотательное движение. Во время проглатывания продвигают зонд в пищевод.

7. Просят пациента глубоко подышать носом. Свободное глубокое дыхание подтверждает нахождение зонда в пищеводе и снимает рвотный рефлекс от раздражения задней стенки глотки зондом.

8. При каждом глотании пациента зонд вводят глубже до четвертой отметки, а затем еще на 10— 15 см для продвижения зонда внутри желудка.

9. Присоединяют к зонду шприц и тянут поршень на себя. Если в шприц поступает мутноватая жидкость, значит зонд находится в желудке.

10. Предлагают пациенту проглотить зонд до седьмой отметки. Если позволяет его состояние, лучше это сделать во время медленной ходьбы.

11. Пациента укладывают на топчан на правый бок. Под таз подкладывают мягкий валик, а под правое подреберье — теплую грелку. В таком положении облегчается продвижение оливы к привратнику.

12. В положении лежа на правом боку пациенту предлагают проглотить зонд до девятой отметки. Зонд продвигается в двенадцатиперстную кишку.

13. Свободный конец зонда опускают в баночку. Баночку и штатив с пробирками ставят на низкую скамеечку у изголовья пациента.

14. Как только из зонда в баночку начинает поступать желтая прозрачная жидкость, свободный конец зонда опускают в пробирку А (дуоденальная желчь порции А имеет светло-желтую желчи А, В, С);

Фракционное дуоденальное зондирование состоит из пяти фаз или этапов. На первой фазе получают первую порцию желчи из общего желчного протока — прозрачную светло-желтую желчь. Длится фаза 20 мин. Обычно за это время выделяется 15 — 40 мл желчи. Получение более 45 мл свидетельствует о гиперсекреции или расширении общего желчного протока. Меньшее количество желчи означает гипосекрецию желчи или уменьшение емкости общего желчного протока.

Через 20 мин от начала получения желчи вводят раздражитель — 25 % раствор магния сульфата, подогретый до +40...+42 "С. В конце первой фазы на зонд накладывают зажим.

В начале второй фазы снимают зажим, опускают свободный конец зонда в баночку и ждут начала поступления желчи. В норме фаза длится 2 — 6 мин. Удлинение фазы свидетельствует о гипертонусе общего желчного протока или наличии препятствия в нем.

Третья фаза — это время до появления пузырной желчи. В норме она длится 2 — 4 мин. За это время выделяется 3 — 5 мл желчи светло-желтого цвета — остаток желчи из общего желчного протока. Удлинение фазы свидетельствует о повышении тонуса сфинктера. Желчь, получаемая в течение первой и третьей фаз, составляет порцию А классического дуоденального зондирования.

Четвертая фаза — это регистрация продолжительности опорожнения желчного пузыря и объема пузырной желчи. В норме за 30 мин выделяется 30 — 70 мл желчи темно-оливкового цвета — это классическая порция В. Скорость выделения пузырной желчи составляет 2 — 4 мл/мин. Скорость выделения пузырной желчи в течение 10 мин менее этого показателя характерна для гипомоторной функции желчного пузыря, а более — для гипермоторной функции.

Пятая фаза — получение печеночной желчи (порции С). В норме за 20 мин выделяется 15 — 30 мл желчи золотистого цвета (печеночной желчи).

Примечания. В отделении пациенту должен быть оставлен завтрак (постовой медицинской сестре следует заранее сообщить на раздаток номер диеты и количество порций).

15. Подготовка пациента к сбору анализа кала на скрытую кровь.

Правила сбора кала на скрытую кровь

Анализ кала на скрытую кровь проводится для выявления кровотечения из органов желудочно-кишечного тракта

Кал собирают не ранее, чем через 3 дня после отмены препаратов железа, висмута, слабительных, проведения рентгена желудочно-кишечного тракта или клизмы. За 2 дня до сдачи анализа из пищевого рациона исключается мясо, свежие овощи и фрукты.

1. Выяснить в регистратуре, куда приносить кал для анализа.

2. Подготовить контейнер для сбора кала с ложечкой-шпателем.

3. Кал собрать после самостоятельной дефекации в контейнер для кала, заполнив его примерно на 1/3.

4. Плотно закрыть контейнер завинчивающейся крышкой.

5. Разборчиво написать на этикетке контейнера ФИО, дату и время сбора кала.

6. Контейнер хранить в холодильнике и принести в клинику в указанное регистратурой место в день сбора материала.

16. Подготовка пациента к колоноскопии

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.

17. Подготовка пациента к рентгеноскопии желудка

Показания:

1. Подозрения у пациента язвы желудка.
2. Предрасположенность к образованию доброкачественных и злокачественных опухолей.
3. Пороки развития желудка и пищевода.
4. Деформации стенок желудка, такие как выпячивания его стенок в виде мешка.
5. Воспалительные заболевания желудка.
6. Жалобы пациента на такие симптомы, как боли в районе пупа, кровь в кале, отрыжка, изжога, нарушение глотательного рефлекса, анемия и потеря веса.

Противопоказания:

1. Очень тяжелое состояние пациента.
2. Первый триместр беременности. Во втором и третьем триместре рентгеновское исследование проводится только с согласованием врача-гинеколога.
3. Желудочное и пищеводное кровотечение, которое не прекращается.

Но все противопоказания, кроме кровотечения, которое не останавливается, являются относительными. К тому же от рентгенографии можно отказаться, если возможно получить необходимую информацию, прибегнув к более щадящему исследованию, например, фиброгастроскопии.

Пациентам с нормальной функцией кишечника и желудка могут особо не готовиться к процедуре. Но единственным условием, которое следует соблюсти до процедуры, это **отказаться от приема пищи как минимум за 7 часов** до ее проведения.

Но людям, у которых есть хоть какие-то патологии кишечника или желудка, а так же пожилым людям, следует за несколько дней до процедуры начать придерживаться определенной диеты. Такая диета применяется для снижения газообразования. Следует исключить из рациона сдобу и сладости, молочные продукты, капусту и газированную воду. Рацион должен состоять из нежирного мяса, яиц, рыбы и каш на воде. Если у пациента запор, то в день исследование следует сделать клизму, а иногда – промывание желудка.

Методика обследования

В самом начале следует сделать обзорную рентгенограмму органов пищеварение. Это помогает оценить их состояние и наличие грубых патологий. После этого пациенту дается принять контраст и проводится серия снимков пищеварительной системы в разных проекциях, например, стоя, на спине, на животе.

18. Подготовка пациента к сдаче крови на общий анализ. Норма показателей

Оптимальным временем для исследования крови является утро, когда «просыпаются» все системы организма и активизируются обменные процессы.

Кровь для большинства исследований берут строго натощак, что означает наличие не менее 8 часов (а желательно – не менее 12) между последним приемом пищи и взятием крови. Сок, чай, кофе – тем более с сахаром – это тоже еда! Пить можно только воду, желательно – негазированную.

За 1–2 дня до исследования желательно исключить из рациона алкоголь (категорически!), жирное, жареное. Не менее 1 часа до сдачи крови необходимо воздержаться от курения.

Перед сдачей крови исключается физическое напряжение (бег, подъем по лестнице), эмоциональное возбуждение. 10–15 минут перед процедурой желательно отдохнуть и успокоиться. Не следует сдавать кровь сразу после рентгенологического и ультразвукового обследования, физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры, иглоукалывания (рефлексотерапии), массажа.

Желательно сдавать кровь до начала приема лекарственных препаратов или не ранее чем через 10–14 дней после их отмены. При приеме лекарств обязательно надо информировать об этом врача, назначавшего анализ!

Показатель	**Норма**
Эритроциты	муж. 4,0 - 5,1 $*10^{12}$ /л
	жен. 3,7 - 4,7 $*10^{12}$ /л
Гемоглобин (НВ)	муж. 130 - 160 г/л
	жен. 120 - 140 г/л
Цветовой показатель	0,85 - 1,05
Тромбоциты	180 - 320 $*10^{9}$ /л
Лейкоциты	4,0 - 9,0 $*10^{9}$ /л
Миелоциты	отсутствуют
Метамиелоциты	отсутствуют
Палочкоядерные	1 - 6 % (0,04-0,30 $*10^{9}$ /л)
Сегментоядерные	47 - 72% (2,0-5,5 $*10^{9}$ /л)
Эозинофилы	0 - 5 % (0,2-0,3 $*10^{9}$ /л)
Базофилы	0 - 1 % (0-0,065 $*10^{9}$ /л)
Лимфоциты	19 - 37 % (1,2-3,0 $*10^{9}$ /л)
Моноциты	3 - 11 % (0,09-0,6 $*10^{9}$ /л)
СОЭ	муж. 2 - 10 мм/ч
	жен. 3 - 15 мм/ч

19.Подготовка пациента к ФГДС

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. Подготовка пациента к холецистографии.

Целью холецистографии являются изучение формы, размеров, положения и сократимости желчного пузыря и обнаружение наличия камней. Целью подготовки к холецистографии являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания желчного пузыря.

Противопоказания. Наличие аллергии к йодсодержашим препаратам (выявляется по анамнезу и аппликационной пробе).

Оснащение. Рентгеноконтрастное йодсодержащее вещество: йопагност, билигност, холевид; желчегонный завтрак (два яичных желтка или 20 г сорбита).

Техника выполнения подготовки к холецистографии:

1. За 2 - 3 сут. до исследования пациента предупреждают об исключении из диеты продуктов, способствующих газообразованию: ржаного хлеба, бобовых, фруктов, молока.

2. Ужин накануне вечером должен быть не позднее 20.00.

3. За 12 ч до исследования в течение 1 ч пациенту дают 6 - 12 таблеток контрастного вещества (по 1-2 таблетки каждые 10 мин). Доза определяется исходя из расчета 1 г на 15 - 20 кг массы тела пациента.

4. Накануне вечером и за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму.

5. Вечером накануне пациента предупреждают, что исследование проводится натощак (в день исследования он также не должен пить, принимать лекарства, курить).

6. В день исследования утром историю болезни необходимо доставить в рентгенологический кабинет, пациенту указать место расположения кабинета и время исследования или проводить в кабинет.

7. Пациент принимает желчегонный завтрак по указанию врача-рентгенолога.

8. В отделении пациенту оставляют завтрак.

9. Историю болезни с результатом исследования возвращают в лечебное отделение.

11. Плевральная пункция. Показания, противопоказания. Подготовка пациента и инструментария

Цель. Получение плевральной жидкости с лечебной или диагностической целью.

Показания. Скопление жидкости в плевральной полости.

Противопоказания. Тяжелое общее состояние пациента; повышенная кровоточивость; поражения кожи в месте прокола (пиодермия, опоясывающий лишай).

Оснащение. Стерильная игла длиной 7— 10 см среднего диаметра с острым срезом; стерильная резиновая трубка длиной 20 см; стерильные шприцы емкостью 2; 5; 10; 20 мл и несколько инъекционных игл; кровоостанавливающий зажим; стерильный 0,5% раствор

новокаина; чистые сухие пробирки — 2 — 3 шт.; спирт; йод; хлоргексидин; лоток со стерильной пеленкой для стерильных инструментов; бикс со стерильным перевязочным материалом; стерильный пинцет; мерный сосуд для плевральной жидкости.

Техника выполнения. 1. Готовят все необходимое для простейшей обработки рук врача антисептиком.

2. Дополнительно обработав руки, готовят все необходимое для выполнения манипуляции на стерильной пеленке на лотке.

3. Пациента усаживают на стул лицом к спинке, а спиной к источнику света. Туловище пациента слегка наклоняют в здоровую сторону. Руку на стороне пункции кладут на голову или здоровое плечо пациента. В таком положении расширяются межреберные промежутки, что облегчает процедуру и уменьшает возможность осложнений.

4. Место пункции перкуторно и рентгенологически определяет врач. Чаще всего это седьмое-восьмое межреберье по среднелопаточной линии.

5. Место пункции обрабатывают спиртом дважды: сначала большую площадь, затем меньшую. Если у пациента отсутствует непереносимость йода, второй раз можно обработать им.

6. Врач выполняет послойную анестезию 0,5 % раствором новокаина. Для этого ему подают ему шприц емкостью 10 мл с новокаином.

7. Иглой, прочно соединенной с резиновой трубкой, на свободный конец которой наложен зажим и надета канюля для шприца, врач выполняет прокол по верхнему краю нижележащего ребра, чтобы не повредить сосуды и нервы, проходящие в межреберье.

8. При попадании иглы в плевральную полость появляется ощущение попадания в пустоту, так как прекращается сопротивление тканей.

9. К канюле в резиновой трубке прочно подсоединяют шприц емкостью 20 мл.

10. Осторожно снимают зажим, а врач, потягивая поршень шприца на себя, насасывает жидкость.

11. После набирания врачом достаточного количества жидкости в шприц накладывают зажим, а врач, убедившись, что зажим наложен, снимает шприц с трубки и переливает его содержимое в приготовленную пробирку для исследования.

12. Продолжают набирать жидкость в шприц до получения необходимого количества. Количество извлеченной жидкости может достигнуть 1,5 л. Ее переливают из шприца в мерную емкость.

13. По окончании процедуры накладывают зажим. К месту прокола прикладывают стерильный ватный шарик, смоченный спиртом, извлекают иглу.

14. На место прокола накладывают сухую стерильную пластырную повязку.

15. Пациента на каталке доставляют в палату, так как процедура выполняется, как правило, в процедурном кабинете.

Примечания. При обмороке пациенту дают для вдыхания раствор аммиака. При резкой сосудистой недостаточности вводят сосудистые средства по назначению врача. Для этого готовят шприцы емкостью 2 и 5 мл.

Для отсасывания жидкости из плевральной полости можно использовать плевроаспиратор или электроотсос, соединяя их с резиновой трубкой.

12. Подача увлажненного кислорода пациенту

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 40-45°С, 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.

13. Подготовка и техника выполнения фракционного зондирования желудка

Цель. Получение желудочного сока для оценки секреторной функции желудка.

Показания. Заболевания желудка.

Противопоказания. Желудочное кровотечение; варикозное расширение вен пищевода; острые воспалительные заболевания пищевода и желудка; гипертоническая болезнь; стенокардия; затруднение дыхания через нос.

Оснащение. Стерильный тонкий желудочный зонд; шприц емкостью 20 мл; полотенце; чистый почкообразный тазик; семь пробирок большой емкости или чистых

сухих баночек с направлениями на каждой; пробный завтрак (200 мл 7 % отвара сухой капусты, мясного бульона или 5 % алкоголя); стакан с кипяченой водой.

Техника выполнения.

1. Накануне вечером пациенту сообщают о предстоящей процедуре и предупреждают, чтобы ужин был не позднее 18.00. Утром в день исследования ему нельзя пить, есть, принимать лекарства и курить.

2. Утром пациента приглашают в процедурный или зондажный кабинет, усаживают на стул со спинкой, слегка наклонив ему голову вперед.

3. На шею и грудь пациента кладут полотенце. Его просят снять зубные протезы, если они есть. В руки дают лоток для слюны.

4. Моют руки с мылом, дважды их намыливая.

5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой его закругленный конец. Зонд берут правой рукой на расстоянии 10—15 см от закругленного конца, а левой поддерживают свободный конец.

6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут конец зонда на корень языка и просят пациента глотнуть. Во время глотания быстро продвигают зонд в глотку.

7. Просят пациента подышать носом. Если дыхание свободное, значит зонд находится в пищеводе.

8. При каждом глотании зонд вводят в желудок все глубже до нужной отметки.

9. Присоединяют к свободному концу зонда шприц и извлекают содержимое желудка в течение 5 мин (первая порция).

10. Извлекают из шприца поршень, соединяют цилиндр шприца с зондом и, используя его как воронку, вводят в желудок 200 мл подогретого до +38 °С пробного завтрака. Затем на зонд кладут зажим или завязывают узлом его свободный конец на 10 мин.

11. Через 10 мин извлекают с помощью шприца 10 мл желудочного содержимого (вторая порция). Накладывают зажим на 15 мин.

12. Через 15 мин извлекают все содержимое желудка (третья порция).

13. Через каждые 15 мин в течение 1 ч извлекают все образовавшееся за это время содержимое желудка (четвертая, пятая, шестая и седьмая порции).

14. Осторожно извлекают зонд. Дают пациенту прополоскать рот кипяченой водой. Отводят его в палату, обеспечивают покой, дают завтрак.

15. Все семь порций желудочного сока отправляют в лабораторию, четко указав на направлении номер порции.

16. Результаты исследования подклеивают в историю болезни.

17. После исследования зонд необходимо обработать в три этапа по ОСТ 42-21-2-85.

Примечания. В данном случае описана техника получения желудочного сока по методу Лепорского. Существуют и другие методы (Веретенова, Новикова—Мясоедова), которые отличаются последовательностью введения пробного завтрака и промежутками между порциями желудочного сока.

Зонд вводят от резцов на глубину, равную росту пациента в сантиметрах минус 100 см. Например, при росте 164 см зонд нужно ввести на глубину 64 см (зонд имеет метки на расстоянии 50, 60, 70 см от слепого конца).

14. Подготовка и техника выполнения дуоденального зондирования.

Цель. Получение дуоденального содержимого для лабораторного исследования.

Показания. Заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей.

Противопоказания. Острый холецистит; обострение хронического холецистита; варикозное расширение вен пищевода; коронарная недостаточность.

Оснащение. Стерильный дуоденальный зонд с оливой на конце; стерильный шприц емкостью 20 мл; мягкий валик; теплая грелка; полотенце; лоток; 50 мл 25 % раствора

магния сульфата подогретого до +40...+42 °С; штатив с лабораторными пробирками (не менее трех пробирок, на каждой пробирке указывают порцию желчи А, В, С); направление в лабораторию; чистая сухая баночка; жесткий топчан без подушки; скамеечка; комплект белья; стакан с кипяченой водой (раствором калия перманганата розового цвета, 2 % раствором натрия гидрокарбоната или слабосолевым раствором).

Техника выполнения. 1. Объясняют пациенту необходимость процедуры и ее последовательность.

2. Накануне вечером предупреждают, что предстоящее исследование проводится натощак, а ужин перед исследованием должен быть не позднее 18.00.

3. Приглашают пациента в зондажный кабинет, удобно усаживают на стул со спинкой, слегка наклоняют его голову вперед.

4. На шею и грудь пациента кладут полотенце, просят его снять зубные протезы, если они есть. Дают в руки лоток для слюны.

5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой конец зонда с оливой. Берут его правой рукой на расстоянии 10— 15 см от оливы, а левой рукой поддерживают свободный конец.

6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут оливу на корень языка и просят сделать глотательное движение. Во время проглатывания продвигают зонд в пищевод.

7. Просят пациента глубоко подышать носом. Свободное глубокое дыхание подтверждает нахождение зонда в пищеводе и снимает рвотный рефлекс от раздражения задней стенки глотки зондом.

8. При каждом глотании пациента зонд вводят глубже до четвертой отметки, а затем еще на 10— 15 см для продвижения зонда внутри желудка.

9. Присоединяют к зонду шприц и тянут поршень на себя. Если в шприц поступает мутноватая жидкость, значит зонд находится в желудке.

10. Предлагают пациенту проглотить зонд до седьмой отметки. Если позволяет его состояние, лучше это сделать во время медленной ходьбы.

11. Пациента укладывают на топчан на правый бок. Под таз подкладывают мягкий валик, а под правое подреберье — теплую грелку. В таком положении облегчается продвижение оливы к привратнику.

12. В положении лежа на правом боку пациенту предлагают проглотить зонд до девятой отметки. Зонд продвигается в двенадцатиперстную кишку.

13. Свободный конец зонда опускают в баночку. Баночку и штатив с пробирками ставят на низкую скамеечку у изголовья пациента.

14. Как только из зонда в баночку начинает поступать желтая прозрачная жидкость, свободный конец зонда опускают в пробирку А (дуоденальная желчь порции А имеет светло-желтую желчи А, В, С);

Фракционное дуоденальное зондирование состоит из пяти фаз или этапов. На первой фазе получают первую порцию желчи из общего желчного протока — прозрачную светло-желтую желчь. Длится фаза 20 мин. Обычно за это время выделяется 15 — 40 мл желчи. Получение более 45 мл свидетельствует о гиперсекреции или расширении общего желчного протока. Меньшее количество желчи означает гипосекрецию желчи или уменьшение емкости общего желчного протока.

Через 20 мин от начала получения желчи вводят раздражитель — 25 % раствор магния сульфата, подогретый до +40...+42 "С. В конце первой фазы на зонд накладывают зажим.

В начале второй фазы снимают зажим, опускают свободный конец зонда в баночку и ждут начала поступления желчи. В норме фаза длится 2 — 6 мин. Удлинение фазы свидетельствует о гипертонусе общего желчного протока или наличии препятствия в нем.

Третья фаза — это время до появления пузырной желчи. В норме она длится 2 — 4 мин. За это время выделяется 3 — 5 мл желчи светло-желтого цвета — остаток желчи из

общего желчного протока. Удлинение фазы свидетельствует о повышении тонуса сфинктера. Желчь, получаемая в течение первой и третьей фаз, составляет порцию А классического дуоденального зондирования.

Четвертая фаза — это регистрация продолжительности опорожнения желчного пузыря и объема пузырной желчи. В норме за 30 мин выделяется 30 — 70 мл желчи темно-оливкового цвета — это классическая порция В. Скорость выделения пузырной желчи составляет 2 — 4 мл/мин. Скорость выделения пузырной желчи в течение 10 мин менее этого показателя характерна для гипомоторной функции желчного пузыря, а более — для гипермоторной функции.

Пятая фаза — получение печеночной желчи (порции С). В норме за 20 мин выделяется 15 — 30 мл желчи золотистого цвета (печеночной желчи).

Примечания. В отделении пациенту должен быть оставлен завтрак (постовой медицинской сестре следует заранее сообщить на раздаток номер диеты и количество порций).

15. Подготовка пациента к сбору анализа кала на скрытую кровь.

Правила сбора кала на скрытую кровь

Анализ кала на скрытую кровь проводится для выявления кровотечения из органов желудочно-кишечного тракта

Кал собирают не ранее, чем через 3 дня после отмены препаратов железа, висмута, слабительных, проведения рентгена желудочно-кишечного тракта или клизмы. За 2 дня до сдачи анализа из пищевого рациона исключается мясо, свежие овощи и фрукты.

1. Выяснить в регистратуре, куда приносить кал для анализа.
2. Подготовить контейнер для сбора кала с ложечкой-шпателем.
3. Кал собрать после самостоятельной дефекации в контейнер для кала, заполнив его примерно на 1/3.
4. Плотно закрыть контейнер завинчивающейся крышкой.
5. Разборчиво написать на этикетке контейнера ФИО, дату и время сбора кала.
6. Контейнер хранить в холодильнике и принести в клинику в указанное регистратурой место в день сбора материала.

16. Подготовка пациента к колоноскопии

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.

17. Подготовка пациента к рентгеноскопии желудка

Показания:

7. Подозрения у пациента язвы желудка.
8. Предрасположенность к образованию доброкачественных и злокачественных опухолей.
9. Пороки развития желудка и пищевода.
10. Деформации стенок желудка, такие как выпячивания его стенок в виде мешка.
11. Воспалительные заболевания желудка.
12. Жалобы пациента на такие симптомы, как боли в районе пупа, кровь в кале, отрыжка, изжога, нарушение глотательного рефлекса, анемия и потеря веса.

Противопоказания:

4. Очень тяжелое состояние пациента.
5. Первый триместр беременности. Во втором и третьем триместре рентгеновское исследование проводится только с согласованием врача-гинеколога.
6. Желудочное и пищеводное кровотечение, которое не прекращается.

Но все противопоказания, кроме кровотечения, которое не останавливается, являются относительными. К тому же от рентгенографии можно отказаться, если возможно получить необходимую информацию, прибегнув к более щадящему исследованию, например, фиброгастроскопии.

Пациентам с нормальной функцией кишечника и желудка могут особо не готовиться к процедуре. Но единственным условием, которое следует соблюсти до процедуры, это **отказаться от приема пищи как минимум за 7 часов** до ее проведения.

Но людям, у которых есть хоть какие-то патологии кишечника или желудка, а так же пожилым людям, следует за несколько дней до процедуры начать придерживаться определенной диеты. Такая диета применяется для снижения газообразования. Следует исключить из рациона сдобу и сладости, молочные продукты, капусту и газированную воду. Рацион должен состоять из нежирного мяса, яиц, рыбы и каш на воде. Если у пациента запор, то в день исследование следует сделать клизму, а иногда – промывание желудка.

Методика обследования

В самом начале следует сделать обзорную рентгенограмму органов пищеварение. Это помогает оценить их состояние и наличие грубых патологий. После этого пациенту дается принять контраст и проводится серия снимков пищеварительной системы в разных проекциях, например, стоя, на спине, на животе.

18. Подготовка пациента к сдаче крови на общий анализ. Норма показателей

Оптимальным временем для исследования крови является утро, когда «просыпаются» все системы организма и активизируются обменные процессы.

Кровь для большинства исследований берут строго натощак, что означает наличие не менее 8 часов (а желательно – не менее 12) между последним приемом пищи и взятием крови. Сок, чай, кофе – тем более с сахаром – это тоже еда! Пить можно только воду, желательно – негазированную.

За 1–2 дня до исследования желательно исключить из рациона алкоголь (категорически!), жирное, жареное. Не менее 1 часа до сдачи крови необходимо воздержаться от курения.

Перед сдачей крови исключается физическое напряжение (бег, подъем по лестнице), эмоциональное возбуждение. 10–15 минут перед процедурой желательно отдохнуть и успокоиться. Не следует сдавать кровь сразу после рентгенологического и ультразвукового обследования, физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры, иглоукалывания (рефлексотерапии), массажа.

Желательно сдавать кровь до начала приема лекарственных препаратов или не ранее чем через 10–14 дней после их отмены. При приеме лекарств обязательно надо информировать об этом врача, назначавшего анализ!

Показатель	Норма
Эритроциты	муж. 4,0 - 5,1 $*10^{12}$ /л
	жен. 3,7 - 4,7 $*10^{12}$ /л
Гемоглобин (НВ)	муж. 130 - 160 г/л
	жен. 120 - 140 г/л
Цветовой показатель	0,85 - 1,05
Тромбоциты	180 - 320 $*10^{9}$ /л
Лейкоциты	4,0 - 9,0 $*10^{9}$ /л
Миелоциты	отсутствуют
Метамиелоциты	отсутствуют
Палочкоядерные	1 - 6 % (0,04-0,30 $*10^{9}$ /л)
Сегментоядерные	47 - 72% (2,0-5,5 $*10^{9}$ /л)
Эозинофилы	0 - 5 % (0,2-0,3 $*10^{9}$ /л)
Базофилы	0 - 1 % (0-0,065 $*10^{9}$ /л)
Лимфоциты	19 - 37 % (1,2-3,0 $*10^{9}$ /л)
Моноциты	3 - 11 % (0,09-0,6 $*10^{9}$ /л)
СОЭ	муж. 2 - 10 мм/ч
	жен. 3 - 15 мм/ч

19.Подготовка пациента к ФГДС

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. Подготовка пациента к холецистографии.

Целью холецистографии являются изучение формы, размеров, положения и сократимости желчного пузыря и обнаружение наличия камней. Целью подготовки к холецистографии являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания желчного пузыря.

Противопоказания. Наличие аллергии к йодсодержашим препаратам (выявляется по анамнезу и аппликационной пробе).

Оснащение. Рентгеноконтрастное йодсодержащее вещество: йопагност, билигност, холевид; желчегонный завтрак (два яичных желтка или 20 г сорбита).

Техника выполнения подготовки к холецистографии:

1. За 2 - 3 сут. до исследования пациента предупреждают об исключении из диеты продуктов, способствующих газообразованию: ржаного хлеба, бобовых, фруктов, молока.

2. Ужин накануне вечером должен быть не позднее 20.00.

3. За 12 ч до исследования в течение 1 ч пациенту дают 6 - 12 таблеток контрастного вещества (по 1-2 таблетки каждые 10 мин). Доза определяется исходя из расчета 1 г на 15 - 20 кг массы тела пациента.

4. Накануне вечером и за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму.

5. Вечером накануне пациента предупреждают, что исследование проводится натощак (в день исследования он также не должен пить, принимать лекарства, курить).

6. В день исследования утром историю болезни необходимо доставить в рентгенологический кабинет, пациенту указать место расположения кабинета и время исследования или проводить в кабинет.

7. Пациент принимает желчегонный завтрак по указанию врача-рентгенолога.

8. В отделении пациенту оставляют завтрак.

9. Историю болезни с результатом исследования возвращают в лечебное отделение.

21. Подкожная инъекция. Методика выполнения. 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.

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 движением

извлекают 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.

22. Проба мочи по Зимницкому. Цель исследования. Техника сбора, норма показателей

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

23. Проба Нечипоренко: цель исследования, методика выполнения, нормальные показатели

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.

24. Промывание желудка. Показания, противопоказания, методика выполнения.

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.

25. Расчет гепарина

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.

26. Расчет и набор 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 +2ºС до +8ºС. 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 36ºС.

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 45º – 90º.

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.

27. 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.

28. Сифонная клизма. Показания, противопоказания, методика выполнения.

Цель. Освобождение кишечника от каловых масс и газов.

Показания. Отсутствие эффекта от очистительной клизмы; удаление из кишечника продуктов усиленного брожения, гниения, слизи, ядов, попавших через рот, и ядовитых веществ, выделенных из организма через кишечную стенку; подозрение на кишечную непроходимость (отсутствие пузырьков газа в промывных водах подтверждает подозрение).

Противопоказания. Кишечные кровотечения; перфорация кишечника; травмы кишечника.

Оснащение. Клеенка; система, состоящая из толстой резиновой кишечной трубки, соединенной посредством контрольной стеклянной трубки с другой резиновой трубкой, длиной 1 м (на свободный конец резиновой трубки надета воронка емкостью 1 л); кипяченая вода (+38 °С) 10 л, т.е. ведро; таз; клеенчатый фартук; резиновые перчатки; ковш объемом 1 л; емкость с маркировкой «Для клизменных наконечников» с 3 % раствором хлорамина.

Техника выполнения. 1. К кушетке ставят таз, на кушетку стелят клеенку так, чтобы один ее конец свисал в таз.

2. Укладывают пациента на кушетку на левый бок с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.

3. Медицинская сестра надевает клеенчатый фартук.

4. Конец кишечной трубки смазывают вазелином и вводят в прямую кишку на глубину 30 — 40 см, соблюдая изгибы кишечника.

5. Воронку держат в наклонном положении немного выше уровня тела пациента, наполняют ее водой в количестве 1 л и поднимают выше уровня тела (до высоты 1 м).

6. Как только уровень убывающей воды достигает вершины конуса воронки, ее опускают над тазом, не переворачивая, и выжидают, пока вода с кишечным содержимым вернется к прежнему уровню воронки. При таком положении воронки хорошо видны пузырьки выходящего вместе с водой газа, движение которого можно наблюдать и в соединительной стеклянной трубке.

7. Содержимое воронки выливают в таз. Снова наполняют ее водой и повторяют промывание. При подозрении на кишечную непроходимость (если не было выделения газов) необходимо сообщить врачу.

8. Промывание проводят до тех пор, пока в ведре есть вода.

9. По окончании процедуры воронку снимают, а трубку оставляют на 10 — 20 мин в прямой кишке, опустив ее наружный конец в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов.

10. Систему и воронку сразу после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч и далее обрабатывают по ОСТ.

29. Техника взятия крови из вены с помощью вакуумной пробирки

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.

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

3. Наложить фиксирующую повязку.

4. Спросить пациента о самочувствии. Оказать помощь при необходимости.

5. Провести маркировку проб, подписать каждую пробирку.

6. Поместить пробы в контейнеры для транспортировки и отправить в лабораторию.

30. 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.

31. 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.

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. 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.

3.2. Задания к дифференцированному зачету по учебной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп Часть 3 Сестринский уход в педиатрии

Перечень тем, выносимых на дифференцированный зачет УП:

1. Сестринский процесс при болезнях новорожденных. Асфиксия.
2. Сестринский процесс при болезнях новорожденных. Родовые травмы,
3. Сестринский процесс при болезнях новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденных
4. Сестринский процесс при заболеваниях кожи.
5. Сестринский процесс при заболеваниях пупочной ранки, сепсисе.
6. Сестринский процесс при сепсисе у детей.
7. Сестринский процесс при врожденных и наследственных заболеваниях.
8. Сестринский процесс при острых расстройствах пищеварения и хронических расстройствах питания
9. Сестринский процесс при нарушении минерального обмена у детей. Рахит,
10. Сестринский процесс при нарушениях минерального обмена у детей. Спазмофилия.
11. Сестринский процесс при экссудативно-катаральных диатезах у детей.
12. Сестринский процесс при заболеваниях органов пищеварения у детей. Стоматиты.
13. Сестринский процесс при гельминтозах.
14. Сестринский процесс при аллергозах.
15. Сестринский процесс при бронхиальной астме у детей.
16. Сестринский процесс при заболеваниях органов дыхания у детей раннего возраста. Ринит. Назофарингит.
17. Сестринский процесс при заболеваниях органов дыхания у детей. Бронхиты.
18. Сестринский процесс при заболеваниях органов дыхания. Пневмонии.

19. Сестринский процесс при заболеваниях органов дыхания. Уход.
20. Сестринский процесс при заболеваниях органов кровообращения. Врожденные пороки у детей.
21. Сестринский процесс при ревматизме у детей.
22. Сестринский процесс при анемиях у детей.
23. Сестринский процесс при геморрагических диатезах, лейкозах у детей.
24. Сестринский процесс при заболеваниях почек и органов мочевыделения. Цистит, инфекция мочевыводящих путей.
25. Сестринский процесс при пиелонефрите.
26. Сестринский процесс при гломерулонефрите.
27. Сестринский процесс при заболеваниях эндокрийной системы, сахарном диабете.

Смотреть Приложение 2 (сборник задач) стр. 112

Перечень манипуляций, выносимых на дифференцированный зачет УП:

Подача кислорода детям	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Первичный туалет новорожденного	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Проведение гигиенической ванны	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Обработка пупочной ранки	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Лекарственная ванна	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Техника пеленания	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Проведение контрольного кормления	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Проведение контрольного взвешивания у ребенка	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Подсчет дыхательных движений у детей	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Исследование пульса у детей	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Измерение артериального давления	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Обработка волосистой части головы при гнейсе	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Взятие кала на яйца глистов	Сборник манипуляций по педиатрии

	Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Соскоб на энтеробиоз	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Обработка слизистой оболочки рта при стоматитах (при молочнице) у детей раннего возраста	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Обработка сосок и бутылок	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Кормление детей первого года из бутылочки	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Техника проведения термометрии	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Горчичные ножные ванны	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Согревающий компресс на ухо	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Туалет носа и закапывания капель в нос	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Туалет ушей и закапывание капель в ухо	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Введение лекарственной свечи в прямую кишку	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Техника разведения антибиотиков	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Техника выполнения внутримышечных инъекций	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Выполнение подкожных инъекций	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Измерение артериального давления	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Уход за внутривенным катетером	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Применение пузыря со льдом	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Исследование пульса у детей	Сборник манипуляций по педиатрии

	Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Измерение артериального давления	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Исследование мочи по Нечипоренко	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Исследование мочи по методу Зимницкого	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Сбор мочи с помощью мочеприемника	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Правила введения инсулина	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Обработка слизистой оболочке рта при ветряной оспе	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Постановка прививки против Кори	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Выполнение подкожных инъекций	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Взятие мазка на BL из зева и носа	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Прививка против коклюша, дифтерии, столбняка	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Введение противодифтерийной сыворотки	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Взятие материала на коклюш	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Исследование носоглоточной слизи на менингококк	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Прививка против эпидемического паротита	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Выполнение внутрикожных инъекций	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Сбор мокроты на ВК	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Проба Манту	Сборник манипуляций по педиатрии

	Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Вакцинация и ревакцинация БЦЖ	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Промывание желудка у детей	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Взятие кала на бактериологическое исследование	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Взятие кала на копрологию	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2
Проведение оральной регидратации	Сборник манипуляций по педиатрии Издательство «Лань», 2018. ISBN 978-5-8114-2719-2

Смотреть Приложение 3 (сборник манипуляций) стр.153

3.3. Задания к дифференцированному зачету по производственной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп Часть 2 Сестринский уход в терапии

Инструкция по выполнению работы

1. На выполнение дифференцированного зачета по производственной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп Часть 2 Сестринский уход в терапии отводится 20 минут, включая демонстрацию манипуляционной техники:

Часть А (устный ответ). Защита сестринской истории болезни.

Часть В (практическое задание). Практическое задание считается выполненным, если продемонстрированная манипуляционная техника соответствует заданному эталону (1 задание).

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

Перечень манипуляций для выполнения Части В дифференцированного зачета по производственной практике:

1. Применение ингалятора при приступе бронхиальной астмы. Показания, противопоказания.
2. Техника постановки сифонной клизмы. Показания, противопоказания.
3. Применение пузыря со льдом при прободении язвы желудка и 12 п. к. Показания противопоказания.

4. Применение грелки у больного с почечной коликой. Показания и противопоказания.

5. Постановка согревающего компресса при ревматоидном артрите. Показания, противопоказания.

6.Расчет иразведение антибиотиков.

7. Расчет инсулина и правила его введения при сахарном диабете.

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

9. Техника постановки внутривенной инъекции. Возможные осложнения

10. Техника подкожной инъекции. Возможные осложнения

11. Техника постановки системы для внутривенного капельного вливания.

12. Правила постановки мягкого катетера. Показания и противопоказания.

13. Техника постановки газоотводной трубки.

14.Техника постановки очистительной клизмы больному при подготовке к ректороманоскопии.

15. Подготовка пациента к фиброгастродуоденоскопии, клоноскопии, ректораманоскопии.

16. Подготовить пациента к рентгенологическим методам исследования (рентгеноскопия желудка и кишечника, холецистография).

17. Подготовить больного к дуоденальному зондированию.Техника проведения. Показания, противопоказания.

18. Техника промывания желудка больному с острым гастритом, взять промывные воды на исследование.

19. Техника проведения тюбажа при холецистите. Показания**.**

20. Правила приема нитроглицерина при стенокардии.

21. Расчет гепарина. Правила применения.

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

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

24. Проведение оксигенотерапии. Показания.

25. Функции медицинской сестры при абдоминальной пункции.

26. Функции медицинской сестры при плевральной пункции. Показания.

27. Подготовить больного к желудочному зондированию.Техника проведения.

28. Техника взятия крови из вены.

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

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

31. Техника и правила измерения АД

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 медицинской сестры 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. Масляная я клизма. Показания, противопоказания, методика выполнения.

Эталоны ответов практического задания части В

1. 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.

2. Техника постановки сифонной клизмы. Показания, противопоказания.

Постановка сифонной клизмы.

Цель. Освобождение кишечника от каловых масс и газов.

Показания. Отсутствие эффекта от очистительной клизмы; удаление из кишечника продуктов усиленного брожения, гниения, слизи, ядов, попавших через рот, и ядовитых веществ, выделенных из организма через кишечную стенку; подозрение на кишечную непроходимость (отсутствие пузырьков газа в промывных водах подтверждает подозрение).

Противопоказания. Кишечные кровотечения; перфорация кишечника; травмы кишечника.

Оснащение. Клеенка; система, состоящая из толстой резиновой кишечной трубки, соединенной посредством контрольной стеклянной трубки с другой резиновой трубкой, длиной 1 м (на свободный конец резиновой трубки надета воронка емкостью 1 л); кипяченая вода (+38 °С) 10 л, т.е. ведро; таз; клеенчатый фартук; резиновые перчатки; ковш объемом 1 л; емкость с маркировкой «Для клизменных наконечников» с 3 % раствором хлорамина.

Техника выполнения. 1. К кушетке ставят таз, на кушетку стелят клеенку так, чтобы один ее конец свисал в таз.

2. Укладывают пациента на кушетку на левый бок с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.

3. Медицинская сестра надевает клеенчатый фартук.

4. Конец кишечной трубки смазывают вазелином и вводят в прямую кишку на глубину 30 — 40 см, соблюдая изгибы кишечника.

5. Воронку держат в наклонном положении немного выше уровня тела пациента, наполняют ее водой в количестве 1 л и поднимают выше уровня тела (до высоты 1 м).

6. Как только уровень убывающей воды достигает вершины конуса воронки, ее опускают над тазом, не переворачивая, и выжидают, пока вода с кишечным содержимым вернется к прежнему уровню воронки. При таком положении воронки хорошо видны пузырьки выходящего вместе с водой газа, движение которого можно наблюдать и в соединительной стеклянной трубке.

7. Содержимое воронки выливают в таз. Снова наполняют ее водой и повторяют промывание. При подозрении на кишечную непроходимость (если не было выделения газов) необходимо сообщить врачу.

8. Промывание проводят до тех пор, пока в ведре есть вода.

9. По окончании процедуры воронку снимают, а трубку оставляют на 10 — 20 мин в прямой кишке, опустив ее наружный конец в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов.

10. Систему и воронку сразу после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч и далее обрабатывают по ОСТ.

3. 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.

4. Применение грелки у больного с почечной коликой. Показания и противопоказания.

Грелку относят к сухим тепловым процедурам; она оказывает местное согревающее воздействие. Грелку применяют как болеутоляющее и спазмолитическое средство. При частом и продолжительном использовании грелки кожные покровы больного для предупреждения ожога и гиперпигментации предварительно смазывают вазелином.

Показания: воспалительные инфильтраты, невриты, невралгии.

Противопоказания: острая боль в животе неясного происхождения, острые процессы в брюшной полости (аппендицит, панкреатит, холецистит и др.), злокачественные новообразования, первые сутки после травмы, кровотечения, инфицированная рана, повреждение кожных покровов, бессознательное состояние.

1. Смазать кожные покровы соответствующего участка тела вазелином (для профилактики ожога и гиперпигментации). 2. Наполнить грелку на 2/3 горячей водой. 3. Осторожно вытеснить из грелки воздух, сжав её руками по направлению к горловине. 4. Плотно закрыть грелку пробкой (крышкой). 5. Проверить грелку на герметичность, перевернув её. 6. Обернуть грелку полотенцем и приложить к соответствующему участку тела.

5. Постановка согревающего компресса при ревматоидном артрите. Показания, противопоказания. Согревающий компресс

Показания и противопоказания для согревающего компресса

Чаще всего компрессы ставят при следующих проблемах:

- воспалительные процессы в зеве и гортани;
- бронхит;
- кашель;

- воспаление среднего уха;
- воспалительные процессы кожи и суставов.

При этом существует ряд противопоказаний при которых следует избегать или временно отложить использование согревающего компресса:

- острые воспалительные процессы кожи;
- кожные заболевания;
- гнойные воспаления;
- склонность к кровотечению;
- повышенная температура.

Цель применения: рассасывающий, болеутоляющий эффект, снятие мышечного спазма.

Механизм действия: длительное расширение кровеносных сосудов, это увеличивает кровенаполнение кожи, глублежащих тканей, органов и приводит к уменьшению венозного застоя, воспалительной инфильтрации, отечности тканей.

Оснащение: многослойная салфетка, компрессная бумага, лоток с препаратом (этиловый спирт 40 – 45%, вода комнатной температуры – 20 -24градусов), бинт, контейнер с дезсреством. Каждый последующий слой больше предыдущего по периметру на 1 – 2 см.

Последовательность действий:

1. Вымыть и осушить руки;
2. Смочить салфетку, отжать;
3. Приложить на необходимый участок тела;
4. Изолировать компрессной бумагой;
5. Обеспечить и сохранить тепло слоем ваты;
6. Зафиксировать повязку бинтом плотно к телу;
7. Вымыть и осушить руки;
8. Проверить влажность салфетки через 30 – 40 минут.
9. Обеспечить экспозиционную выдержку: спиртового компресса 4 – 6 часов, водного 8 – 10 часов;
10. Снять повязку.

6. 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.

7. 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 +2ºС до +8ºС. 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 36ºС.

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 45º – 90º.

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.

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 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 движением извлекают 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.

11. 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.

12. Правила постановки мягкого катетера. Показания и противопоказания.

Катетеризация у женщин. Катетеризацией называется введение катетера в мочевой пузырь. Для нее можно использовать катетеры многократного (из резины и металла) и однократного применения (из полимерных материалов), имеющие различный диаметр просвета.

Цель. Опорожнение мочевого пузыря; введение лекарственных веществ в мочевой пузырь.

Показания. Острая и хроническая задержка мочи; получение мочи для исследования по специальному назначению врача; местное лечение заболеваний мочевого пузыря.

Противопоказания. Травмы мочевого пузыря; острое воспаление мочевого пузыря или мочеиспускательного канала.

Оснащение. Стерильные мягкий катетер — 2 шт. разного диаметра, ватные шарики — 2 шт., марлевые салфетки — 2 шт., глицерин, шприц Жане, лоток, пеленка; емкость для мочи (если моча берется для исследования на стерильность, то посуду для сбора получают в бактериологической лаборатории (стерильную)); раствор фурацилина 1:5 000 — 700—1 500 мл; 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина; резиновые перчатки (стерильные); набор для подмывания; водяная баня для подогрева фурацилина; емкость с маркировкой «Для катетеров» с 3 % раствором хлорамина.

Техника выполнения. 1. Обрабатывают руки 0,5 % раствором хлоргексидина, готовят стерильный лоток. Достают из бикса и кладут на лоток стерильные катетеры.

Закругленный конец катетера поливают стерильным глицерином. Два стерильных ватных шарика смачивают раствором фурацилина, кладут на лоток. Также на лоток кладут две стерильные салфетки и пинцет. В шприц Жане набирают 100—150 мл подогретого на водяной бане до 37 — 38 °С раствора фурацилина, кладут его на лоток.

2. Подмывают пациентку, убирают судно.

3. Между разведенными и согнутыми в коленях ногами пациентки ставят чистое сухое судно или другую емкость для мочи.

4. Надевают перчатки.

5. Встав справа от пациентки, кладут ей на лобок развернутую стерильную марлевую салфетку. Пальцами левой руки разводят половые губы и ватным шариком, взятым правой рукой пинцетоми смоченным фурацилином, обрабатывают наружное отверстие уретры. Затем пинцетом, взяв его как писчее перо, берут катетер на расстоянии 4 — 5 см от его тупого конца, а свободный конец поддерживают между IV и V пальцами. Тупой конец катетера вращательными движениями медленно вводят в уретру на глубину 4 — 5 см, а свободный конец опускают в емкость для мочи. Выделение мочи свидетельствует о том, что катетер находится в мочевом пузыре.

6. После прекращения выделения мочи катетер соединяют со шприцем Жане, наполненным фурацилином, подогретым на водяной бане до +38 °С.

7. Медленно вводят раствор в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в судно, выводят его из мочевого пузыря. -

8. Повторяют промывание до тех пор, пока промывная жидкость не будет чистой.

9. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

10. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры шариком, смоченным раствором фурацилина, салфеткой убирают остатки влаги с промежности.

11. Катетер сразу же после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч, затем обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.

Примечания. Медицинская сестра имеет право выполнять катетеризацию только мягким катетером и только по назначению врача. При проведении катетеризации мочевого пузыря возможны осложнения: занесение инфекции в мочевой пузырь; повреждение слизистой оболочки уретры и мочевого пузыря; уретральная лихорадка.

Катетеризация у мужчин. *Цель.* Освобождение мочевого пузыря; введение лекарственного средства; промывание мочевого пузыря.

Показания. Острая и хроническая задержка мочи; получение мочи для исследования; местное лечение заболеваний мочевого пузыря.

Противопоказания. Травмы мочевого пузыря; острое воспаление мочевого пузыря и мочеиспускательного канала (уретры).

Оснащение. Стерильные мягкие катетеры разного диаметра — 2 шт.; ватные шарики — 2 шт.; марлевые салфетки — 2 шт.; глицерин; шприц Жане; лоток; пеленка; резиновые перчатки; емкость для мочи (если мочу берут для исследования на стерильность, то посуда должна быть стерильной); пинцет; 700— 1 500 мл раствора фурацилина 1:5 000; 0,5 % спиртовой раствор хлоргексидина; набор для подмывания; водяная баня для подогрева фурацилина; емкость с 3 % раствором хлорамина, промаркированная надписью «Для дезинфекции катетеров».

Техника выполнения. 1. Моют руки. Обрабатывают их 0,5 % раствором хлоргексидина.

2. Кладут на стерильный лоток два стерильных катетера, закругленные концы которых смазывают стерильным глицерином, два стерильных ватных шарика, смоченных фурацилином, две стерильные салфетки, пинцет, шприц Жане с раствором фурацилина, подогретым на водяной бане до +37...+38°С.

3. Подмывают пациента. Между его ногами ставят емкость для мочи.

4. Надевают стерильные перчатки и встают справа от пациента.

5. Стерильной салфеткой оборачивают половой член ниже головки.

6. Берут половой член между IIIи IV пальцами левой руки, слегка сдавливают головку, а I и II пальцами слегка отодвигают крайнюю плоть.

7. Правой рукой берут ватный шарик, смоченный фурацилином, и обрабатывают головку полового члена движениями от отверстия уретры к периферии.

8. В наружное отверстие уретры вливают одну-две капли стерильного глицерина.

9. В правую руку берут стерильный пинцет.

10. Стерильным пинцетом берут катетер на расстоянии 5 —6 см от закругленного конца, а свободный конец захватывают между IV и V пальцами.

11. Вводят катетер пинцетом на 4 —5 см, удерживая его I и IIпальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.

12. Перехватывают катетер пинцетом и медленно вводят его еще на 5 см. Одновременно левой рукой натягивают половой член на катетер, что способствует его лучшему продвижению по уретре.

13. Как только катетер достигнет мочевого пузыря, появляется моча, и свободный конец катетера следует опустить в емкость для мочи.

14. После прекращения выделения мочи катетер соединяют с шприцем Жане, наполненным фурацилином, и медленно вводят 100—150 мл раствора в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в лоток, удаляют содержимое.

15. Промывание повторяют до тех пор, пока из мочевого пузыря не будет выделяться прозрачная жидкость.

16. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

17. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры ватным шариком, смоченным фурацилином.

Примечания. Перед проведением вмешательства необходимо установить доверительные отношения с пациентом. Необходимо сохранять стерильность катетера на 20 см от закругленного конца. Медицинская сестра имеет право выполнять катетеризацию только мягким катетером и только по назначению врача. При проведении катетеризации могут возникнуть осложнения.

13. Техника постановки газоотводной трубки

Цель. Выведение газов из кишечника.

Показания. Метеоризм.

Противопоказания. Кишечное кровотечение; кровоточащая опухоль прямой кишки; острое воспаление анального отверстия.

Оснащение. Стерильная газоотводная трубка, соединенная посредством контрольного стекла с резиновой трубкой длиной 30 — 50 см; вазелин; судно с небольшим количеством воды; клеенка; пеленка; резиновые перчатки; марлевая салфетка; мазь цинковая; емкость с маркировкой «Для клизменных наконечников» с 3 % раствором хлорамина.

Техника выполнения. 1. Под пациента подстилают клеенку и пеленку.

2. Укладывают пациента на левый бок с согнутыми в коленях и подтянутыми к животу ногами. Если пациент не может повернуться на бок, то он остается лежать на спине, ноги согнуты в коленях и разведены.

3. Смазывают закругленный конец газоотводной трубки вазелином.

4. Надев резиновые перчатки, раздвигают левой рукой ягодицы, а правой, взяв трубку марлевой салфеткой, вводят ее вращательными движениями, соблюдая все изгибы прямой кишки, на глубину 20 — 25 см. Наружный конец резиновой трубки — удлинителя опускают в судно с водой, поставленное на постели или, еще лучше, у постели пациента на табурет.

5. Через 1,0— 1,5 ч трубку следует извлечь, даже если не наступило облегчение, во избежание образования пролежней на стенке прямой кишки.

6. После извлечения газоотводной трубки пациента следует подмыть. В случае покраснения анального отверстия его смазывают подсушивающей мазью, например цинковой.

7. Систему после использования сразу же замачивают в 3 % растворе хлорамина, далее обрабатывают по ОСТ.

Примечания. В течение суток трубку можно вводить 2 — 3 раза. Если вода в судне пузырится, значит, газы отходят. Если облегчения после газоотводной трубки не наступило, то по назначению врача следует поставить очистительную клизму.

14.Техника постановки очистительной клизмы больному при подготовке к ректороманоскопии.

Цель. Освобождение кишечника от каловых масс и газов.

Показания. Запор (задержка стула более 48 ч); подготовка к операциям, родам; подготовка к рентгенологическому исследованию ЖКТ, пояснично-крестцового отдела позвоночника, костей таза, органов малого таза, органов мочевыделения; отравления; перед постановкой лекарственных и питательных клизм.

Противопоказания. Кровоточащий геморрой; острые воспалительные заболевания прямой кишки и анального отверстия; выпадение прямой кишки; желудочные и кишечные кровотечения; опухоли прямой кишки.

Оснащение. Кружка Эсмарха с резиновой трубкой; штатив для подвешивания кружки Эсмарха; стерильный наконечник из пластмассы или эбонита; зажим; подкладная клеенка, судно; вазелин; резиновые перчатки; кипяченая вода 1,5 — 2,0 л комнатной температуры; термометр для воды; емкость с маркировкой «для использованных наконечников» с 3 % раствором хлорамина; кушетка; таз.

Техника выполнения. 1. В кружку Эсмарха наливают 1,5 — 2,0 л воды комнатной температуры (18 — 22 °С), выпускают воздух из системы, накладывают зажим. Кружку вешают на штатив на высоте **1,0—1,5** м над кушеткой.

2. Надевают наконечник на свободный конец резиновой трубки, смазывают его вазелином.

3. На кушетку стелят клеенку.

4. Пациенту предлагают лечь на левый бок, просят согнуть ноги в коленях и тазобедренных суставах.

5. Надевают перчатки, раздвигают левой рукой ягодицы, осматривают анальное отверстие и осторожно вводят наконечник в прямую кишку легкими вращательными движениями на глубину 3 — 4 см в направлении к пупку, а затем до 8— 10 см параллельно копчику.

6. Снимают зажим на резиновой трубке и медленно вливают в просвет прямой кишки 1—2 л воды.

7. Чтобы в кишечник не попал воздух, необходимо оставить на дне кружки небольшое количество воды.

8. Перед извлечением наконечника на трубку накладывают зажим.

9. Вращательными движениями осторожно извлекают наконечник в обратной последовательности (сначала параллельно копчику, а затем от пупка).

10. Пациенту рекомендуют задержать воду на 10—15 мин. Для этого ему предлагают лечь на спину и глубоко дышать.

11. Использованные наконечники замачивают в 3% растворе хлорамина на 1 ч, затем по ОСТ 42-21-2-85 проводят предстерилизационную очистку, стерилизацию.

15. Подготовка 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).

16. Подготовить пациента к рентгенологическим методам исследования (рентгеноскопия желудка и ирригоскопия, холецистография).

Подготовка к рентгенографии желудка

Показания:

1. Подозрения у пациента язвы желудка.
2. Предрасположенность к образованию доброкачественных и злокачественных опухолей.
3. Пороки развития желудка и пищевода.
4. Деформации стенок желудка, такие как выпячивания его стенок в виде мешка.
5. Воспалительные заболевания желудка.
6. Жалобы пациента на такие симптомы, как боли в районе пупа, кровь в кале, отрыжка, изжога, нарушение глотательного рефлекса, анемия и потеря веса.

Противопоказания:

1. Очень тяжелое состояние пациента.

2. Первый триместр беременности. Во втором и третьем триместре рентгеновское исследование проводится только с согласованием врача-гинеколога.

3. Желудочное и пищеводное кровотечение, которое не прекращается.

Но все противопоказания, кроме кровотечения, которое не останавливается, являются относительными. К тому же от рентгенографии можно отказаться, если возможно получить необходимую информацию, прибегнув к более щадящему исследованию, например, фиброгастроскопии.

Пациентам с нормальной функцией кишечника и желудка могут особо не готовиться к процедуре. Но единственным условием, которое следует соблюсти до процедуры, это **отказаться от приема пищи как минимум за 7 часов** до ее проведения.

Но людям, у которых есть хоть какие-то патологии кишечника или желудка, а так же пожилым людям, следует за несколько дней до процедуры начать придерживаться определенной диеты. Такая диета применяется для снижения газообразования. Следует исключить из рациона сдобу и сладости, молочные продукты, капусту и газированную воду. Рацион должен состоять из нежирного мяса, яиц, рыбы и каш на воде. Если у пациента запор, то в день исследование следует сделать клизму, а иногда – промывание желудка.

Методика обследования

В самом начале следует сделать обзорную рентгенограмму органов пищеварение. Это помогает оценить их состояние и наличие грубых патологий. После этого пациенту дается принять контраст и проводится серия снимков пищеварительной системы в разных проекциях, например, стоя, на спине, на животе.

Подготовка к ирригоскопии. *Цель.* При заполнении толстого кишечника бариевой солью посредством клизмы можно выявить наличие спаек, характер рельефа слизистой, кровообращение. Целями подготовки являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания толстого кишечника. .

Противопоказания. Заболевания прямой кишки и ее сфинктера (воспаление, опухоль, свищ, трещина).

Техника выполнения.

1. За 2 — 3 сут. до исследований из питания пациента исключают продукты, вызывающие газообразование: черный хлеб, молоко, капусту, бобовые, яблоки, виноград и др.

2. При упорном метеоризме пациенту дают 3 раза в сутки настой ромашки по '/з стакана или по 2 — 3 таблетки карболена по назначению врача.

3. Накануне вечером пациенту ставят две очистительные клизмы с интервалом 1 ч.,

4. Утром пациенту ставят две очистительные клизмы за 3 и 2 ч до исследования.

5. За 1 ч до исследования пациенту ставят газоотводную трубку на 10— 15 мин.

6. Историю болезни к началу рабочего дня доставляют в рентгенологический кабинет.

7. Пациента информируют о месторасположении кабинета и времени проведения исследования или провожают в кабинет.

8. Бариевую взвесь вводят сотрудники рентгенологического кабинета.

9. Для пациента в отделении оставляют завтрак (предупреждают об этом раздатчицу).

10. Историю болезни с результатами исследования возвращают в отделение.

Подготовка к холецистографии.

Целью холецистографии являются изучение формы, размеров, положения и сократимости желчного пузыря и обнаружение наличия камней. Целью подготовки к холецистографии являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания желчного пузыря.

Противопоказания. Наличие аллергии к йодсодержашим препаратам (выявляется по анамнезу и аппликационной пробе).

Оснащение. Рентгеноконтрастное йодсодержащее вещество: йопагност, билигност, холевид; желчегонный завтрак (два яичных желтка или 20 г сорбита).

Техника выполнения подготовки к холецистографии:

1. За 2 - 3 сут. до исследования пациента предупреждают об исключении из диеты продуктов, способствующих газообразованию: ржаного хлеба, бобовых, фруктов, молока.

2. Ужин накануне вечером должен быть не позднее 20.00.

3. За 12 ч до исследования в течение 1 ч пациенту дают 6 - 12 таблеток контрастного вещества (по 1-2 таблетки каждые 10 мин). Доза определяется исходя из расчета 1 г на 15 - 20 кг массы тела пациента.

4. Накануне вечером и за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму.

5. Вечером накануне пациента предупреждают, что исследование проводится натощак (в день исследования он также не должен пить, принимать лекарства, курить).

6. В день исследования утром историю болезни необходимо доставить в рентгенологический кабинет, пациенту указать место расположения кабинета и время исследования или проводить в кабинет.

7. Пациент принимает желчегонный завтрак по указанию врача-рентгенолога.

8. В отделении пациенту оставляют завтрак.

9. Историю болезни с результатом исследования возвращают в лечебное отделение.

17. Подготовить больного к дуоденальному зондированию. Техника проведения. Показания, противопоказания.

Дуоденальное зондирование

Цель. Получение дуоденального содержимого для лабораторного исследования.

Показания. Заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей.

Противопоказания. Острый холецистит; обострение хронического холецистита; варикозное расширение вен пищевода; коронарная недостаточность.

Оснащение. Стерильный дуоденальный зонд с оливой на конце; стерильный шприц емкостью 20 мл; мягкий валик; теплая грелка; полотенце; лоток; 50 мл 25 % раствора магния сульфата подогретого до +40...+42 °С; штатив с лабораторными пробирками (не менее трех пробирок, на каждой пробирке указывают порцию желчи А, В, С); направление в лабораторию; чистая сухая баночка; жесткий топчан без подушки; скамеечка; комплект белья; стакан с кипяченой водой (раствором калия перманганата розового цвета, 2 % раствором натрия гидрокарбоната или слабосолевым раствором).

Техника выполнения.

1. Объясняют пациенту необходимость процедуры и ее последовательность.

2. Накануне вечером предупреждают, что предстоящее исследование проводится натощак, а ужин перед исследованием должен быть не позднее 18.00.

3. Приглашают пациента в зондажный кабинет, удобно усаживают на стул со спинкой, слегка наклоняют его голову вперед.

4. На шею и грудь пациента кладут полотенце, просят его снять зубные протезы, если они есть. Дают в руки лоток для слюны.

5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой конец зонда с оливой. Берут его правой рукой на расстоянии 10— 15 см от оливы, а левой рукой поддерживают свободный конец.

6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут оливу на корень языка и просят сделать глотательное движение. Во время проглатывания продвигают зонд в пищевод.

7. Просят пациента глубоко подышать носом. Свободное глубокое дыхание подтверждает нахождение зонда в пищеводе и снимает рвотный рефлекс от раздражения задней стенки глотки зондом.

8. При каждом глотании пациента зонд вводят глубже до четвертой отметки, а затем еще на 10— 15 см для продвижения зонда внутри желудка.

9. Присоединяют к зонду шприц и тянут поршень на себя. Если в шприц поступает мутноватая жидкость, значит зонд находится в желудке.

10. Предлагают пациенту проглотить зонд до седьмой отметки. Если позволяет его состояние, лучше это сделать во время медленной ходьбы.

11. Пациента укладывают на топчан на правый бок. Под таз подкладывают мягкий валик, а под правое подреберье — теплую грелку. В таком положении облегчается продвижение оливы к привратнику.

12. В положении лежа на правом боку пациенту предлагают проглотить зонд до девятой отметки. Зонд продвигается в двенадцатиперстную кишку.

13. Свободный конец зонда опускают в баночку. Баночку и штатив с пробирками ставят на низкую скамеечку у изголовья пациента.

14. Как только из зонда в баночку начинает поступать желтая прозрачная жидкость, свободный конец зонда опускают в пробирку А (дуоденальная желчь порции А имеет светло-желтую желчи А, В, С);

Фракционное дуоденальное зондирование состоит из пяти фаз или этапов. На первой фазе получают первую порцию желчи из общего желчного протока — прозрачную светло-желтую желчь. Длится фаза 20 мин. Обычно за это время выделяется 15 — 40 мл желчи. Получение более 45 мл свидетельствует о гиперсекреции или расширении общего желчного протока. Меньшее количество желчи означает гипосекрецию желчи или уменьшение емкости общего желчного протока.

Через 20 мин от начала получения желчи вводят раздражитель — 25 % раствор магния сульфата, подогретый до +40...+42 "С. В конце первой фазы на зонд накладывают зажим.

В начале второй фазы снимают зажим, опускают свободный конец зонда в баночку и ждут начала поступления желчи. В норме фаза длится 2 — 6 мин. Удлинение фазы свидетельствует о гипертонусе общего желчного протока или наличии препятствия в нем.

Третья фаза — это время до появления пузырной желчи. В норме она длится 2 — 4 мин. За это время выделяется 3 — 5 мл желчи светло-желтого цвета — остаток желчи из общего желчного протока. Удлинение фазы свидетельствует о повышении тонуса сфинктера. Желчь, получаемая в течение первой и третьей фаз, составляет порцию А классического дуоденального зондирования.

Четвертая фаза — это регистрация продолжительности опорожнения желчного пузыря и объема пузырной желчи. В норме за 30 мин выделяется 30 — 70 мл желчи темно-оливкового цвета — это классическая порция В. Скорость выделения пузырной желчи составляет 2 — 4 мл/мин. Скорость выделения пузырной желчи в течение 10 мин менее этого показателя характерна для гипомоторной функции желчного пузыря, а более — для гипермоторной функции.

Пятая фаза — получение печеночной желчи (порции С). В норме за 20 мин выделяется 15 — 30 мл желчи золотистого цвета (печеночной желчи).

Примечания. В отделении пациенту должен быть оставлен завтрак (постовой медицинской сестре следует заранее сообщить на раздаток номер диеты и количество порций).

18. Техника промывания желудка больному с острым гастритом, взять промывные воды на исследование.

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 бак. лаборатории.
- 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. 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.

20. 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.

21. 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.

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. 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 лечении.

24. 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.

25.Функции медицинской сестры при абдоминальной пункции.

Абдоминальная пункция (парацентез или лапароцентез) — это прокол брюшной стенки с лечебной или диагностической целью.

Цель. Выведение асцитической жидкости с лечебной или диагностической целью.

Показании. Асцит.

Противопоказания. Тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, легких; тяжелые формы анемии.

Оснащение. Троакар для прокола диаметром 3 — 4 мм с остроконечным мандреной (стилетом); дренажная трубка длиной до 1 м; зажим; шприц емкостью 5—10 мл; 0,5% раствор новокаина стерильный; емкость для асцитической жидкости (таз или ведро); стерильные пробирки, перчатки; стерильные пинцет; иглы, с шовным материалом; скальпель; лейкопластырь; широкое длинное полотенце.

Техника выполнения.

1. Врач и медицинская сестра обрабатывают руки, как перед операцией, надевают перчатки.

2. Накануне пациента предупреждают, что манипуляция выполняется утром натощак после опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

3. За 20 — 30 мин до прокола проводят премедикацию (1 мл 2 % раствора промедола и 0,1 % раствора атропина подкожно).

4. Пациента приглашают в процедурный кабинет и усаживают на стул со спинкой или укладывают на кушетку на правый бок (в тяжелых случаях прокол выполняют в палате).

5. Дезинфицируют место пункции.

6. Проводят инфильтрационную анестезию в месте прокола.

7. Делают прокол троакаром (не извлекая мандрена!). Иногда в месте прокола сначала делают точечный разрез скальпелем.

8. Извлекают мандрен, соединяют троакар с резиновой трубкой, подставляют под нее таз, снимают зажим. Выпускают жидкость медленно — 1 л за 5 мин. Для регуляции скорости выделения жидкости на трубку накладывают зажим. Живот во время выведения жидкости ниже места прокола стягивают полотенцем.

9. После удаления жидкости на кожу в месте прокола накладывают швы, асептическую давящую повязку. Прикладывают пузырь со льдом. Назначают строгий постельный режим.

Примечания. Лапароцентез — врачебная манипуляция. Для профилактики септических осложнений соблюдают все правила асептики.

При сосудистой недостаточности вводят сосудистые средства по назначению врача.

26. Функции медицинской сестры при плевральной пункции. Показания. Участие медицинской сестры в плевральной пункции.

Цель. Получение плевральной жидкости с лечебной или диагностической целью.

Показания. Скопление жидкости в плевральной полости.

Противопоказания. Тяжелое общее состояние пациента; повышенная кровоточивость; поражения кожи в месте прокола (пиодермия, опоясывающий лишай).

Оснащение. Стерильная игла длиной 7— 10 см среднего диаметра с острым срезом; стерильная резиновая трубка длиной 20 см; стерильные шприцы емкостью 2; 5; 10; 20 мл и несколько инъекционных игл; кровоостанавливающий зажим; стерильный 0,5% раствор новокаина; чистые сухие пробирки — 2 — 3 шт.; спирт; йод; хлоргексидин; лоток со стерильной пеленкой для стерильных инструментов; бикс со стерильным перевязочным материалом; стерильный пинцет; мерный сосуд для плевральной жидкости.

Техника выполнения. 1. Готовят все необходимое для простейшей обработки рук врача антисептиком.

2. Дополнительно обработав руки, готовят все необходимое для выполнения манипуляции на стерильной пеленке на лотке.

3. Пациента усаживают на стул лицом к спинке, а спиной к источнику света. Туловище пациента слегка наклоняют в здоровую сторону. Руку на стороне пункции кладут на голову или здоровое плечо пациента. В таком положении расширяются межреберные промежутки, что облегчает процедуру и уменьшает возможность осложнений.

4. Место пункции перкуторно и рентгенологически определяет врач. Чаще всего это седьмое-восьмое межреберье по среднелопа-точной линии.

5. Место пункции обрабатывают спиртом дважды: сначала большую площадь, затем меньшую. Если у пациента отсутствует непереносимость йода, второй раз можно обработать им.

6. Врач выполняет послойную анестезию 0,5 % раствором новокаина. Для этого ему подают ему шприц емкостью 10 мл с новокаином.

7. Иглой, прочно соединенной с резиновой трубкой, на свободный конец которой наложен зажим и надета канюля для шприца, врач выполняет прокол по верхнему краю нижележащего ребра, чтобы не повредить сосуды и нервы, проходящие в межреберье.

8. При попадании иглы в плевральную полость появляется ощущение попадания в пустоту, так как прекращается сопротивление тканей.

9. К канюле в резиновой трубке прочно подсоединяют шприц емкостью 20 мл.

10. Осторожно снимают зажим, а врач, потягивая поршень шприца на себя, насасывает жидкость.

11. После набирания врачом достаточного количества жидкости в шприц накладывают зажим, а врач, убедившись, что зажим наложен, снимает шприц с трубки и переливает его содержимое в приготовленную пробирку для исследования.

12. Продолжают набирать жидкость в шприц до получения необходимого количества. Количество извлеченной жидкости может достигнуть 1,5 л. Ее переливают из шприца в мерную емкость.

13. По окончании процедуры накладывают зажим. К месту прокола прикладывают стерильный ватный шарик, смоченный спиртом, извлекают иглу.

14. На место прокола накладывают сухую стерильную клеоловую или пластырную повязку.

15. Пациента на каталке доставляют в палату, так как процедура выполняется, как правило, в процедурном кабинете.

Примечания. При обмороке пациенту дают для вдыхания раствор аммиака. При резкой сосудистой недостаточности вводят сосудистые средства по назначению врача. Для этого готовят шприцы емкостью 2 и 5 мл.

Для отсасывания жидкости из плевральной полости можно использовать плевроаспиратор или электроотсос, соединяя их с резиновой трубкой.

27. Подготовить больного к желудочному зондированию. Техника проведения.

Цель. Получение желудочного сока для оценки секреторной функции желудка.

Показания. Заболевания желудка.

Противопоказания. Желудочное кровотечение; варикозное расширение вен пищевода; острые воспалительные заболевания пищевода и желудка; гипертоническая болезнь; стенокардия; затруднение дыхания через нос.

Оснащение. Стерильный тонкий желудочный зонд; шприц емкостью 20 мл; полотенце; чистый почкообразный тазик; семь пробирок большой емкости или чистых сухих баночек с направлениями на каждой; пробный завтрак (200 мл 7 % отвара сухой капусты, мясного бульона или 5 % алкоголя); стакан с кипяченой водой.

Техника выполнения.

1. Накануне вечером пациенту сообщают о предстоящей процедуре и предупреждают, чтобы ужин был не позднее 18.00. Утром в день исследования ему нельзя пить, есть, принимать лекарства и курить.

2. Утром пациента приглашают в процедурный или зондажный кабинет, усаживают на стул со спинкой, слегка наклонив ему голову вперед.

3. На шею и грудь пациента кладут полотенце. Его просят снять зубные протезы, если они есть. В руки дают лоток для слюны.

4. Моют руки с мылом, дважды их намыливая.

5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой его закругленный конец. Зонд берут правой рукой на расстоянии 10—15 см от закругленного конца, а левой поддерживают свободный конец.

6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут конец зонда на корень языка и просят пациента глотнуть. Во время глотания быстро продвигают зонд в глотку.

7. Просят пациента подышать носом. Если дыхание свободное, значит зонд находится в пищеводе.

8. При каждом глотании зонд вводят в желудок все глубже до нужной отметки.

9. Присоединяют к свободному концу зонда шприц и извлекают содержимое желудка в течение 5 мин (первая порция).

10. Извлекают из шприца поршень, соединяют цилиндр шприца с зондом и, используя его как воронку, вводят в желудок 200 мл подогретого до +38 °С пробного завтрака. Затем на зонд кладут зажим или завязывают узлом его свободный конец на 10 мин.

11. Через 10 мин извлекают с помощью шприца 10 мл желудочного содержимого (вторая порция). Накладывают зажим на 15 мин.

12. Через 15 мин извлекают все содержимое желудка (третья порция).

13. Через каждые 15 мин в течение 1 ч извлекают все образовавшееся за это время содержимое желудка (четвертая, пятая, шестая и седьмая порции).

14. Осторожно извлекают зонд. Дают пациенту прополоскать рот кипяченой водой. Отводят его в палату, обеспечивают покой, дают завтрак.

15. Все семь порций желудочного сока отправляют в лабораторию, четко указав на направлении номер порции.

16. Результаты исследования подклеивают в историю болезни.

17. После исследования зонд необходимо обработать в три этапа по ОСТ 42-21-2-85.

Примечания. В данном случае описана техника получения желудочного сока по методу Лепорского. Существуют и другие методы (Веретенова, Новикова—Мясоедова), которые отличаются последовательностью введения пробного завтрака и промежутками между порциями желудочного сока.

Зонд вводят от резцов на глубину, равную росту пациента в сантиметрах минус 100 см. Например, при росте 164 см зонд нужно ввести на глубину 64 см (зонд имеет метки на расстоянии 50, 60, 70 см от слепого конца).

28. 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.

29. 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.

30. 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.

31. 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.

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. 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.

3.4. Задания к дифференцированному зачету по производственной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп Часть 3 Сестринский уход в педиатрии

1.Сбор мочи на глюкозурический профиль, оценка результатов.
2.Техника проведения пробы по Зимницкому, оценка результатов.
3.Проведение теста на толерантность к глюкозе. Оценка результатов.
4.Техника обработки пупочной ранки при омфалите.
5.Туалет носа при рините, правила закапывания капель в нос.
6.Техника использования ингалятора, спрейсера при бронхоспазме.
7.Уход за больными с одышкой и кашлем (непродуктивным и продуктивным).
8.Подсчет ЧДД, оценка видов одышки.
9.Подсчет ЧСС у детей разного возраста.
10.Техника постановки газоотводной трубки
11.Измерение АД у детей разного возраста.
12.Антропометрия у детей разного возраста.
13.Методика согревания новорожденного грелками.
14.Нанесение лекарственных средств на кожу- мази(в т.ч. гормональные), болтушки, примочки.
15.Обработка кожи головы при себорее.
16.Измерение размеров большого родничка, оценка его состояния.
17.Обработка полости рта при стоматитах.
18.Мазов из зева на микрофлору. Оформить сопроводительный документ.
19.Помощь при носовом кровотечении.
20.Сбор мочи на стерильность. Оформить сопроводительный документ.
21.Техника постановки инсулина.
22.Методика проведения экспресс- диагностики сахарного диабета.
23.Проведение термометрии различными методами.
24.Забор мочи у мальчиков и девочек разного возраста. Оформить сопроводительный документ.
25.Забор мазка на менингококк, оценка результатов. Оформить сопроводительный документ.
26.Бак. посев кала на кишечную группу, оценка результатов.
27.Физические методы охлаждения – обтирание водой, холод на магистральные сосуды)
28.Техника проведения оральной регидратации.
29.Туалет глаз при конъюнктивите, правила закапывания капель в глаза.
30.Проведение термометрии различными методами.
31. Забор мазка на коклюш, оценка результатов. Оформить сопроводительный документ.
32. Проведение утреннего туалета ребенка различного возраста
33. Проведение гигиенической ванны
34. Обработка пуповинного остатка при омфалите
35. Пеленание новорожденного
36. Контрольное кормление
37. Кормление ребенка из бутылочки.
38. Применение грелок для согревания новорожденного

39. Проведение оксигенотерапии
40. Закапывание капель в нос, за конъюнктиву глаза
41.Разведение антибиотиков и их введение в/м детям разного возраста
42.Раскладка и раздача медикаментов

Смотреть Приложение 3 (сборник манипуляций) стр.153

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

При определении оценки необходимо исходить из следующих критериев:

Задания для дифзачёта обучающихся состоят из тестовых заданий устного ответа.

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 по учебной практике

№	Дисциплина	Баллы максимальные
1	Решение тестовых заданий	30
2	Устный ответ	5
	Итог	35

Инструкция для преподавателя

35-31 баллов	90-100%	Отлично
30-28 баллов	80-89 %	Хорошо
27-24 баллов	70-79%	Удовлетворительно
Менее 24 баллов	Менее 70 %	Неудовлетворительно

Оценки объявляются в день проведения дифзачёта.

4.2 Критерии оценки дифференцированного зачета по производственной практике

Задания для дифзачета по производственной практике для обучающихся состоят из защиты сестринской истории болезни и демонстрации манипуляционной техники.

При определении оценки необходимо исходить из следующих критериев:

Критерии оценки защиты истории болезни

Критерии	Баллы
Жалобы, анамнез, объективное обследование собраны в полном объеме, правильно.	3
Жалобы, анамнез, объективное обследование собраны с незначительными ошибками.	2
Жалобы, анамнез, объективное обследование собраны со значительными нарушениями, не в полном объеме.	1
Жалобы, анамнез, объективное обследование собраны неправильно, что может повлиять на результат сестринского процесса.	0
Проблемы выявлены правильно, цели установлены.	3
Проблемы и цели установлены с незначительными ошибками.	2
Проблемы и цели установлены с ошибками, влияющие на план сестринских вмешательств.	1
Проблемы и цели не установлены.	0
План сестринских вмешательств составлен правильно, лист наблюдения заполнен.	3
План сестринских вмешательств составлен с незначительными ошибками.	2
План сестринских вмешательств составлен с ошибками, что влияет на результат сестринского вмешательства.	1
План сестринских вмешательств не составлен и лист наблюдений не заполнен.	0
Цель достигнута.	1
Цель не достигнута.	0

Критерии оценки манипуляционной техники

Критерии	Баллы
Рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке 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;	5
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	3

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;	
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

Итоговая оценка за дифференцированный зачет по производственной практике

№	**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

ШАБЛОН бланка дифференцированного зачёта по учебной практике

ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

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

Дифференцированный зачёт по учебной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп Часть 2 Сестринский уход в терапии

Специальность: 34.02.01 «Сестринское дело»

Вариант ___

Результаты освоения программы: овладение профессиональными компетенциями: ПК 4.1 – ПК 4.6

Общие компетенции: ОК 1-7.

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 – 45 минут.

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

1. Венозная кровь течет:

а) в аорте

б) в бедренной артерии

в) в легочном стволе

г) в легочных венах

2. Частота сердечных сокращений в норме соответствует:

а) 16-20 мин

б) 40-70 в мин

в) 60-80 в мин

г) 90-70 в мин

3. Одышка, отеки, цианоз - это симптомы:

а) стенокардии

б) гипертонической болезни

в) коллапса

г) сердечной недостаточности ...

<u>Часть В: Дайте развернутый ответ</u>

Анемия: определение, классификация, этиология, клиника, лечение, профилактика. Сестринская помощь: проблемы пациента, планирование сестринских вмешательств при железодефицитной анемии.

ШАБЛОН бланка дифференцированного зачёта
по производственной практике

ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

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

Дифференцированный зачёт по производственной практике дисциплины ПМ 04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп Часть 2 Сестринский уход в терапии

Специальность: 34.02.01 «Сестринское дело»

Результаты освоения программы: овладение профессиональными компетенциями:
ПК 4.1 – ПК 4.6
Общие компетенции: ОК 1-7.

Условия выполнения:
Внимательное прочитайте задание, оно выполняется в кабинете доклинической практики, в условиях имитирующих стационар на муляже или фантоме. Можете использовать учебные таблицы.
Время выполнения задания – 20 минут.

Билет № 1

1. Защита сестринской истории болезни.

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

Подпись преподавателя_____

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие/В. Г. Лычев, В. К. Карманов.-2-е изд.,перераб. и доп.-М.: ФОРУМ: инфра-м, 2019.- 544.

2. Общий уход за больными в терапевтической клинике [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019.

3. Здоровый человек и его окружение: учеб. пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. — Ростов н/Д: Феникс, 2018. — 474 с.: ил. — (Среднее медицинское образование).

4. Кучма, В. Р. Здоровый человек и его окружение: учебник / Кучма В. Р., Сивочалова О. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с.

3. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе [Электронный ресурс]: учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова и др.; под ред. А. Л. Вёрткина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435793.html

ГЛАВА 14. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ

5. Особенности оказания сестринской помощи детям [Электронный ресурс]: учеб.пособие / К.И. Григорьев, Р.Р. Кильдиярова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436806.html

6. Педиатрия с детскими инфекциями [Электронный ресурс] : учеб.для студентов учреждений сред. проф. образования/ Запруднов А. М., Григорьев К. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970431115.html

7. Сестринский уход за здоровым новорожденным: учебное пособие/ Н. Г. Соколова- Ростов н/Д: Феникс, 2018- 278с.: ил.- (Среднее медицинское образование)

8. Сестринский уход в педиатрии: учеб.пособие/ В. Д. Тульчинская.-Ростов н/Д: Феникс, 2020.-598с.: ил.-(Среднее медицинское образование).

9. Сестринское дело в педиатрии [Электронный ресурс] : практическое руководство для медицинских училищ и колледжей / Качаровская Е. В., Лютикова О. К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970431719.html

Дополнительная:

1. Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020.

2. Сестринская помощь при заболеваниях эндокринной системы и обмена веществ [Электронный ресурс] : учебное пособие / Сединкина Р. Г., Игнатюк Л. Ю. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020.

3. Педиатрия с детскими инфекциями: учеб. для студентов учреждений сред. проф. образования/ Запруднов А. М., Григорьев К. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970431115.html

4. Сестринский уход за здоровым новорожденным / Соколова Н. Г. - М. : Абрис, 2017. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222277102.html

5. Здоровье детей / Тульчинская В. Д. - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222227459.html

6. Основы формирования здоровья детей [Электронный ресурс]: учебник / В.Р. Кучма - Ростов н/Д : Феникс, 2020.- (Библиотека ПМГМУ им. И. М. Сеченова). - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222263914.html