

Частное образовательное учреждение
профессионального образования
«Ставропольский многопрофильный колледж»

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

к практической подготовке

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

для обучающихся по специальности 34.02.01 «Сестринское дело»

Ставрополь, 2024

Методические указания составлены в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело, утвержденный Приказом Минобрнауки России от 04.06.2022 № 527 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело» и программой дисциплины «Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп»

Составитель: Остролуцкая В.Н.

Рассмотрено и рекомендовано к использованию в учебном процессе на заседании кафедры Здоровоохранения и индустрии красоты Протокол № 9 от «17» мая 2024 г.

Методические указания составлены в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом среднего общего образования и программой дисциплины Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп.

В методических указаниях представлен материал для проведения практических занятий по дисциплине с обучающимися по специальности 34.02.01 Сестринское дело.

Методические рекомендации к практическим работам по дисциплине Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп разработаны с целью оказания помощи обучающимся по направлению подготовки «Сестринское дело» с целью оказания практической и теоретической помощи в глубоком изучении актуальных проблем педиатрии.

Процесс подготовки и выполнения практических занятий направлен на формирование следующих компетенций и личностных результатов:

ПК 4.1. Проводить оценку состояния пациента.

ПК 4.2. Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту.

ПК 4.3. Осуществлять уход за пациентом.

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

ПК 4.5. Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме

ПК 4.6. Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации.

ОК 02. Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности;

ОК 05. Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста;

ОК 06. Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения;

ОК 09. Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.

ОК 01. Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам;

ОК 04. Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде;

ОК 08. Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности;

ОК 03. Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях;

ОК 07. Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях;

ЛР 7 Осознающий приоритетную ценность личности человека; уважающий собственную и чужую уникальность в различных ситуациях, во всех формах и

видах деятельности

ЛР 10 Заботящийся о защите окружающей среды, собственной и чужой безопасности, в том числе цифровой

ЛР 13 Демонстрирующий готовность и способность вести диалог с другими людьми, достигать в нем взаимопонимания, находить общие цели и сотрудничать для их достижения в профессиональной деятельности

ЛР 18 Поддерживающий и проявляющий принципы гуманности и милосердия

ЛР 19 Соблюдающий и поддерживающий профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации

ЛР 14 Проявляющий сознательное отношение к непрерывному образованию как условию успешной профессиональной и общественной деятельности

ЛР 30 Осознающий социальную значимость труда, стремящийся добросовестно и ответственно работать, бережно относиться к результатам труда

ЛР 15 Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами.

ЛР 16 Соблюдающий программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан, регулирующие медицинскую деятельность

СОДЕРЖАНИЕ:

Практическая подготовка №1 Сестринское обследование пациента при заболеваниях органов дыхания и с заболеваниями сердечно – сосудистой системы	2
Практическая подготовка №2 Сестринский уход при бронхитах, пневмониях	2
Практическая подготовка №3 Сестринский уход при бронхиальной астме, ХОБЛ	2
Практическая подготовка №4 Сестринский уход при гнойных заболеваниях легких, дыхательной недостаточности	2
Практическая подготовка №5 Сестринский уход при артериальной гипертензии	2
Практическая подготовка №6 Сестринский уход при атеросклерозе, ИБС, стенокардии	2
Практическая подготовка №7 Сестринский уход при инфаркте миокарда и его осложнениях	2
Практическая подготовка №8 Сестринский уход при острой сосудистой, острой и хронической сердечной недостаточности	2
Практическая подготовка №9 Сестринское обследование пациента при заболеваниях органов пищеварения.	2
Практическая подготовка №10 Сестринский уход при гастритах и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	2
Практическая подготовка №11 Сестринский уход при раке желудка и хронических заболеваниях кишечника	2
Практическая подготовка №12 Сестринский уход при заболеваниях желчевыводящих путей	2
Практическая подготовка №13 Сестринский уход при хронических гепатитах и циррозах печени.	2
Практическая подготовка №14 Сестринское обследование пациента	2

при заболеваниях мочевыделительной и кроветворной системы.	
Практическая подготовка №15 Сестринский уход при гломерулонефритах, пиелонефритах, хронической почечной недостаточности.	4
Практическая подготовка №17 Сестринский уход при лейкозах и геморрагических диатезах	2
Практическая подготовка №18 Сестринский уход при заболеваниях щитовидной железы	2
Практическая подготовка №19 Сестринский процесс при сахарном диабете и его осложнениях	4
Практическая подготовка №20 Сестринский уход при заболеваниях суставов, позвоночника	2
Практическая подготовка №21 Сестринский уход при острых аллергических заболеваниях	2
Практическая подготовка №22 Болезни периода новорожденности и детей раннего возраста. Особенности сестринского ухода.	4
Практическая подготовка №23 Сестринский уход за пациентами с кишечными инфекциями и пищевыми отравлениями.	2
Практическая подготовка №24 Сестринский уход за пациентами при туберкулезе	4
Практическая подготовка №25 Сестринский уход за пациентами с вирусными гепатитами	2
Практическая подготовка №26 Сестринский уход за пациентами при ВИЧ/СПИД	2
Практическая подготовка №28 Особенности ухода за пациентами с нарушением мозгового кровообращения и с воспалительными заболеваниями головного и спинного мозга	4
Практическая подготовка №29 Особенности ухода за пациентами с заболеваниями периферической нервной системы	2

Практическая подготовка №30 Пограничные состояния: психопатии. Невротические состояния, связанные со стрессом. Психогении. Шизофрения. Эпилепсия.	4
Практическая подготовка №31 Организация наркологической помощи.	2
Практическая подготовка №32 Сестринский уход за пациентами с кожными заболеваниями	4
Практическая подготовка №33 Сестринский уход за пациентами с заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП)	2
Практическая подготовка №34 Медицинская реабилитация пациентов при заболеваниях внутренних органов	6

Практическая подготовка №1

Сестринское обследование пациента при заболеваниях органов дыхания и с заболеваниями сердечно – сосудистой системы

Актуализация темы

Сестринское обследование – получение информации о состоянии здоровья пациента и создание о нем информационной базы. Это тщательный расспрос пациента (субъективный метод исследования) и физикальное (объективный метод) обследование. Обследование всегда проводится по определенному плану (схеме). Источником информации является сам пациент, а также могут быть члены его семьи, друзья, медицинские работники, медицинская документация, специальная медицинская литература. Субъективный метод включает разделы. Общие сведения о пациенте (фамилия, имя, отчество, возраст, образование, профессия, семейное положение, место работы, жительства); жалобы пациента; детальное выявление жалоб по отдельным органам и системам; анамнез (историю) заболевания, историю жизни.

Объективное исследование пациента основано на получении информации с помощью органов чувств: зрения, слуха, обоняния, восприятия касанием и позволяет определить общее состояние его организма и внутренних органов. Объективный метод включает общий осмотр, осмотр пальпацию (ощупывание), перкуссию (выстукивание), аускультацию (выслушивание) внутренних органов.

Дополнительные исследования включают:

1) лабораторные методы (общий анализ крови клинический - эритроциты, Нв, цветовой показатель - (Нв/Эр), лейкоциты, нейтрофилы, палочкоядерные, сегментоядерные, эозино-филы, базофилы, лимфоциты, моноциты, СОЭ, в мм в час, тромбоциты; общий анализ мочи - цвет, лейкоциты, кристаллы, бактерии, анализ мочи по Нечипоренко - лейкоциты, эритроциты, цилиндры; желудочный сок - цвет, базальная секреция, общая кислотность, свободная, связанная; дуоденальное содержимое – количество, микроскопия порций А, В и С; кал - форма, цвет, консистенция, запах, объем, микроскопия - слизь, кровь, нейтральный жир; мокрота -: цвет, консистенция, характер, примеси, микроскопия: лейкоциты, эритроциты, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршманна, эластические волокна, атипичные клетки, микобактерии туберкулеза, друзы актиномикоза, эозинофилы; бактериологический анализ на посев и чувствительность к антибиотикам;

2) инструментальные методы (измерение АД, рентгеноскопия, рентгенография, флюорография, томография, электрокардиография, фонокардиография, ультразвуковая диагностика, сканирование и др. Точность лабораторных показателей и инструментальных исследований зависит от строго выполнения методик подготовки пациента к исследованию, техники забора материала, его сохранения, методов выполнения исследований. Медицинская сестра принимает непосредственное участие в подготовке пациентов к дополнительным исследованиям.

Методы обследования пациентов с нарушениями функций органов дыхания

Жалобы

-боль в грудной клетке

-кашель

-кровохарканье

-удушье

Общие жалобы: лихорадка, утомляемость, сниженный аппетит

1. Кашель

-сухой (без выделения мокроты) - ларингит, сухой плеврит, сдавление трахеи раковым метастазом

-влажный (с выделением мокроты)

Мокрота		
Цвет	Количество	Время суток
-серая, желтоватая (бронхит)	«полным ртом» 15мл-2 л	Вечером-острый
-розовая (туберкулёз, рак лёгкого)	(хронический бронхит,	бронхит
-жёлтый (абсцесс, бронхоэктазы)	абсцесс)	Ночью-туберкулёз, рак
-чёрный (пневмокониозы)		Утром-хронический
-ржавый (крупозная пневмония)		бронхит

Продолжительность

-короткий (сухой плеврит)

-периодический (грипп, трахеит, бронхит, расширение шейных вен, цианоз, одутловатость лица, рвота)

-постоянный (туберкулёз, ларингит)

Громкость

-громкий «лающий» (коклюш, опухоль, истерия, ларингит)

-тихий (сухой плеврит)

-тихий, сиплый (воспаление голосовых связок)

-беззвучный (изъявление голосовых связок)

2. Кровохарканье—выделение крови с мокротой во время кашля (количество крови, характер, цвет)

При абсцессе, пневмонии, раке, туберкулёзе, ТЭЛА

-гемоптоэ (распад опухоли, туберкулёзные каверны, инфаркт лёгкого)

-алая кровь (туберкулёз, бронхоэктазы)

-«ржавая» (крупозная пневмония)

-«шоколадная» (гангрена лёгкого)

3. Одышка—нарушение частоты, глубины и ритма дыхания с чувством «нехватки воздуха»

- субъективная(ощущение затруднения дыхания при неврозе, истерии, метеоризме)

-объективная (эмфизема, облитерация плевры)

-смешанная

-инспираторная (затруднение вдоха - при пневмонии, инородном теле трахеи)

-экспираторная (затруднение выдоха - при обструктивном бронхите, бронхиальной астме)

-смешанная

-физиологическая (физические нагрузки, психическое возбуждение)

-патологическая

4. Удушье — сильная одышка с исходом в асфиксию (отёк лёгких, бронхиолит)

-приступообразное удушье—астма

-сердечная (резкий затруднённый вдох)

-бронхиальная (длинный шумный выдох)

5.Боли в грудной клетке (при участии в процессе плевры, при межрёберных невралгиях)

- боль в боку при дыхании и кашле (сухой плеврит)
- боль в животе (воспаление диафрагмальной плевры)
- колющая плевральная боль
- боль при заболеваниях сердца за грудиной
- боль при опухоли средостения (постоянная, интенсивная)

6. Повышение температуры тела

- постоянная лихорадка (крупозная пневмония)
- гектическая (абсцесс до вскрытия, туберкулёз)
- субфебрильная (хр. бронхит, туберкулёз, рак)

Для закрепления полученных данных студенты должны ответить на следующие вопросы:

1. Симптомы и их характеристика при заболеваниях органов дыхания
2. Синдромы при патологии дыхательной системы
3. Особенности анамнеза, роль в диагностике
4. Формы грудной клетки, использование в диагностическом процессе
5. Ориентировочные линии на грудной клетке
6. Типы дыхания, патологические типы дыхания
7. Топографическая перкуссия лёгких, определение верхних и нижних границ лёгких
8. Правила выполнения сравнительной перкуссии лёгких
9. Определение подвижности нижнего края лёгких
10. Понятие об основных дыхательных шумах
11. Варианты везикулярного и бронхиального дыхания
12. Побочные дыхательные шумы: хрипы, крепитация, шум трения плевры и их диагностическое значение
13. Что такое бронхофония?
14. Методы лабораторной диагностики при заболеваниях органов дыхания.
15. Инструментальные методы исследования
16. Эндоскопическое исследование

Практическая часть. В учебной комнате преподаватель распределяет студентов по два человека. Один из них выступает в роли больного. Второй - в роли медицинской сестры - последовательно проводит: отработку методики сестринского обследования пациента: расспрос, осмотр, аускультацию легких, сердца, живота, поверхностную пальпацию живота, определение наличия отеков, исследование пульса, измерение АД, ЧДД, массы тела, роста, температуры тела. Затем студенты меняются ролями. Это позволяет учащимся научиться правильно и последовательно формулировать вопросы, выделять главное, отработать методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Затем преподаватель в палате демонстрирует на пациенте методики субъективного и объективного обследования: собираются паспортные данные, жалобы, история настоящего заболевания и история жизни. При разборе жалоб больного важно научить студентов правильно формулировать вопросы, чтобы они были понятны пациенту и носили последовательный характер. Жалобы излагаются пациентом в ответ на вопросы: «Что Вас беспокоит?», «На что Вы жалуетесь?». Каждую жалобу необходимо уточнить дополнительным вопросом. Например, если жалоба на боль в груди, то уточняется место локализации боли, ее иррадиация, время появления, характер, интенсивность. При боли в эпигастрии необходимо уточнить ее связь с приемом пищи (сразу после приема пищи или

спустя определенной время), характер (тянущая, режущая, жгучая), интенсивность. Выделяют главные и дополнительные жалобы. К главным жалобам относятся такие проявления заболевания, которые больше всего беспокоят больного в настоящий момент. Обращается внимание студентов на значение полученной информации для формулировки проблем пациента. При рассмотрении вопроса истории развития настоящего заболевания необходимо остановиться на значении этого раздела как для правильной формулировки проблем пациента, так и планирования мероприятий по уходу. Выясняют следующие вопросы: «Когда заболел» или «С какого времени считает себя больным?», «С чего началось заболевание?», «Как оно протекало?», «Обращался ли за медицинской помощью?», «Какое было назначено лечение?». Следует также уточнить, принимал ли пациент самостоятельно какие-либо лекарственные средства. В разделе «История жизни» разбираются вопросы: развитие в детстве, все перенесенные заболевания и операции в хронологической последовательности, вредные привычки, в том числе избыточное потребление соли, время еды, наследственность, переносимость лекарственных средств, пищевая и лекарственная аллергия, физическая активность, семейное положение. Непосредственное обследование (физикальное, объективное) преподаватель начинает с общего осмотра демонстрируемого больного. Дается оценка тяжести состояния, определяется положение в постели, телосложение. Питание оценивается по формуле Р. Брока или индексу массы тела Кетле. Превышение идеальной массы тела более 20% для мужчин и 25% для женщин является избыточным. Далее определяются состояние кожи и слизистых оболочек, видимые патологические изменения (цианоз, расчесы, желтуха и др.), тургор тканей, наличие отеков, состояние лимфоузлов. Следующим этапом является проведение осмотра, пальпации и аускультации последовательно органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевого выделения, щитовидной железы и опорно-двигательного аппарата. Студенты принимают участие в субъективном и объективном обследовании пациента. В заключение преподаватель формирует проблемы пациента, определяет приоритетную проблему, намечает цели и мероприятия по уходу. Далее преподаватель знакомит студентов с устройством и оборудованием кабинетов функциональной диагностики, клинической и биохимической лаборатории и др., демонстрирует результаты лабораторных исследований, спирограммы, ЭКГ, рентгенограммы и др. больных с различной патологией.

Студенты вместе с преподавателем проводят субъективное и объективное обследование пациентов, определяют проблемы, составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

1. Составить алгоритм обследования пациента с заболеваниями органов дыхания.

2. Подготовка кратких реферативных сообщений с использованием специальной литературы и периодической печати. Примерный перечень тем прилагается. Сообщения докладываются на занятии при изучении или при повторении соответствующего раздела с соблюдением регламента времени (6-7мин).

Тема: Субъективное обследование пациента, значение для диагностики заболеваний органов дыхания.

Тема: Объективное обследование пациента: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Значение для диагностики заболеваний органов дыхания.

Тема: Значение лабораторно-инструментального исследования для диагностики заболеваний органов дыхания.

Тема: Составить диагностические задачи на выявление синдрома при заболеваниях органов дыхания.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Измерение роста
- Определение массы тела
- Измерение температуры в подмышечной впадине
- Заполнение медицинской карты стационарного больного Ф – 003/у
- Заполнение статистической карты выбывшего из стационара Ф – 006/у
- Оформление направлений на исследования

Методы обследования пациентов с патологией сердечно-сосудистой системой

Боли в области сердца – одна из наиболее частых жалоб кардиологических больных, поэтому для правильной оценки состояния больного важно выяснить возможную причину возникновения болей (физическое, эмоциональное перенапряжение), локализацию, характер, продолжительность, иррадиацию, способы купирования болей.

Одышка – наиболее ранний и частый симптом, проявляющийся при недостаточности кровообращения. Как правило, она возникает при застое крови в легких при левожелудочковой недостаточности или при асците (при высоком стоянии диафрагмы и ограничении дыхательной подвижности легких). Следует выяснить у больного связь одышки с физическим напряжением, уточнить в каком положении она снижается. На ранних стадиях сердечной недостаточности одышка возникает только при физическом напряжении (быстрая ходьба, подъем в гору, ношение тяжестей), а по мере нарастания слабости сердечной мышцы — при небольших физических нагрузках (вставание с постели, медленная ходьба по комнате) или постоянно беспокоит больного, усиливаясь при малейших движениях.

Больные с одышкой сердечного происхождения занимают вынужденное положение ортопноэ. Сердечная астма – приступ удушья, возникающий преимущественно в ночные часы.

Сердцебиение – необычное для больных по интенсивности ощущение сокращений (биений) своего сердца (обычно человек не ощущает работы своего сердца). Сердцебиение, ощущение перебоев, «замирание» сердца чаще связаны с нарушением ритма сердца, могут носить временный характер или постоянный.

Электрокардиографом называют прибор, записывающий электрические импульсы, возникающие в процессе сердечной деятельности. Работа данного аппарата осуществляется с помощью датчиков, которые получают и преобразуют поступающие сигналы, а затем регистрируют их в виде кривой линии на бумаге.

Грудные отведения – предложены в 1934 г. Вильсоном. Расположение активного электрода:

- V1 – IV межреберье по правому краю грудины – красная маркировка;
- V2 – IV межреберье по левому краю грудины – жёлтая маркировка;
- V3 – между V2 и V4, примерно на уровне IV ребра по левой парастернальной линии – зелёная маркировка;
- V4 – V межреберье по левой среднеключичной линии (верхушка сердца) – коричневая маркировка;
- V5 – на том же горизонтальном уровне, что и V4, по левой передней подмышечной линии – чёрная маркировка;

– V6 – на том же горизонтальном уровне, что и V4 и V5, по левой средней подмышечной линии – фиолетовая маркировка.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

Вариант 1:

1. Дать характеристику болям в области сердца
2. Причины внесердечных болей в области сердца
3. Дать характеристику одышке при патологии с-с-с
4. Рассказать о сердцебиении, как одной из жалоб при патологии сердца
5. Дать характеристику отёкам при сердечно-сосудистой патологии и способы

их определения

6. Дать определение артериальному пульсу, назвать характеристики
7. Дать определение артериальному давлению, назвать нормы
8. Осмотр области сердца
9. Пальпация области сердца
10. Аускультация сердца
11. Дополнительные методы исследования органов кровообращения

Вариант 2.

1. Дать определение электрокардиографии. Назвать преимущества метода.
2. Рассказать о видах электрокардиографов.
3. Рассказать об устройстве электрокардиографа.
4. Назвать стандартные отведения при ЭКГ.
5. Назвать усиленные отведения при ЭКГ.
6. Назвать грудные отведения при ЭКГ.
7. Рассказать алгоритм снятия ЭКГ.

Практическая часть.

Измерение массы тела

- Исследование пульса
- Измерение АД
- Определение отеков
- Определение водного баланса
- Взятие крови из периферической вены
- Заполнение медицинской карты амбулаторного больного Ф – 025/у
- Заполнение направлений на исследования
- Подготовка электрокардиографа к работе
- Подготовка кожи пациента, наложение электродов
- Регистрация электрокардиограммы, оформление ленты
- Подготовка пациента к исследованию
- Соблюдение техники безопасности при работе с электрокардиографом

Самостоятельная работа

В учебной комнате преподаватель распределяет студентов по два человека. Один из них выступает в роли больного. Второй - в роли медицинской сестры - последовательно проводит: отработку методики сестринского обследования пациента: расспрос, осмотр, аускультацию сердца, определение наличия отеков, исследование пульса, измерение АД. Затем студенты меняются ролями. Это позволяет учащимся научиться правильно и

последовательно формулировать вопросы, выделять главное, отработать методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Затем преподаватель в палате демонстрирует на пациенте методики субъективного и объективного обследования: собираются паспортные данные, жалобы, история настоящего заболевания и история жизни. При разборе жалоб больного важно научить студентов правильно формулировать вопросы, чтобы они были понятны пациенту и носили последовательный характер. Жалобы излагаются пациентом в ответ на вопросы: «Что Вас беспокоит?», «На что Вы жалуетесь?». Каждую жалобу необходимо уточнить дополнительным вопросом. Например, если жалоба на боль в груди, то уточняется место локализации боли, ее иррадиация, время появления, характер, интенсивность. Обращается внимание студентов на значение полученной информации для формулировки проблем пациента. При рассмотрении вопроса истории развития настоящего заболевания необходимо остановиться на значении этого раздела как для правильной формулировки проблем пациента, так и планирования мероприятий по уходу. Выясняют следующие вопросы: «Когда заболел» или «С какого времени считает себя больным?», «С чего началось заболевание?», «Как оно протекало?», «Обращался ли за медицинской помощью?», «Какое было назначено лечение?». Следует также уточнить, принимал ли пациент самостоятельно какие-либо лекарственные средства. В разделе «История жизни» разбираются вопросы: развитие в детстве, все перенесенные заболевания и операции в хронологической последовательности, вредные привычки, в том числе избыточное потребление соли время еды, наследственность, переносимость лекарственных средств, пищевая и лекарственная аллергия, физическая активность, семейное положение. Непосредственное обследование (физикальное, объективное) преподаватель начинает с общего осмотра демонстрируемого больного.

В заключение преподаватель формирует проблемы пациента, определяет приоритетную проблему, намечает цели и мероприятия по уходу. Далее преподаватель знакомит студентов с устройством и оборудованием кабинетов функциональной диагностики, ЭКГ. Проводит инструктаж по технике безопасности при работе с электрокардиографом. Получение информированного согласия пациента на манипуляцию. Выявление проблем пациента (отсутствие конечности, гипс и др.). Планирование сестринских действий. Подготовка электрокардиографа к работе. Подготовка пациента к регистрации ЭКГ. Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ). Оформление ленты электрокардиограммы. Регистрация в журнале. Инфекционная безопасность пациента при регистрации ЭКГ.

Подготовка кратких реферативных сообщений с использованием специальной литературы и периодической печати. Примерный перечень тем прилагается. Сообщения докладываются на занятии при изучении или при повторении соответствующего раздела с соблюдением регламента времени (6-7мин).

Тема: «ЭКГ. История. Виды. Преимущества и недостатки».

Тема «Лабораторные методы исследования в кардиологии».

Тема: «Инструментальные методы исследования в кардиологии».

Решить ситуационную задачу.

Проводя ЭКГ и снимая стандартные отведения м/с расположила электроды на конечностях следующим образом:

Правая рука – красный электрод

Левая рука – желтый электрод

Левая нога – черный электрод

Правая нога – зелёный электрод

Оцените действия м/с.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Измерение массы тела
- Исследование пульса
- Измерение АД
- Определение отеков
- Определение водного баланса
- Взятие крови из периферической вены
- Заполнение медицинской карты амбулаторного больного Ф – 025/у
- Заполнение направлений на исследования
- Подготовка электрокардиографа к работе
- Подготовка кожи пациента, наложение электродов
- Регистрация электрокардиограммы, оформление ленты
- Подготовка пациента к исследованию
- Соблюдение техники безопасности при работе с электрокардиографом

Практическая подготовка №2

Сестринский уход при бронхитах, пневмониях

Актуализация темы

Бронхит хронический - диффузное прогрессирующее поражение бронхов, связанное с длительным раздражением дыхательных путей, характеризующееся воспалительными и склеротическими изменениями в бронхиальной стенке и проявляющееся кашлем с отделением мокроты на протяжении не менее 3-х месяцев в году подряд, 2 и более года подряд при отсутствии других заболеваний, протекающих с такими же симптомами. Различают хронический бронхит первичный (самостоятельная форма) и вторичный - проявление или осложнение других болезней (бронхоэктатическая болезнь, туберкулез легких, уремия); фазы – ремиссия, обострение; осложнения – кровохарканье, хроническое легочное сердце, недостаточность кровообращения. При хроническом бронхите грудная клетка не изменена, в легких длительное время определяются влажные преходящие (непостоянные) влажные хрипы при неизменном дыхании.

Пневмония - острое инфекционное воспалительное заболевание легких, возникающее самостоятельно или реже как осложнение других заболеваний, локализующееся в бронхах и альвеолах с наличием в альвеолах экссудата с нейтрофилами и проявляющееся рентгенологически инфильтратом. Воспалительные заболевания легких не инфекционной природы называются пневмонитами или альвеолитами. Пневмония занимает одно из ведущих мест среди всех заболеваний внутренних органов. В настоящее время по классификации ВОЗ пневмонии подразделяются на внебольничные (коммунальные) и госпитальные (внутрибольничные, нозокомиальные), последние развиваются через 48 часов после госпитализации и позднее. Кроме того, выделяют пневмонии аспирационные и пневмонии с иммунодефицитом (врожденные или приобретенные). Клиника пневмонии зависит от: *этиологического фактора*: пневмококковая, микоплазменная, легионеллезная, стафилококковая, хламидийная, вирусная и др.), *тяжести течения болезни* (легкая, средней тяжести, тяжелая, крайней

тяжести), *осложнений* (абсцесс легкого, гангрена легкого, острая дыхательная недостаточность, эмпиема плевры, инфекционно-токсический шок).

Практическая часть. Преподаватель демонстрирует больных хроническим бронхитом и пневмонией. Совместно со студентами проводится осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация органов дыхания, выявляются и обсуждаются симптомы (жесткое дыхание, сухие и влажные преходящие хрипы, уточняется их локализация). Формулируются проблемы пациентов: *лихорадка, кашель, отделение слизистой и слизисто-гнойной мокроты, слабость, головная боль, повышенная потливость, плохой сон.* Затем обсуждается выполнение манипуляций и процедур по листу назначений врача.

Студенты с преподавателем проводят обследование больных, формулируют проблемы пациентов, определяют приоритетность проблем, проводят планирование ухода. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После курации больных преподаватель распределяет студентов по 2-3 человека по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемное отделение, где они под его руководством осуществляют сестринский уход за пациентами.

Составить подробный план мероприятий по уходу за больным, решить ситуационные задачи, составить кроссворд по теме занятия.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Подсчет ЧДД;
- Определение пульса и его характеристика;
- Измерение АД и его оценка
- Подготовка пациента к сбору мокроты на микроскопическое и микробиологическое исследование, на БК;
- Подготовка пациента к плевральной пункции;
- Подготовка пациента к спирографии;
- Подготовка пациента к бронхоскопии и бронхографии;
- Уход за полостью рта.
- Кислородотерапия;
- Ингаляционное введение лекарственных средств;
- Расчет, разведение и в/м введение антибиотиков;

Практическая подготовка №3

Сестринский уход при бронхиальной астме, ХОБЛ

Актуализация темы.

Бронхиальная астма – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с повторяющимися эпизодами свистящего дыхания, кашля, тяжести в грудной клетке, одышки или приступов удушья, обратимые спонтанно или под влиянием лечения. От этого тяжелого заболевания, которое может привести к смертельному исходу, страдает около 100 млн. человек, что составляет около 5% от числа жителей планеты и ее распространенность растет, особенно в развитых странах. Клиника бронхиальной астмы зависит от формы (аллергическая, не аллергическая), течения (легкое интермиттирующее, легкое персистирующее, среднетяжелое, тяжелое), фазы болезни (обострение, затухающее обострение, ремиссия), осложнений (эмфизема, легочная недостаточность, ателектаз, пневмоторакс, легочное сердце).

Предварительный контроль знаний.

Фронтальный опрос. Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, факторы риска бронхиальной астмы;
2. Основные симптомы и проблемы;
3. Клиника приступа бронхиальной астмы без удушья;
4. Неотложная помощь при приступе без удушья;
5. Первичная профилактика бронхиальной астмы.

Вариант 2.

1. Определение, причины астмы;
2. Основные симптомы и проблемы;
3. Основные симптомы и проблемы приступа с удушьем;
4. Неотложная помощь при приступе удушья;
5. Вторичная профилактика бронхиальной астмы.

Практическая часть. Дается определение понятия «бронхиальная астма». Разбираются эпидемиология, внутренние и внешние факторы риска, основные механизмы развития бронхиальной астмы, клинические проявления в межприступном периоде и при обострении заболевания; принципы диагностики, лечения, первичной и вторичной профилактики, реабилитации. Рассматриваются элиминационные мероприятия, роль астма-школ.

Преподаватель демонстрирует больного с бронхиальной астмой, обращает внимание на его жалобы (свистящее дыхание ночью или ранним утром, хрипы в груди, сухой мучительный кашель с трудно откашливаемой мокротой, приступы удушья). При сборе жалоб и объективном обследовании указывается на провоцирующие приступы факторы (триггеры): аллергены, физическое усилие, психогенные влияния. Совместно со студентами проводится осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация органов дыхания. Выявляются симптомы: вздутая грудная клетка, жесткое или ослабленное дыхание, сухие рассеянные хрипы. Формулируются проблемы пациентов: чувство тяжести или стеснения в груди, одышка, приступы удушья, кашель сухой или с отделением мокроты, беспокойство, кашель сухой или с мокротой, одышка, похудание, боль в грудной клетке, озноб, нарушение глотания, кровохарканье, одышка, плохой сон и аппетит.

Независимые сестринские вмешательства при бронхиальной астме включают: оказание доврачебной помощи при приступе удушья, контроль общего состояния, частоты пульса, ЧДД, АД; обеспечение пациентов индивидуальной плевательницей, ее дезинфекция, постановка горчичников, банок, компрессов. Взаимозависимые и зависимые вмешательства: подготовка больного и забор биологического материала на лабораторное и инструментальное исследование (сбора мокроты на исследование, рентгенологическое, ФВД и др.); своевременное и правильное введение назначенных лекарственных препаратов (орально, парентерально, ингаляционно); оказание помощи врачу при проведении врачебных манипуляций. Разбираются: устройство карманного ингалятора баллончикового типа - канистра с лекарственным средством, корпус с мундштуком и крышка мундштука; пикфлоуметра – применяется для определения пиковой скорости выдоха с целью самоконтроля и определения степени тяжести приступа удушья; различные варианты спейсеров, небулайзеров, предназначенных для облегчения дыхательного маневра при выполнении ингаляций и профилактики кандидозного стоматита у пациентов, пользующихся ингаляционными стероидами (бекотид). Также совместно разбираются вопросы профилактики бронхиальной астмы, обучение пациента

методам самоконтроля, элиминационным мероприятиям, ведению дневника, пикфлоуметрии, оказанию самопомощи при приступе удушья.

Самостоятельная работа

Студенты проводят обследование больных, проводят планирование мероприятий по уходу, выполняют врачебные назначения. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. Затем они малыми группами (по два человека) под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют уход за пациентами в палатах, работают на постах, в процедурных кабинетах, кормят постельных больных, транспортируют их в кабинеты функциональной диагностики, ЛФК, физиотерапии, другие лечебно-диагностические кабинеты.

Каждый студент самостоятельно составляет подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым и курируемым больными, решают ситуационные задачи.

Затем подробно разбираются вопросы паллиативной помощи. Обращается внимание на особенности ухода за пациентами пожилого возраста (сопутствующие заболевания, наличие хронической легочной, сердечной недостаточности, патологии ЖКТ, лекарственной непереносимости). Студенты участвуют в осмотре, проводят пальпацию и аускультацию органов дыхания у демонстрируемых пациентов, ставят сестринский диагноз, участвуют в обсуждении ухода и лечения, составляют план мероприятий по первичной и вторичной профилактике рака легкого

Составить подробный план мероприятий по уходу за больным, решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Подсчет ЧДД;
- Аускультация лёгких;
- Пикфлоуметрия;
- Кислородотерапия;
- Применение ингалятора, спейсера, спинхалера.
- Применение горчичников;
- В/в введение эуфиллина;

Практическая подготовка №4

Сестринский уход при гнойных заболеваниях легких, дыхательной недостаточности

Актуализация темы

Легочные нагноения (острый и хронический абсцесс легкого, бронхоэктатическая болезнь, гангрена легкого) представляют собой гнойный воспалительный процесс с явлениями выраженной гнойной интоксикации организма. Легочные нагноения не имеют специального возбудителя. Возникновение их часто связано с сапрофитной микрофлорой, находящейся в полости рта и дыхательных путях у практически здоровых людей. Нагноение в легком зависит от реактивности организма, состояния сопротивляемости и предрасполагающих факторов, нарушающих функции легкого. Инфекция проникает в легкое бронхогенным, лимфогенным и гематогенным путем, а также путем перехода с соседнего пораженного органа или ранения легочной ткани. Наиболее частый путь - бронхогенный. Абсцесс легкого – гнойное расплавление легочной ткани с образованием одной или нескольких отграниченных полостей, заполненных гноем. Бронхоэктатическая

болезнь - приобретенное заболевание, характеризующееся хроническим нагноительным процессом в необратимо измененных и функционально неполноценных бронхах без поражения легочной паренхимы. Мокрота при отстаивании при абсцессе и бронхоэктатической болезни всегда имеет два слоя. Гангрена легкого – обширный некроз и распад легочной ткани без четкого отграничения. В легочной ткани образуются множественные полости неправильной формы, содержащие ихорозный гной и тканевый детрит. Мокрота отвратительного, гнилостного, тошнотворного запаха при отстаивании имеет три слоя.

Плеврит – воспалительный процесс различной этиологии в листках плевры с образованием на их поверхности фиброзных наложений (сухой плеврит) или скоплением в плевральной полости жидкого (серозный, гнойный, геморрагический, хилезный) экссудата (экссудативный плеврит). Плеврит, как правило, не является самостоятельным заболеванием. Местный воспалительный процесс в плевре как основное проявление болезни (первичный плеврит) встречается редко (травмы, туберкулез или рак плевры). Большинство плевритов вторичны и возникают при наличии гнойно-воспалительных процессов в прилежащих (пневмония, медиастенит, абсцесс печени, паранефрит, панкреатит и др.) или отдаленных (остеомиелит, отит, синусит) органах и тканях. При сухом плеврите, вследствие умеренной экссудации и удовлетворительного оттока жидкости, на листках плевры образуется фибрин. При экссудативном плеврите в результате нарушения оттока жидкости в плевральной полости образуется выпот, экссудат того или иного характера. В некоторых случаях сухой плеврит может предшествовать экссудативному. Однако выпот может быть не только при плеврите. Он может возникнуть при сердечной недостаточности (гидроторакс), хилотораксе (выпот-лимфа), сдавлении лимфатического протока опухолью или его повреждении. При выздоровлении жидкая часть экссудата рассасывается, а фибриновые наложения подвергаются организации с образованием плевральных шварт и сращений (спаек).

Предварительный контроль знаний

Письменный контроль. Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины, факторы риска абсцесса легкого.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения абсцесса легкого.
4. Наблюдение и уход.
5. Первичная профилактика абсцесса легкого.

Вариант 2.

1. Определение, причины бронхоэктатической болезни;
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения бронхоэктатической болезни.
4. Неотложная помощь при легочном кровотечении.
5. Вторичная профилактика бронхоэктатической болезни.

Вариант 1:

1. Определение, причины экссудативного плеврита;
2. Основные симптомы и проблемы;
3. Принципы лечения;
4. Наблюдение и уход;
5. Профилактика экссудативного плеврита.

Вариант 2.

1. Определение, причины сухого плеврита.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика сухого плеврита.

Практическая часть. Рассматриваются этиология, причины, факторы риска, клинические симптомы и синдромы, принципы диагностики, лечения, профилактики гнойных заболеваний легких. Обсуждаются особенности сестринской помощи при гнойных заболеваниях легких, примеры дренажных положений.

При демонстрации больных с гнойными заболеваниями легких преподаватель обращает внимание учащихся на характер жалоб: количество мокроты, ее гнойный характер, цвет, запах. Уточняется цвет кожных покровов (бледность с желтушным оттенком), форма фаланг пальцев («барабанные палочки»), связанная с хронической гнойной интоксикацией и гипоксемией. Разбираются данные осмотра грудной клетки пациентов, пальпации, перкуссии, аускультации, анализов крови, мокроты, спирографии, бронхоскопии. При рассмотрении обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в прямой проекции отмечается, что ведущим рентгенологическим признаком абсцесса легкого после прорыва в бронх, является образование полости с горизонтальным уровнем жидкости. Разбирается бронхограмма больного бронхоэктатической болезнью: указываются цилиндрические, мешотчатые, веретенообразные и смешанные бронхоэктазы в виде округлых или овальных полостей, располагающихся по ходу соответствующих бронхов. Указывается на возможные осложнения у этой группы больных и тактику медсестры при них (кровохарканье, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс). Формулируются проблемы пациентов: кашель с мокротой гнойного характера, слабость, повышенная потливость, лихорадка, озноб, головная боль, боль в грудной клетке, кровохарканье, одышка, плохой сон и аппетит.

Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при гнойных заболеваниях легких должны проводиться с учетом возбудителя, формы заболевания и фазы воспалительных изменений в легочной ткани и бронхах, симптомов, нарушения ФВД, возможных осложнений. Совместно со студентами разбираются правила дренажного положения, профилактики пролежней, дезинфекции мокроты, оксигенотерапии, «культуры» кашля, дыхательной гимнастики, подготовки к бронхоскопии и бронхографии, сбора мокроты на микроскопию и чувствительность к антибиотикам. Рассматриваются показания к оксигенотерапии, проведению дыхательной гимнастики, соблюдение инфекционной безопасности.

Студенты вместе с преподавателем проводят обследование закрепленных больных, определяют проблемы пациентов, составляют план мероприятий по уходу. Преподаватель осуществляет контроль и оказывает необходимую методическую помощь. Затем студенты работают под руководством преподавателя работают в процедурных кабинетах, на постах, в палатах, в приемном отделении, где осуществляют независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства по уходу за больными по назначению врача.

Составить подробный план мероприятий по уходу за больным, решить ситуационные задачи.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Подсчёт ЧДД
- Уход за полостью рта;
- Сбор мокроты на исследование;
- Измерение температуры тела;
- Кислородотерапия;
- П/к введение гепарина;
- В/м введение антибиотиков

Практическая подготовка №5 **Сестринский уход при артериальной гипертензии**

Студент должен *иметь практический опыт*:

- Измерение АД
- Измерение массы тела
- Измерение роста
- Измерение окружности талии
- Расчет ИМТ
- Внутривенное введение лекарств и растворов
- Уход при рвоте

Студент должен *уметь*:

- Собрать субъективную и объективную информацию о пациенте с ГБ
- Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного
- Планировать сестринскую помощь при головной боли, нарушении зрения, рвоте, ожирении
- Оказать доврачебную помощь при кризе
- Провести беседы с больным и его родственниками об особенностях диеты; о влиянии курения на развитие и прогрессирование ГБ, необходимость диспансерного наблюдения
- Обучить пациента измерению АД на периферических артериях, распознаванию признаков криза, оказанию самопомощи
- Провести гирудотерапию

Студент должен *знать*:

- Определение понятий «артериальная гипертензия», «эссенциальная гипертензия», «гипертоническая болезнь», «симптоматическая гипертензия»
- Эпидемиологию и факторы риска артериальной гипертензии
- Классификацию ВОЗ
- Проблемы пациентов с гипертонической болезнью
- Осложнения гипертонической болезни
- Проявления гипертонических кризов I и II типа
- Диагностику и принципы лечения
- Характеристику диеты № 10
- Профилактику ГБ, роль медицинской сестры

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Актуализация темы.

Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия) - это хроническое полиэтиологическое заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия - стойкое повышение артериального давления от 140/90 мм рт.ст. и выше. Заболевание обусловлено нарушением регуляции тонуса сосудов и работы сердца и не связано с органическими заболеваниями каких-либо органов или систем организма.

Категория АД	Систолическое (в мм рт.ст.)	Диастолическое (в мм рт.ст.)
Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	120 - 129	80 - 84
Высоконормальное АД	130 - 139	85 - 89
I-я степень (мягкая АД)	140 - 159	90 - 99
II-я степень (умеренная АД)	160 - 179	100 - 109
III-я степень (тяжелая АД)	180 и >	110 и >

Гипертонический криз - это резкое повышение артериального давления до индивидуально высоких цифр, сопровождающееся нарушениями вегетативной нервной системы, усилением расстройств мозгового, коронарного, почечного кровообращения в результате различных внешних воздействий.

Провоцирующими факторами ГК являются:

- стрессовые ситуации;
- физическое или психическое перенапряжение
- недостаточный сон
- злоупотребление соленой пищей;
- прием алкоголя;
- резкое изменение погоды;
- внезапное прекращение приема гипотензивных препаратов и др.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

Вариант 1:

1. Дать определение гипертонической болезни. Классификация артериальных гипертензий
2. Факторы риска, способствующие возникновению гипертонической болезни
3. Классификация артериальной гипертензии в зависимости от уровня АД
4. Клиническая картина гипертонической болезни
5. Условия измерения АД
6. Лабораторные и инструментальные методы исследования гипертонической болезни
7. Дать определение гипертоническому кризу, назвать провоцирующие факторы
8. Клиника криза
9. Неотложная помощь при кризе
10. Лечение гипертонической болезни
11. Проблемы пациента при гипертонической болезни
12. Сестринские вмешательства

Практическая часть.

- Измерение АД
- Измерение массы тела
- Измерение роста
- Измерение окружности талии
- Расчет ИМТ
- Внутривенное введение лекарств и растворов
- Уход при рвоте

Преподаватель объясняет методику проведения опроса, выявление жалоб, сбор анамнеза, проведение общего осмотра, осмотр области сердца и сосудов, исследование пульса, измерение АД на периферических артериях. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при артериальной гипертензии. Планирование сестринской помощи при головной боли, нарушении зрения, рвоте, ожирении. Оказание неотложной помощи при гипертоническом кризе. Беседа о факторах риска развития гипертонической болезни и гипертонических кризов, о необходимости непрерывного лечения ГБ. Обучение пациента измерению АД на периферических артериях, распознаванию признаков криза, оказанию самопомощи. Обучение пациента (социально значимых лиц) принципам правильного питания и правилам приёма назначенных врачом лекарственных препаратов.

Разбор ситуационной задачи.

В терапевтическое отделение областной больницы поступила пациентка 50 лет с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, рвоту, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния связывает со стрессовой ситуацией.

Объективно: состояние тяжелое, возбуждена, кожные покровы лица гиперемированы, пульс 100 уд. в мин., ритмичный, напряжен, АД 220/110 мм рт. ст.

Задание №1. Определите состояние пациента.

Задание №2. Обоснуйте состояние пациента.

Задание №3. Составьте алгоритм действий м/с.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Измерение АД
- Измерение массы тела

- Измерение роста
- Измерение окружности талии
- Расчет ИМТ
- Внутривенное введение лекарств и растворов
- Уход при рвоте

Практическая подготовка №6 Сестринский уход при атеросклерозе, ИБС, стенокардии

Цели занятия:

I. Образовательные цели:

1. Углубить, обобщить, закрепить знания студентов по теме: «Сестринская помощь при атеросклерозе. Сестринская помощь при ИБС: стенокардии».
2. Помощь при приступе стенокардии.
3. Проверить знания студентов по данной теме.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- Измерение АД
- Исследование пульса
- Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) и распознавание ЭКГ признаков ишемии миокарда
- Постановка горчичников
- Внутривенное введение лекарственных средств

Студент должен *уметь*:

- 1 готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- 2 осуществлять сестринский уход за пациентом при атеросклерозе, ИБС: стенокардии;
- 3 консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- 4.осуществлять фармакотерапию по назначению врача при атеросклерозе, ИБС: стенокардии;
5. проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- 6.вести утвержденную медицинскую документацию;

Студент должен *знать*:

- 1 причины, основные клинические проявления и симптомы атеросклероза, ИБС: стенокардии;
- 2 возможные осложнения и профилактику атеросклероза, ИБС: стенокардии;
- 3 методы диагностики проблем пациента при атеросклерозе, ИБС: стенокардии;
- 4 организацию и оказание сестринской помощи при атеросклерозе, ИБС: стенокардии;
- 5 подходы к лечению, уходу, принципам рационального и диетического питания при атеросклерозе, ИБС: стенокардии;
- 6 пути введения лекарственных препаратов;
- 7 правила использования оборудования, аппаратуры, изделий медицинского назначения
- 8 инфекционный контроль и инфекционную безопасность м/с и пациента

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:
- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Ишемическая болезнь сердца - патология сердца, обусловленная нарушением коронарного кровообращения, вследствие коронаросклероза, коронаростеноза или коронаротромбоза.

Классификация ИБС:

1. Внезапная смерть. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца) - внезапно возникающая электрическая нестабильность миокарда, в результате чего наступает смерть, мгновенно или в пределах 6 часов от начала сердечного приступа, если нет признаков, позволяющих поставить другой диагноз.

2. Стенокардия (angina pectoris):

3. Инфаркт миокарда:

4. Постинфарктный кардиосклероз.

5. Нарушения сердечного ритма.

6. Сердечная недостаточность.

Стенокардия (angina pectoris) – форма ИБС, характеризующаяся приступами типичной загрудинной (ангинозной) боли вследствие ишемии миокарда. Причина болевого приступа - кратковременный очаг ишемии миокарда, вследствие неадекватного его кровоснабжения.

1. Нарушения физиологических потребностей:

1.1. Нарушения дыхания:

- одышка (удушье); кашель с пенистой мокротой.

1.2. Нарушения выделения:

- метеоризм; запоры (задержка стула); задержка мочеиспускания; отеки; рвота.

1.3. Нарушения сна:

- бессонница; тревожный сон с кошмарными сновидениями.

- 1.4. Нарушения движения:
 - малая подвижность; отсутствие подвижности.
- 1.5. Нарушения комфорта:
 - острые боли в сердце (кратковременные, длительные).
2. Нарушения потребностей безопасности:
 - лихорадка; риск развития пролежней; невозможность самохода;
 - снижение иммунитета; незнание факторов риска ИБС.
3. Нарушения социальных потребностей:
 - нарушения профессиональных связей.
4. Нарушения психо-социальных потребностей:
 - беспокойство, тревога; страх смерти;
 - потеря работы, длительная нетрудоспособность;
5. Нарушение потребности самовыражения:
 - снижение творческой активности.
6. Крах потребностей:
 - длительная ангинозная боль в сердце;
 - резкое снижение АД (кардиогенный шок);
 - удушье (сердечная астма, отек легких);
 - внезапная смерть;
 - аритмический шок.

Цели сестринских вмешательств	План сестринских вмешательств
Пациент не будет испытывать чувство страха через 20 минут	<p>Побеседовать с пациентом о сути его заболевания, о его благоприятных исходах.</p> <p>Обеспечить контакт пациента с выздоравливающими.</p> <p>Дать 30-40 капель настойки валерианы.</p> <p>Приготовить для инъекции по назначению врача 2мл 0,5 р-ра диазепама(реланиум, седуксен, сибазон)</p> <p>Побеседовать с родственниками о характере общения с пациентом.</p>
Через 1 час пациент не будет чувствовать слабость, дурноту	<ol style="list-style-type: none"> 1. Удобно, с приподнятой грудной клеткой уложить пациента в сухую теплую постель. 2. Согреть пациента: грелки к конечностям, теплое одеяло, горячий чай. 3. Обеспечить палату свежим воздухом. 4. Измерить АД, оценить пульс, вызвать врача. 5. Приготовить для инъекций по назначению врача: 2мл кардиамина, 1 мл 1% димедрола, 1 мл 0,025 строфантина, систему для капельного введения поляризующий смеси, ампулы с преднизолоном (по 30мг) 6. Измерять АД, оценивать пульс каждые 10 минут

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

Вариант 1:

1. Дать определение ИБС. Назвать актуальность.

2. Этиология и факторы риска ИБС
3. Классификация ИБС
4. Дать определение стенокардии. Назвать классификацию
5. Клиника приступа стенокардии
6. Неотложная помощь при приступе
7. Диагностика стенокардии
8. Назвать принципы лечения стенокардии.
9. Сестринское обследование стенокардии
10. Проблемы пациентов при стенокардии
11. Сестринские вмешательства при стенокардии

Практическая часть.

- Измерение АД
- Исследование пульса
- Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) и распознавание ЭКГ признаков ишемии миокарда
 - Постановка горчичников
 - Внутривенное введение лекарственных средств

Проведение под контролем преподавателя опроса, выявление жалоб, сбор анамнеза, проведение общего осмотра, исследование пульса, измерение АД на периферических артериях. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при атеросклерозе. Планирование сестринской помощи при избыточном весе, ожирении. Проведение беседы о факторах риска развития атеросклероза. Обучение пациента (родственников) принципам диетического питания, планированию режима, выбору образа жизни.

Разбор ситуационных задачи.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Измерение АД
- Исследование пульса
- Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) и распознавание ЭКГ признаков ишемии миокарда
 - Постановка горчичников
 - Внутривенное введение лекарственных средств

Практическая подготовка №7

Сестринский уход при инфаркте миокарда и его осложнениях

Цель занятия (интегрирующая)

- обеспечить студентов знаниями по данной нозологии Инфаркт миокарда с целью применения данной информации для осуществления этапов сестринского процесса, которые потребностей пациента, которые будут необходимыми для подготовки к практическим занятиям

Задачи

- познакомить с основными проявлениями ИБС
- подчеркнуть роль медицинской сестры в организации ухода за пациентами, ее участие в проведении профилактических мероприятий

- развить интерес у студентов к изучаемой теме;
- развить клиническое и логическое мышление
- убедить, что полученные знания м/с должна направить на предупреждение развития ИБС;

- сформировать добросовестное отношение к будущей выполняемой работе;—

Для достижения данной цели студент должен знать:

- причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики, проблемы пациента, организацию и методы оказания сестринской помощи при нарушениях здоровья;

- определение сущности заболевания; распространенность данной патологии;

- предрасполагающие факторы; факторы риска; классификацию;

- пути введения лекарственных препаратов;

- лабораторные и инструментальные методы исследования и их диагностическое

значение

при изучаемом заболевании

уметь:

- пользоваться медицинской терминологией;

- оценить данные расспроса и выявить проблемы пациентов;

- выявить факторы риска заболевания; выявить ведущие симптомы и синдромы;

- выделить приоритетные проблемы

- применять информацию для осуществления последующих этапов сестринского

процесса

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;

- методическое пособие для студентов по теме;

- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.

- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;

- мультимедийный проектор;

- классная доска (меловая/маркерная);

- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Инфаркт миокарда — одна из клинических форм ишемической болезни сердца, характеризующаяся развитием локального (ограниченного) некроза миокарда вследствие остро возникшего несоответствия коронарного кровотока потребностям миокарда.

В зависимости от особенностей симптоматики начала развивающегося инфаркта миокарда (острейшего периода) выделяют 6 клинических вариантов:

- 1) болевой или ангинозный (status anginosus);
- 2) астматический (status asthmaticus);
- 3) абдоминальный (status abdominalis);
- 4) аритмический;
- 5) цереброваскулярный;
- 6) малосимптомный или асимптомный.

Потенциальные проблемы.

1. Кардиогенный шок или острая сердечно-сосудистая недостаточность.
2. Острая левожелудочковая недостаточность и отек легких.
3. Нарушения сердечного ритма и проводимости.
4. Разрыв сердца.
5. Аневризма сердца.
6. Перикардит.
7. Тромбоэмболии большого круга кровообращения.

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.

Ранние осложнения ИМ (в остром периоде ИМ):

- электрические осложнения (нарушения ритма и проводимости);
- острая левожелудочковая недостаточность (см. лекцию №25);
- шок (рефлекторный, кардиогенный, аритмический);
- острая аневризма сердца;
- разрывы миокарда;
- инфаркт правого желудочка.

Поздние осложнения ИМ

- рецидивирующий ИМ;
- повторный ИМ;
- постинфарктная стенокардия;
- постинфарктный синдром (синдром Дреслера);
- застойная сердечная недостаточность;
- тромбоэмболические осложнения.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

Вариант 1:

1. Дать определение инфаркту миокарда. Причины инфаркта миокарда.
2. Факторы риска инфаркта миокарда.

3. Классификация острого инфаркта миокарда.
4. Клиника ангинозного варианта инфаркта миокарда.
5. Клиника атипичных вариантов.
6. Дать характеристику острейшему, острому, подострому периоду.
7. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда.
8. Лабораторная диагностика инфаркта миокарда.
9. Проблемы пациентов при инфаркте миокарда.
10. Сестринские вмешательства при острой боли в сердце

Практическая часть.

• Регистрация электрокардиограммы и распознавание ЭКГ-признаков повреждения миокарда

- Взятие крови из периферической вены
- Постановка масляной клизмы
- Подкожное введение лекарств и растворов
- Особенности введения гепарина
- Регистрация электрокардиограммы
- Транспортировка тяжелобольного
- Наложение венозных жгутов
- Внутривенное капельное введение лекарственных препаратов

Проведение под контролем преподавателя опроса, выявление жалоб, предрасполагающих факторов, сбор анамнеза, проведение общего осмотра, исследование пульса, измерение АД на периферических артериях. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при инфаркте миокарда. Планирование сестринской помощи при боли в сердце, запорах, дефиците самоухода. Оказание неотложной помощи при инфаркте миокарда.

Разбор ситуационных задачи.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

• Регистрация электрокардиограммы и распознавание ЭКГ-признаков повреждения миокарда

- Взятие крови из периферической вены
- Постановка масляной клизмы
- Подкожное введение лекарств и растворов
- Особенности введения гепарина
- Регистрация электрокардиограммы
- Транспортировка тяжелобольного
- Наложение венозных жгутов
- Внутривенное капельное введение лекарственных препаратов

Практическая подготовка №8

Сестринский уход при острой сосудистой, острой и хронической сердечной недостаточности

Задачи

- познакомить с основными проявлениями ОСН иХСН
- подчеркнуть роль медицинской сестры в организации ухода за пациентами, ее участие в проведении профилактических мероприятий

- развить интерес у студентов к изучаемой теме;
- развить клиническое и логическое мышление
- убедить, что полученные знания м/с должна направить на предупреждение развития заболевания.

- сформировать добросовестное отношение к будущей выполняемой работе;

Для достижения данной цели студент должен *знать*:

- Понятие острой сердечной недостаточности
- Виды и причины сердечной недостаточности
- Клинические проявления острой правожелудочковой сердечной недостаточности

- Понятие и причины острой сосудистой недостаточности
- Клинические проявления обморока, коллапса, шока
- Принципы диагностики и неотложная помощь при острой сердечной и сосудистой недостаточности

- Понятие о хронической сердечной недостаточности.
- Функциональные классы ХСН.
- Причины и клинические проявления хронической сердечной недостаточности.

- Принципы диагностики и лечения.

-

уметь:

- Собрать субъективную и объективную информацию о пациенте с острой сердечной и сосудистой недостаточностью, с хронической сердечной недостаточностью.

- Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного

- Распознавать симптомы острой сердечной и сосудистой недостаточности, хронической сердечной недостаточностью.

- Оказывать неотложную помощь при обмороке, коллапсе, шоке, сердечной астме и отеке легких

- Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного;

- Планировать сестринскую помощь при одышке, отеках, уменьшении подвижности.

- Обучить пациента (родственников) особенностям диеты, определению водного баланса, приёму назначенных лекарственных препаратов.

- Оказать паллиативную помощь пациенту в терминальной стадии ХНК.

- Оценить степень риска развития пролежней.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;

- методическое пособие для студентов по теме;

- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.

- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;

- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Актуализация темы.

Острая сердечная недостаточность - это внезапно развившееся снижение сократительной функции сердца, приводящее к нарушению внутрисердечной гемодинамики и легочного кровообращения. Чаще всего выражением острой сердечной недостаточности является сердечная астма и отек легких.

Сестринский диагноз – обморок – это кратковременная потеря сознания из-за острой сосудистой недостаточности.

Цель: краткосрочная: сознание пациента восстановится в течение 5 минут.

План сестринских вмешательств:

1. Обеспечить горизонтальное положение пациенту без подушки с приподнятым ножным концом.
2. Обеспечить доступ свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду.
3. Сбрызнуть лицо и грудь холодной водой.
4. Поднести к носу пациента тампон, смоченный нашатырным спиртом.
5. Протереть этим тампоном виски.
6. Похлопать по лицу пациента ладонями.
7. Приложить грелку к ногам, тепло укрыть одеялом.
8. Обеспечить покой на 30 минут.
9. При неэффективности этих мероприятий в течение 5 минут вызвать врача и выполнить его назначения.

По назначению врача ввести под кожу кофеин, кордиамин, адреналин.

– При брадиаритмическом обмороке – 1 мл 0,1% р-ра атропина сульфата, при пароксизмальной тахикардии – новокаиномид, при гипогликемии – 40% глюкоза в/в.

Сестринский диагноз – резкое снижение АД - коллапс – острая сосудистая недостаточность, проявляющаяся резким снижением АД.

Цель: краткосрочная: пациент отметит постепенное повышение АД, время индивидуально.

План сестринских вмешательств:

1. Обеспечить немедленный вызов врача.
2. Обеспечить горизонтальное положение без подушки с приподнятым ножным концом.
3. Обеспечить согревание пациента (тепло укрыть, грелку к ногам, теплый крепкий чай или кофе).
4. Обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляцию увлажненным кислородом.
5. Контролировать АД, пульс, не снимая манжетки каждые 5 минут, до нормализации АД.
6. По назначению врача ввести кофеин, сульфокамфокаин, мезатон, при

отсутствии эффекта – преднизолон.

7. После оказания неотложной помощи – госпитализация в горизонтальном положении.

Хроническая сердечная недостаточность - это неспособность сердца снабжать метаболизирующие ткани кровью и кислородом на уровне, соответствующем их потребностям в покое или при легкой физической нагрузке.

Сестринский диагноз: одышка; сердцебиение; перебои в работе сердца; кашель вначале сухой, затем со слизистой мокротой; отеки; увеличение живота; цианоз; слабость; жажда, плохой сон и аппетит.

Определение периферических отёков, асцита.

Цель: определение периферических отёков на нижних конечностях.

Показания: наблюдение за пациентом с отёками; выявление скрытых отёков, нарастания отёков и контроль за действием диуретических средств.

Последовательность выполнения:

При наличии отёков (скопление жидкости в тканях) необходимо обратить внимание на их локализацию, консистенцию, степень выраженности. Отёк выявляется путём надавливания пальцем на кожу: если он имеется, в месте надавливания остаётся ямка, углубление. Болезненных ощущений при этом у больных не возникает. В случае выраженной отёчности контуры конечностей и суставов сглажены, кожа напряжена, прозрачна, иногда лопается и через трещины просачивается жидкость. При нерезко выраженной отёчности (пастозность) надавливают пальцем на кость в области голени, вследствие чего образуется нечеткое, быстро исчезающее углубление.

Длительно не проходящие отёки вызывают трофические расстройства кожи – она утолщается, грубеет, становится неэластичной, пигментированной; надавливание на неё не оставляет ямки.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

Вариант 1:

1. Обморок – понятие, периоды
2. Коллапс – понятие, причины возникновения
3. Шок – понятие, проявления.
4. Острая сердечная недостаточность – понятие, этиология, клиника.
5. Перечислить симптомы и неотложная помощь сердечной астмы.
6. Дать определение хронической недостаточности кровообращения, назвать причины
7. Функциональные классы ХСН
8. Сестринское обследование при ХСН
9. Сестринский уход при ХСН

Практическая часть.

- Подсчет ЧДД
- Исследование пульса
- Измерение АД
- Аускультация легких
- Определение отёков
- Ингаляторное введение кислорода

- Наложение венозных жгутов
- Внутривенное введение лекарственных средств
- Постановка гипертонической клизмы.
- Приготовление и смена постельного белья больному, находящемуся в тяжелом состоянии.

Под контролем преподавателя выявление жалоб, проведение общего осмотра (оценка общего состояния, сознания, положения, кожных покровов), осмотр сосудов, исследование пульса, измерение АД на периферических артериях, определение отеков. Распознавание симптомов острой сердечной и сосудистой недостаточности. Оказание неотложной помощи при обмороке, коллапсе, шоке, сердечной астме и отеке легких. Организация сестринского процесса при ХСН. Планирование сестринской помощи при одышке, отеках, уменьшении подвижности. Обучение пациента (родственников) особенностям диеты, определению водного баланса, приёму назначенных лекарственных препаратов. Паллиативная помощь пациенту в терминальной стадии ХНК.

Разбор ситуационной задачи.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Подсчет ЧДД
- Исследование пульса
- Измерение АД
- Аускультация легких
- Определение отёков
- Ингаляторное введение кислорода
- Наложение венозных жгутов
- Внутривенное введение лекарственных средств
- Постановка гипертонической клизмы.
- Приготовление и смена постельного белья больному, находящемуся в тяжелом состоянии.

Практическая подготовка №9

Сестринское обследование пациента при заболеваниях органов пищеварения

Знать:

- Последовательность сбора информации
- Факторы, способствующие развитию желудочно-кишечных заболеваний
- Жалобы характерные для патологии Ж-К-Т
- Значение общего осмотра для диагностики желудочно-кишечных заболеваний
- Виды пальпации живота
- Методы дополнительного исследования

Уметь:

- Собрать субъективную и объективную информацию о пациенте с патологией желудочно-кишечного тракта
- Провести осмотр живота и поверхностную пальпацию
- Распознать признаки скрытого и явного кровотечения из желудочно-кишечного тракта

- Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного;
 - Подготовить пациента к дополнительным методам исследования
- Наиболее частой жалобой при патоглогии ж-к-т является боль.

Характеристика боли:

Патология пищевода	Боль за грудиной по ходу пищевода.
Патология желудка	Боли связаны с приёмом пищи. Подразделяются на: <ul style="list-style-type: none"> – ранние - возникающие через 15-20 минут; – поздние – через 1,5-2 часа; – ночные и «голодные», проходящие после приема пищи. Сезонность болей характерна для язвенной болезни.
Патология кишечника	– отсутствует строгая связь с приемом пищи; <ul style="list-style-type: none"> – тесная связь болей с актом дефекации. Они могут возникать до, во время и редко после дефекации или отхождения газов. По характеру кишечные боли могут быть ноющими и схваткообразными. Чаще локализуются вокруг пупка или по ходу толстого кишечника.
Патология печени и желчного пузыря	Локализуются в области правого подреберья, могут быть длительными тупыми или очень сильными, приступообразные. <p>Длительные боли, чаще ноющие, дают ощущение тяжести, давления, расширения в области правого подреберья. Они могут иррадиировать в правое плечо, лопатку, межлопаточное пространство (при хроническом холецистите). Эти боли обычно усиливаются при глубоком дыхании, при перемене положения больного, при ходьбе.</p> <p>Приступообразные боли (печеночная колика) возникают внезапно и быстро приобретают чрезвычайно резкий, невыносимый характер, часто провоцируются приемом жирной жареной пищи.</p>
Патология поджелудочной железы	Особенно острые боли возникают при остром панкреатите. Возникают они внезапно и продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Локализуются в верхней половине живота и нередко носят опоясывающий характер.

Дополнительные методы исследования.

- исследование желудочного сока
- исследование дуоденального содержимого
- исследование кала
- эндоскопические методы исследования
 - исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки - фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС).
 - исследование желчных протоков и протока поджелудочной железы - эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).
 - исследование толстой кишки – фиброколоноскопия (ФКС).

- исследование прямой и сигмовидной кишки – ректороманоскопия (RRS).
- лапароскопия – визуальное исследование брюшной полости с помощью лапароскопа, по показаниям взятие биопсии.
- Ультразвуковое исследование (УЗИ)
- Рентгенологические методы исследования
- Обзорная рентгенограмма брюшной полости.
- Контрастная рентгеноскопия, рентгенография:
- По показаниям используется компьютерная томография органов брюшной полости.

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Дать характеристику болевого синдрома при патологии ж-к-т
2. Дать характеристику понятиям дисфагия, отрыжка, изжога
3. Дать характеристику понятиям тошнота и рвота
4. Дать характеристику понятиям диарея, запор, метеоризм
5. Назвать жалобы при заболеваниях печени
6. Особенности анамнеза у пациентов с заболеваниями пищеварительной системы
7. Данные общего осмотра при заболеваниях ж-к-т
8. Осмотр полости рта
9. Осмотр живота
10. Пальпация живота
11. Перкуссия и аускультация живота
12. Пальпация печени
13. Назвать «пузырные» симптомы при пальпации
14. Дополнительные методы исследования системы пищеварения

Практическая часть.

- Взятие крови из вены на исследование
- Сбор кала на копрологическое исследование
- Сбор кала на яйца гельминтов
- Сбор кала на скрытую кровь
- Сбор кала на бактериологическое исследование
- Фракционное желудочное зондирование
- Дуоденальное зондирование,
- Подготовка пациента к ЭГДС, ирригоскопии, колоноскопии, УЗИ печени и желчного пузыря.

Практическая подготовка №10

Сестринский уход при гастритах и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Знать:

- Сестринская помощь и сестринский процесс при гастритах и язвенной болезни у взрослых, пациентов пожилого и старческого возраста.
- Особенности оказания сестринской помощи в стационарных и поликлинических условиях при гастритах и язвенной болезни.
- Выполнение назначений врача и обучение пациента и семьи, подготовка к обследованиям, медикаментозная терапия.

- Паллиативная сестринская помощь при заболеваниях органов пищеварения.

Уметь:

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств и профилактике заболевания;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Острый гастрит - воспалительное поражение слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением секреции и моторики.

Хронический гастрит - хроническое воспалительное заболевание слизистой желудка с перестройкой ее структуры, прогрессирующей атрофией, нарушением секреторной, моторной и инкреторной функций.

Выделяют А-гастрит (аутоиммунный), В-гастрит (хеликобактерный), С-гастрит (рефлюкс-гастрит), редкие формы (гигантский гипертрофический гастрит, ригидный антральный гастрит). Сестринский диагноз: отрыжка воздухом; отрыжка тухлым; тошнота; тяжесть в эпигастрии; неприятный запах изо рта; рвота натощак; запоры; жидкий стул; похудание. Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушения местных и общих нейрогуморальных регуляторных механизмов образуется пептическая язва стенки желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

Потенциальные проблемы.

1. Кровотечение.
2. Пенетрация.
3. Перфорация.

4. Стеноз привратника.

5. Малигнизация.

Контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Расскажите об особенностях диеты при гастрите с пониженной секрецией желез желудка.
2. Расскажите об особенностях диеты при язвенной болезни.
3. Необходима ли подготовка к взятию кала на скрытую кровь и в чем она заключается.
4. Какие побочные эффекты могут быть при приеме кларитромицина, как его принимать пациенту.
5. Какие побочные эффекты могут быть при приеме омепразола.
6. Какое значение имеет состояние полости для развития патологии пищеварения.
7. Какие рекомендации можно дать пациенту по окончании курса лечения впервые выявленной язвенной болезни.
8. Какие меры необходимы для предотвращения инфицирования хеликобактер пилори в семье пациента, страдающего гастритом или язвенной болезнью.
9. Есть ли особенность приема минеральных вод в зависимости от типа секреции.

Практическая часть.

- Взятие крови из вены на исследование
- Сбор кала на копрологическое исследование
- Сбор кала на яйца гельминтов
- Сбор кала на скрытую кровь
- Сбор кала на бактериологическое исследование
- Фракционное желудочное зондирование
- Дуоденальное зондирование,
- Подготовка пациента к ЭГДС, ирригоскопии, колоноскопии, УЗИ печени и желчного пузыря.
- Уход при рвоте
- Промывание желудка
- Заполнение направлений на исследования
- Постановка очистительной клизмы

Проведение опроса, выявление жалоб, сбор анамнеза, проведение общего осмотра, осмотра и пальпации живота. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов.

Организация сестринского процесса при гастрите. Планирование сестринской помощи при тошноте, отрыжке, рвоте, боли в животе. Обучение пациента (родственников) особенностям диеты, приёму назначенных лекарственных препаратов. Организация сестринского процесса при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Планирование сестринской помощи при боли в животе, изжоге. Распознавание симптомов осложнений язвенной болезни. Оказание неотложной помощи при кровотечении, перфорации.

Разбор ситуационной задачи.

Пациент 48 лет находится на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: язвенная болезнь желудка в фазе обострения.

При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на сильные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжку воздухом, иногда пищей, запоры, вздутие живота, наблюдалась однократная рвота цвета “кофейной гущи”. Больным считает себя в течении 1,5 лет, ухудшение, наступившее за последние 5 дней, больной связывает со стрессом. В окружающем пространстве больной ориентируется адекватно. Тревожен, жалуется на общую слабость, усталость, плохой сон, в контакт вступает хорошо, выражает опасение за свое будущее, сомневается в успехе лечения.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Пульс 64 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст, ЧДД 18 в мин. Язык обложен белым налетом, живот правильной формы, отмечается умеренное напряжение передней брюшной стенки в эпигастральной области, печень, селезенка не пальпируются.

Пациенту назначено:

- Режим постельный, диета №1а.
- ФГДС с биопсией, исследование желудочной секреции.
- Маалокс по 1 суспензии 3 раза в день.
- Де-нол по 1 капсуле 4 раза в день.

Задания:

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено; сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.
3. Объясните пациенту, как правильно подготовиться к ФГДС и желудочному зондированию.
4. Обучите пациента правилам приема назначенных лекарственных средств.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Взятие крови из вены на исследование
- Сбор кала на копрологическое исследование
- Сбор кала на яйца гельминтов
- Сбор кала на скрытую кровь
- Сбор кала на бактериологическое исследование
- Фракционное желудочное зондирование
- Дуоденальное зондирование,
- Подготовка пациента к ЭГДС, ирригоскопии, колоноскопии, УЗИ печени и желчного пузыря.
- Уход при рвоте
- Промывание желудка
- Заполнение направлений на исследования
- Постановка очистительной клизмы

Практическая подготовка №11

Тема: Сестринский уход при раке желудка и хронических заболеваниях кишечника

Цели занятия:

1. Изучить сестринский уход при раке желудка.
2. Изучить сестринский уход при хронических заболеваниях кишечника
3. Сформировать умения анализировать полученные данные.

Для достижения данной цели студент *должен знать*:

- Определение понятий «рак желудка», «энтерит», «колит»
- Распространённость заболеваний
- Причины и факторы риска
- Клинические проявления рака желудка, энтерита и колита
- Принципы диагностики и лечения
- Профилактику и диспансеризацию

уметь:

- Собрать субъективную и объективную информацию о пациенте с раком желудка, хроническими заболеваниями кишечника
- Провести осмотр живота и поверхностную пальпацию
- Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного
- Планировать сестринскую помощь при отсутствии аппетита, снижении массы тела, дефиците самоухода, страхе смерти, поносе, запоре, дефиците массы тела
- Оказать неотложную помощь при желудочно – кишечном кровотечении
- Обучить близких уходу за тяжелобольными
- Оказать паллиативную помощь при раке желудка

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Хронический энтерит - это хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание тонкой кишки, приводящее к морфологическим изменениям слизистой

оболочки и нарушению моторной, секреторной, всасывательной и других функций кишечника.

Причины развития хронического энтерита различны. Это: кишечная инфекция, паразитарные инвазии, пищевая аллергия, алиментарные нарушения и погрешности, безрежимное питание, алкоголизм, интоксикация лекарственными и другими веществами, врожденный дефицит пищеварительных ферментов.

Хронический колит — это воспалительные, дистрофические изменения слизистой толстой кишки, которые сопровождаются ее моторными и секреторными нарушениями.

Этиология

- перенесённые кишечные инфекции (дизентерия и сальмонеллез)
- длительная антибактериальная терапия
- нерациональное питание
- злоупотребление алкоголем
- малоподвижный образ жизни
- радиоактивное облучение

К проблемам пациента относятся:

- Диарея
- Запор
- Метеоризм
- Боли в животе
- Похудание
- Нарушение сна
- Дефицит информации о заболевании
- Чувство стеснительности при проведении процедур на кишечнике

Рак желудка — одна из самых распространённых форм злокачественных новообразований у человека, составляет около 40% от общего числа злокачественных заболеваний. Чаще болеют мужчины 40-60 лет. Этиология до конца не изучена.

Факторы, способствующие развитию рака желудка:

- Наследственная предрасположенность
- Злоупотребление курением, алкоголем
- Нарушение режима питания
- Качественный состав пищи (специи, хлеб, сыр, очень горячая и жирная пища)
- Наличие предраковых заболеваний (полипы желудка, язвенная болезнь, хронический гастрит)

Роль медсестры при данной патологии:

- Оказывать психологическую поддержку пациенту и его родным
- Восполнять дефицит позитивной информации у пациента и его родных по заболеванию
- Выполнять назначения врача
- Оказать медицинскую доврачебную помощь при неотложном состоянии (кровотечение, прободение)
- Дать грамотный совет по диете и режиму
- Осуществить уход при возникших проблемах.

Контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Дать определение раку желудка, назвать факторы, способствующие его возникновению
2. Клиника, диагностика рака желудка
3. Роль м/с при раке желудка
4. Профилактика рака желудка
5. Дать определение хроническому энтериту, назвать причины
6. Рассказать о клинике, диагностики хронического энтерита
7. Дать определение хроническому колиту, назвать причины
8. Клиника, диагностика хронического колита
9. СУ при заболеваниях кишечника

Практическая часть.

- Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному пациенту
- Сбор кала на яйца глистов
- Сбор кала на копрограмму
- Постановка очистительной клизмы
- Подготовка пациента к ректороманоскопии и ирригографии

Проведение опроса, выявление жалоб, сбор анамнеза, проведение общего осмотра, осмотра и пальпации живота. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при заболеваниях кишечника. Планирование сестринской помощи при поносе, запоре, дефиците массы тела. Организация сестринского процесса при раке желудка. Планирование сестринской помощи при отсутствии аппетита, снижении массы тела, дефиците самоухода, страхе смерти. Оказание неотложной помощи при желудочно – кишечном кровотечении. Обучение близких уходу за тяжелобольными.

Разбор ситуационной задачи.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному пациенту
- Сбор кала на яйца глистов
- Сбор кала на копрограмму
- Постановка очистительной клизмы
- Подготовка пациента к ректороманоскопии и ирригографии

Практическая подготовка №12

Тема: Сестринский уход при заболеваниях желчевыводящих путей

Цели занятия:

1. Изучить сестринский уход при заболеваниях желчевыводящих путей.
2. Сформировать умения анализировать полученные данные.

Для достижения данной цели студент *должен знать:*

- Определение понятий «холангит», «холецистит», «дискинезия», «желчно-каменная болезнь»
- Распространённость заболеваний желчевыводящих путей
- Причины, факторы риска

- Клинические проявления, основные проблемы пациентов при заболеваниях желчевыводящих путей

- Принципы диагностики и лечения
- Планирование сестринской помощи при заболеваниях желчевыводящих путей

- Диспансеризацию и профилактику

уметь:

- Собрать субъективную и объективную информацию о пациенте с патологией желчевыводящих путей

- Провести осмотр живота и поверхностную пальпацию

- Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного

- Планировать сестринскую помощь при боли в животе, рвоте

- Оказать неотложную помощь при желчной колике

- Провести беседу с пациентом (социально значимыми лицами) об особенностях диеты при заболеваниях желчевыводящих путей

- Провести тюбаж при хроническом простом холецистите

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;

- методическое пособие для студентов по теме;

- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.

- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;

- мультимедийный проектор;

- классная доска (меловая/маркерная);

- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Желчнокаменная болезнь - это обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием камней в желчных протоках или в желчном пузыре. Чаще желчные камни формируются в желчном пузыре. Желчнокаменная болезнь - распространенная патология.

Виды желчных камней. Различают три основных вида желчных камней, существенно отличающиеся по химическому составу: холестериновые, пигментные и известковые.

Провоцируют приступ желчной колики факторы, усиливающие кинетику желчного пузыря и желчных путей и тем самым способствующие перемещению камней:

- тряская езда;
- резкое физическое напряжение;
- работа в наклонном положении;
- жирная пища;
- пряности;
- копчености;
- острые приправы;
- отрицательные эмоции;
- алкоголь.

Неотложная помощь при желчной колике

Независимые сестринские вмешательства

1. Уложите больного на спину, повернув голову на бок для предупреждения аспирации рвотных масс.

2. Создайте полный психический и физический покой.

3. Примените приемы словесного внушения и отвлечения для снижения интенсивности боли.

4. Приложите грелку на область правого подреберья с целью снятия спазма гладкой мускулатуры желчевыводящих путей.

5. Обеспечьте наблюдение за больным, осуществляя контроль за АД, пульсом, температурой тела.

6. Приготовьте лекарственные средства: 2% раствор но-шпы, 2% раствор папаверина, 0,2% раствор платифиллина, 0,1% раствор атропина, 50% раствор анальгина, баралгин.

Зависимые сестринские вмешательства

1. Подкожно 0,5-1,0 мл 0,1% раствора атропина или 2 мл 2% раствора папаверина или 2 мл 2% но-шпы, внутримышечно 2 мл 50% раствора анальгина.

2. При отсутствии эффекта подкожно 1 мл 2% раствора промедола (или омнопона), 1 мл 0,2% раствора платифиллина.

3. Если боли не купируются и появляются симптомы обтурационной желтухи показано оперативное вмешательство.

Дискинезия желчных путей - расстройство тонуса желчных протоков, проявляющееся нарушением оттока желчи из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку и сопровождающееся появлением болей в правом подреберье, не связанные с воспалительным процессом. Сестринский диагноз: боль в правом подреберье; тошнота; горечь во рту; отрыжка; вздутие живота; запоры; слабость; раздражительность.

Холецистит хронический - хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями желчевыводящей системы.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

Вариант 1:

1. Дать определение понятию ДЖВП и назвать факторы риска
2. Клинические проявления ДЖВП

3. Дать определение хроническому холециститу и назвать причины
4. Назвать факторы риска хронического холецистита
5. Рассказать о клинических проявлениях хронического холецистита
6. Дать определение желчно-каменной болезни, назвать причины
7. Назвать факторы риска ЖКБ
8. Рассказать о клинических проявлениях ЖКБ
9. Дополнительные методы исследования заболеваний желчного пузыря
10. Медикаментозное лечение хронического холецистита, ЖКБ
11. Неотложная помощь при печёночной колике
12. Назвать проблемы пациента при патологии желчного пузыря

Практическая часть.

- Подготовка пациента к дуоденальному зондированию
- Подготовка к холецистографии
- Подготовка пациента к УЗИ желчного пузыря
- Выполнение в/в инъекции
- Взятие крови из вены на исследование

Проведение опроса, выявление жалоб, сбор анамнеза, проведение общего осмотра, осмотра и поверхностной пальпации живота. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при заболеваниях желчевыводящих путей. Планирование сестринской помощи при боли в животе, рвоте. Оказание неотложной помощи при желчной колике. Проведение беседы с пациентом (социально значимыми лицами) об особенностях диеты при заболеваниях желчевыводящих путей. Проведение тюбажа при хроническом простом холецистите.

Разбор ситуационной задачи.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Подготовка пациента к дуоденальному зондированию
- Подготовка к холецистографии
- Подготовка пациента к УЗИ желчного пузыря
- Выполнение в/в инъекции
- Взятие крови из вены на исследование

Практическая подготовка №13

Тема: Сестринский уход при хронических гепатитах и циррозах печени.

Цель:

- углубить, систематизировать и обобщить знания по теме «Сестринская помощь при «циррозе печени»

- сформировать и закрепить тактику медицинской сестры при оказании доврачебной помощи при пищеводном кровотечении

Воспитательные цели:

- стремиться воспитать чувства милосердия, гуманизма, взаимопомощи, коллективизма,

- стремиться к воспитанию чувства ответственности за выполняемую работу, умения контролировать свои эмоции, воспитание чувства долга

Для достижения данной цели студент должен знать:

Знать:

- этапы сестринского процесса
- определение понятия «Цирроза печени»
- этиологию ЦП
- симптоматику и клинические проявления, осложнения
- нарушенные потребности и проблемы пациента (настоящие, потенциальные, приоритетные)

-диагностика, лечение, прогноз, профилактика

уметь:

- провести сестринское обследование пациента с ЦП;
- выявить проблемы пациента и интерпретировать нарушенные потребности;
- спланировать цели ухода и сестринские вмешательства;
- реализовать план ухода;
- оценить полученные результаты и внести коррективы в план ухода;
- выполнить сестринские манипуляции

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при остром бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Хронический гепатит - полиэтиологическое диффузное воспалительное заболевание печени без перестройки ее структуры, проявляющееся астенодиспептическим синдромом, гепатомегалией и нарушением функции печени.

Клиника. Зависит от: формы хронического гепатита (персистирующий, активный, аутоиммунный), фазы заболевания (обострение, ремиссия). Многообразие клинических признаков хронического гепатита объединяются в синдромы: астеновегетативный (сонливость, слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, плохой сон, похудание); диспептический (тошнота, отрыжка, снижение аппетита, чувство полноты и давления в животе после еды, плохая переносимость жиров); печеночных признаков (кровоточивость, желтуха, сосудистые звездочки на теле, повышение в крови уровня сиаловых кислот, билирубина, АлАТ, АсАТ).

Цирроз печени - хроническое прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением массы печеночных клеток, перестройкой структуры паренхимы и сосудистой системы, диффузным развитием соединительной ткани. Заболевание полиэтиологическое: токсические воздействия (4-хлористый углерод), токсикоалиментарные влияния, острый вирусный гепатит, туберкулез, прием лекарственных средств (левомицетин), несбалансированное питание, алкоголизм, белково-витаминная недостаточность.

Клиника. Зависит от: течения болезни (стабильное, медленно прогрессирующее, быстро прогрессирующее), стадии заболевания (начальная - компенсации; развернутая - субкомпенсации; выраженной паренхиматозной и портальной недостаточности - декомпенсации), осложнений (портальная гипертензия, энцефалопатия, кровотечения, рак печени, тромбоз воротной вены). Сестринский диагноз: боль в правом подреберье; чувство тяжести и распирания в животе; горечь и сухость во рту; тошнота; рвота; желтуха; кожный зуд; носовые, маточные, желудочно-кишечные, геморроидальные кровотечения; анорексия; отеки; асцит; слабость; похудание.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Дать определение хроническому гепатиту.
2. Классификация, этиология хронического гепатита.
3. Синдромы при хронических гепатитах.
4. Клиника отдельных видов хронических гепатитов.
5. Диагностика, лечение хронического гепатита.
6. Сестринское обследование при хроническом гепатите.
7. Проблемы пациентов при хроническом гепатите.
8. Дать определение циррозу печени. Этиология, классификация
9. Назвать основные клинические синдромы при циррозе печени
10. Дать характеристику синдрому портальной гипертензии
11. Рассказать о диагностике циррозов печени
12. Рассказать о кровотечении из варикозно расширенных – расширенных вен пищевода.
13. Дать определение печёночной коме.
14. Проблемы пациентов при циррозе печени.

Практическая часть.

- Постановка очистительной клизмы
- Внутривенное введение лекарственных средств
- Применение грелки
- Постановка газоотводной трубки
- Подготовка пациента к УЗИ печени
- Дезинфекция и предстерилизационная обработка медицинского инструментария
- Определение водного баланса
- Применение пузыря со льдом
- Размещение тяжелобольного в постели
- Перемещение тяжелобольного в постели

Проведение опроса, выявление жалоб, сбор анамнеза, проведение общего осмотра, осмотра и поверхностной пальпации живота. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при гепатитах и циррозах печени. Планирование сестринской помощи при сухости и зуде кожи, асците. Распознавание симптомов осложнений цирроза (кровотечений, печеночной комы). Оказание неотложной помощи при кровотечении из варикозно – расширенных вен пищевода и желудка, печеночной коме.

Разбор ситуационной задачи.

Больная М. (мед.сестра), 33 года, жалуется на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, тошноту, рвоту, снижение аппетита, похудание, метеоризм, слабость, снижение работоспособности, повышение температуры до 37,6⁰С, частые носовые кровотечения, кровоточивость дёсен.

Из анамнеза известно, что она перенесла острый вирусный гепатит 6 месяцев назад. Причиной гепатита стала биологическая авария (проколола палец использованной иглой).

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожные покровы и слизистые субъиктеричны, отёков нет. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Печень увеличена, край закруглен, болезненна при пальпации.

Со стороны других органов без изменений.

После обследования был поставлен диагноз: хронический гепатит.

Задания:

1. Выявить проблемы пациента.
2. Составить планы ухода по приоритетным проблемам пациента.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Постановка очистительной клизмы
- Внутривенное введение лекарственных средств
- Применение грелки
- Постановка газоотводной трубки
- Подготовка пациента к УЗИ печени
- Дезинфекция и предстерилизационная обработка медицинского инструментария
- Определение водного баланса
- Применение пузыря со льдом
- Размещение тяжелобольного в постели
- Перемещение тяжелобольного в постели

Практическая подготовка №14

Сестринское обследование пациента при заболеваниях мочевыделительной и кроветворной системы.

Знать:

- Анатомо-физиологические данные органов мочевого выделения
- Типичные жалобы больных, их характеристика
- Особенности анамнеза
- Факторы риска, способствующие возникновению заболеваний почек
- Внешние признаки заболеваний

- Терминологию, обозначающую изменения диуреза и состава мочи
- Дополнительные методы исследования органов мочевого выделения

Уметь:

- Собрать субъективную и объективную информацию о пациенте с патологией мочевыделительной системы
- Провести осмотр поясничной области и определить симптом поколачивания
- Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного
- Трактовать общий анализ мочи

Знать:

- Анатомо-физиологические данные системы кроветворения.
- Форменные элементы крови, их роль.
- Нормальные показатели общего анализа крови.
- Понятия, характеризующие отклонения в общем анализе крови.
- Определение понятия «Анемия».
- Классификацию анемий
- Проявления общеанемического синдрома

Уметь:

- Собрать информацию о пациенте с анемией.
- Провести общий осмотр пациента.
- Подготовить пациента к взятию крови из пальца на общий анализ крови.
- Оценить клинический анализ крови.
- Обучить пациента самоконтролю за пульсом и АД.

Обследование пациента с заболеваниями мочевыделительной системы проводится по общепринятой схеме. На первом этапе проводят сбор жалоб. К основным жалобам пациента относят: отеки, расстройство мочеотделения, боль, артериальная гипертензия, лихорадка.

Отеки – одна из наиболее ранних и частых жалоб при заболеваниях почек.

Особенности почечных отеков:

1. развиваются быстро (внезапно), утром, часто оказываясь первым признаком заболевания;
2. раньше всего появляются на лице (в местах с наиболее рыхлой клетчаткой: веки, параорбитальная область), распространяясь потом по всему телу;
3. кожные покровы бледные, теплые;
4. мягкие (легкое надавливание ведет к образованию хорошо заметной ямки);
5. быстро нарастают и могут быстро исчезать.

ВОПРОС №7

1. Полиурия – стойкое увеличение количества выделяемой мочи (более 2000 мл/сут).
2. Олигурия – стойкое уменьшение выделяемой мочи (менее 500 мл/сут).
3. Анурия - резкое снижение диуреза (менее 50 мл/сут) или полное прекращение выделения мочи.
4. Ишурия – задержка мочи, когда мочеиспускание отсутствует, несмотря на переполнение мочевого пузыря.
5. Парадоксальная ишурия – когда моча непрерывно выделяется каплями из переполненного мочевого пузыря (аденома, рак простаты).

6. Острая задержка мочи может возникнуть при заболеваниях предстательной железы (аденома, рак), уретритах.

7. Поллакиурия – (учащенное мочеиспускание малыми порциями) – симптом раздражения мочевого пузыря при его воспалении (цистит).

8. Странгурия – болезненность и рези при мочеиспускании:

9. Дизурия – затрудненное болезненное мочеиспускание.

10. Изурия – выделение мочи в течение суток приблизительно равными порциями через равные промежутки времени. Указывает на потерю почками способности регулировать количество и концентрацию выделяемой мочи (ХПН).

11. Никтурия – учащение мочеиспускания в ночное время с увеличением ночного диуреза.

12. Недержание мочи – непроизвольное выделение мочи из мочевого пузыря с отсутствием позывов на мочеиспускание (заболевания центральной и периферической нервной системы, приводящие к нарушению функции сфинктера мочевого пузыря).

13. Неудержание мочи – невозможность удержать мочу в мочевом пузыре при очень сильных позывах на мочеиспускание (острый и хронический цистит или опухоль шейки мочевого пузыря, опущение передней стенки влагалища).

К форменным элементам крови относятся эритроциты, лейкоциты и тромбоциты.

Продолжительность жизни эритроцита в кровяном русле составляет 80-120 дней, нейтрофилов - 4-10 часов, тромбоцитов - 8-9 суток. Лимфоциты по своей структуре неоднородны, продолжительность их жизни различна.

Эритроциты выполняют транспортную функцию, благодаря наличию в них железосодержащего пигмента - гемоглобина, они способны переносить молекулы кислорода и углекислого газа.

Лейкоциты - несут защитную функцию. Они играют большую роль в выработке антител и сами способны фагоцитировать микроорганизмы.

Тромбоциты - являются клеточной основой образования кровяного сгустка (тромба), что предотвращает большую кровопотерю при наружных и внутренних кровотечениях.

- эритроциты: (у мужчин) $4,5-5 \cdot 10^{12}/л$
(у женщин) $3,7-4,5 \cdot 10^{12}/л$;

- гемоглобин: (у мужчин) 130-160 г/л
(у женщин) 120-140 г/л;

- цветовой показатель - 0,85-1,05;

- лейкоциты $4,0-9,0 \cdot 10^9/л$;

- тромбоциты $180-320 \cdot 10^9/л$;

- СОЭ: (у мужчин) - 2-10 мм/час
(у женщин) - 2-15 мм/час;

Лейкоцитарная формула:

Базофилы - 0 - 0,5%

Эозинофилы - 3-4%

Нейтрофилы: (палочкоядерные) 2-4%
(сегментоядерные) 57-72%

Моноциты - 3-11%

Лимфоциты - 17-30%.

При заболеваниях крови ряд общих жалоб может выступать на первый план. Это слабость утомляемость, одышка, головокружение, потеря трудоспособности. Лихорадка

при заболеваниях крови связана с пирогенным действием продуктов распада эритроцитов, лейкоцитов или с присоединением инфекции.

Зуд кожи при лимфогранулематозе может быть первым признаком болезни задолго до появления других симптомов. При В-12 дефицитной анемии характерно нарушение болевой и температурной чувствительности, ощущение онемения, «ползания мурашек» (парестезии), а в тяжелых случаях шаткость походки, головокружения (признаки поражения нервной системы).

Со стороны органов ЖКТ отмечается потеря аппетита и как результат этого похудание, извращение вкуса, обоняния (больные едят глину, мел, вдыхают пары бензина, эфира и др.), жжение кончика языка (хантеровский глоссит).

Боли в костях при лейкозах связаны с пролиферацией клеток костного мозга. А чувство распирания, боли в левом подреберье обусловлены вовлечением в патологический процесс селезенки. Нужно знать, что при значительном увеличении селезенки разрыв ее может произойти даже при небольшой травме.

Ощущение тяжести или боли в правом подреберье связаны с вовлечением в патологический процесс печени (лейкозы, гемолитическая анемия).

Симптомы, связанные с повышенной кровоточивостью (кровотечения, геморрагические высыпания) характерны для лейкозов и геморрагических диатезов.

Фронтальный опрос.

1. Назвать основные жалобы пациентов с заболеваниями почек и рассказать об отёках
2. Рассказать о дизурических расстройствах
3. Характеристика болевого синдрома при заболеваниях почек
4. Рассказать о жалобах со стороны других органов и систем
5. Сбор анамнеза при заболеваниях почек
6. Значение общего осмотра при заболеваниях почек
7. Осмотр области почек, перкуссия и пальпация почек
8. Нормальные показатели общего анализа мочи
9. Анализ мочи по Нечипоренко
10. Сбор мочи по Зимницкому
11. Биохимическое исследование крови
12. Инструментальные методы исследования почек
13. Состав и функция крови
14. Функции форменных элементов
15. Нормальные показатели общего анализа крови
16. Понятие о лейкоцитарной формуле
17. Жалобы пациентов при заболеваниях крови
18. Особенности анамнеза у больных с заболеваниями крови
19. Объективное обследование при заболеваниях крови

Практическая часть.

- Определение водного баланса
- Заполнение направлений на исследования
- Подготовка пациента к сбору мочи на общий анализ и его трактовка
- Подготовка пациента к сбору мочи по Нечипоренко, по Зимницкому
- Измерение АД на периферических артериях
- Исследование пульса
- Подготовка пациента к экскреторной урографии

- Подготовка пациента к УЗИ почек
- Подсчет ЧДД
- Исследование пульса
- Измерение АД

Практическая подготовка №15
Сестринский уход при гломерулонефритах, пиелонефритах, хронической почечной недостаточности.

Для достижения цели студент *должен знать*:

- Определение понятия «гломерулонефрит»
- Эпидемиологию и причины заболевания
- Классификацию гломерулонефритов
- Клинические проявления
- Осложнения острого гломерулонефрита (эклампсия, ОПН, отек легких)
- Неотложную помощь при осложнениях
- Принципы диагностики и лечения
- Профилактику и реабилитацию больных
- Диспансеризацию

уметь:

- Собрать субъективную и объективную информацию о пациенте с гломерулонефритом
 - Провести осмотр поясничной области и определить симптом поколачивания
 - Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного с гломерулонефритом
- Планировать сестринскую помощь при отеках, головной боли, ограничении подвижности
 - Оказать неотложную помощь при осложнениях гломерулонефрита
 - Провести беседу с пациентом (социально значимыми лицами) об особенностях диеты при гломерулонефритах
 - Трактовать общий анализ мочи

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с

результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мочи, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Острый диффузный гломерулонефрит - двустороннее иммунное воспалительное заболевание почек инфекционно-аллергической природы с преимущественным поражением клубочкового аппарата нефрона.

Вызывается бета-гемолитическим стрептококком группы А. Важное значение имеет предшествующее переохлаждение организма, вирусная инфекция, ангина. Клиника. Зависит от формы болезни (классическая - мочевого синдром, нефротический отек, артериальная гипертония; бисиндромная – мочевого синдром в сочетании или с нефротическим синдромом или с артериальной гипертонией; моносиндромная – изолированный мочевого синдром; нефротическая), осложнений (острая почечная недостаточность, острая почечная гипертензионная энцефалопатия, острая сердечная недостаточность).

Хронический диффузный гломерулонефрит - хроническое иммунновоспалительное заболевание обеих почек. Характеризуется первичным поражением клубочкового аппарата, последующим вовлечением остальных структур почки, прогрессирующим течением, развитием хронической почечной недостаточности. Развивается обычно после острого нефрита (сразу после него или спустя какое-то время). Признается развитие хронического нефрита без предшествующего острого периода болезни - первично-хронический нефрит.

Клиника. Зависит от: варианта болезни (латентный, нефротический, гипертонический, гематурический, смешанный), стадии заболевания (компенсации, субкомпенсации, декомпенсации), фазы воспаления (обострение, ремиссия), течения (доброкачественное, злокачественное).

Сестринский диагноз: отеки на лице; боль в пояснице; гипертермия; головокружение; головная боль; боль в сердце; сердцебиение; одышка; слабость; плохой аппетит.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Дать определение гломерулонефриту. Назвать причины и способствующие факторы
2. Назвать основные синдромы острого гломерулонефрита и рассказать про отёчный синдром
3. Гипертонический, мочевого синдром при остром гломерулонефрите
4. Хронический гломерулонефрит, причины
5. Клинические формы хронического гломерулонефрита
6. Дать определение ОПН. Назвать стадии, клинику.
7. Эклампсия: клиника и неотложная помощь.
8. Дополнительные методы исследования при гломерулонефрите.
9. Медикаментозное лечение при гломерулонефрите.
10. Проблемы пациентов при гломерулонефрите.

11. Сестринский уход при гломерулонефрите.

Практическая часть.

- Определение водного баланса
- Подготовка пациента к сбору мочи на общий анализ и его трактовка
- Подготовка пациента к сбору мочи по Нечипоренко, по Зимницкому
- Измерение АД на периферических артериях
- Исследование пульса
- Заполнение контрольной карты диспансерного наблюдения Ф – 030/у

Проведение опроса, выявление жалоб, предрасполагающих факторов, сбор анамнеза, проведение общего осмотра (оценка тяжести общего состояния, сознания, положения в постели, осмотр кожи), определение симптома поколачивания поясничной области. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при гломерулонефритах. Планирование сестринской помощи при отеках, головной боли, ограничении подвижности. Оказание неотложной помощи при осложнениях гломерулонефрита. Проведение беседы с пациентом (социально значимыми лицами) об особенностях диеты при гломерулонефритах.

Разбор ситуационной задачи.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Определение водного баланса
- Подготовка пациента к сбору мочи на общий анализ и его трактовка
- Подготовка пациента к сбору мочи по Нечипоренко, по Зимницкому
- Измерение АД на периферических артериях
- Исследование пульса
- Заполнение контрольной карты диспансерного наблюдения Ф – 030/у.

Сестринский уход при пиелонефритах и мочекаменной болезни.

Для достижения цели студент *должен знать*:

- Определение понятий «пиелонефрит», «мочекаменная болезнь»
- Причины и факторы риска заболеваний
- Клинические проявления, осложнения
- Принципы диагностики и лечения
- Профилактику и реабилитацию
- Диспансеризацию больных

уметь:

- Собрать субъективную и объективную информацию о пациенте с пиелонефритом и мочекаменной болезнью
 - Провести осмотр поясничной области и определить симптом поколачивания
 - Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного с пиелонефритом и мочекаменной болезнью
- Планировать сестринскую помощь при болях в пояснице, лихорадке, расстройстве мочеиспускания
 - Оказать неотложную помощь при почечной колике
 - Провести беседу с пациентом (социально значимыми лицами) об особенностях диеты при пиелонефритах

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:
- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Острый пиелонефрит - неспецифическое воспаление чашечно-лоханочной системы и интерстициальной ткани почек. Может быть односторонним и двусторонним. Возбудителями является кишечная палочка, энтерококки, стафилококки, протей, стрептококки.

Различают: первичный пиелонефрит - возникновению болезни не предшествовали другие болезни и дефекты развития почек и мочевых путей; вторичный пиелонефрит - развивается на фоне предшествующего патологического изменения почек и мочевыводящих путей. К ним относятся: мочекаменная болезнь, дефекты развития почек, гипертрофия предстательной железы у мужчин, стриктура мочеточника или уретры.

Наиболее часто пиелонефрит начинается характерной клинической триадой - лихорадкой, болями в пояснице, нарушениями мочеиспускания.

Выделяют 5 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

– 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

– 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
- мочевого синдром мало выражен и непостоянный

5) гематурическая форма

- постоянная микро- или макрогематурия
- клинические проявления скудны
- диагноз сложен

Сестринский диагноз: лихорадка; озноб; головная боль; боль в пояснице; боль в животе; тошнота; рвота; частое мочеиспускание.

Мочекаменная болезнь- это хроническое заболевание, характеризующееся образованием мочевых камней (конкрементов) в почках и мочевых путях, в результате нарушения обмена веществ.

Чаще болеют лица 30-40 лет, преимущественно мужчины (4:1).

Главным симптомом заболевания является приступ почечной колики:

- сильная боль в пояснице справа и слева, отдающая в паховую область
- может сопровождаться рвотой и даже потерей сознания
- в моче может появиться кровь
- боли сопровождаются частыми и болезненными мочеиспусканиями
- провоцирующим фактором почечной колики может быть значительное

физическое напряжение, тряская езда, травма

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

Вариант 1:

1. Дать определение пиелонефриту. Назвать причины.
2. Назвать факторы, предрасполагающие к развитию пиелонефрита.
3. Клиника острого пиелонефрита.
4. Клинические формы хронического пиелонефрита.
5. Диагностика пиелонефрита.
6. Проблемы пациента при пиелонефрите.
7. Дать определение мочекаменной болезни, виды камней.
8. Этиология и предрасполагающие факторы при МКБ.
9. Клиника, диагностика, лечение МКБ
10. Неотложная помощь при почечной колике.

Практическая часть.

- Подготовка пациента к сбору мочи на общий анализ и его трактовка
- Подготовка пациента к сбору мочи по Нечипоренко, по Зимницкому
- Уход за промежностью и наружными половыми органами больному, находящемуся в тяжелом состоянии

- Пособие при мочеиспускании больного, находящегося в тяжелом состоянии
- Катетеризация мочевого пузыря у женщин

Проведение опроса, выявление жалоб, предрасполагающих факторов, сбор анамнеза, проведение общего осмотра (оценка тяжести общего состояния, сознания,

положения в постели, осмотр кожи), определение симптома поколачивания поясничной области. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при пиелонефрите и мочекаменной болезни. Планирование сестринской помощи при болях в пояснице, лихорадке, расстройстве мочеиспускания. Оказание неотложной помощи при почечной колике. Проведение беседы с пациентом (социально значимыми лицами) об особенностях диеты при пиелонефритах.

Разбор ситуационной задачи.

Обучение практическим манипуляциями по алгоритму:

- Подготовка пациента к сбору мочи на общий анализ и его трактовка
- Подготовка пациента к сбору мочи по Нечипоренко, по Зимницкому
- Уход за промежностью и наружными половыми органами больному,

находящемуся в тяжелом состоянии

- Пособие при мочеиспускании больного, находящегося в тяжелом состоянии
 - Катетеризация мочевого пузыря у женщин
- Тема: Сестринский уход при хронической почечной недостаточности

Для достижения данной цели студент *должен знать*:

- Определение понятий «ХПН», «уремия»
- Эпидемиологию и причины ХПН
- Клинические проявления по стадиям заболевания
- Уремическую кому, неотложную помощь
- Принципы диагностики
- Современные принципы лечения (подготовка пациента к программному

гемодиализу)

- Профилактику ХПН
- Диспансеризацию

уметь:

- почечной недостаточностью
- Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного с хронической

почечной недостаточностью

- Планировать сестринскую помощь при сухости и зуде кожи, тошноте, запорах
- Оказать неотложную помощь при уремической коме
- Обучить близких уходу за тяжелобольными
- Оказать паллиативную помощь пациентам в терминальной стадии ХПН

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);

□ экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мочи, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Острая почечная недостаточность - быстрое прекращение (в течение нескольких часов или дней) выделительной функции почек. Характеризуется анурией и задержкой в организме азотистых шлаков. Эти изменения являются результатом острого тяжелого поражения почечного кровотока, клубочковой фильтрации, канальцевой секреции и канальцевой реабсорбции.

Причины делятся на преренальные, ренальные и постренальные факторы. К преренальным факторам относятся: электротравма, кровопотеря, бактериальный шок, анафилактический шок, кардиогенный шок, другие виды шока; к ренальным - острый нефрит, пиелонефрит, почечная колика, опухоли почек; к постренальным - отравление нефротическими ядами (ртутные соли), прием в пищу ядовитых грибов, укусы змей и насекомых.

Клиника. Зависит от стадии болезни (начальная, олигурическая, восстановления диуреза, выздоровления).

Сестринский диагноз: головная боль; одышка; боль в животе; боль в сердце; запоры.

Хроническая почечная недостаточность - патологический симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, нарушением экскреторной и инкреторной функции почек, всех видов обмена веществ, деятельности органов и систем. Весь комплекс развивающихся клинических и лабораторных признаков хронической почечной недостаточности называется уремией.

Причины хронической почечной недостаточности - все болезни почек и патологические нарушения, вызывающие нарушения функции почек. Чаще всего причиной ХПН является хронический гломерулонефрит. Клиника. Зависит от: стадии ХПН (компенсации, субкомпенсации и декомпенсации).

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Дать определение ХПН
2. Назвать причины и патогенез ХПН
3. Рассказать о стадиях ХПН
4. Назвать клинические признаки уремии
5. Клиника терминальной стадии ХПН
6. Диагностика ХПН
7. Диетотерапия при ХПН
8. Коррекция нарушений водно-электролитного баланса при ХПН
9. Лечение, направленное на снижение азотемии
10. Коррекция ацидоза

11. Принципы лечения ХПН в терминальной стадии
12. Активные методы лечения ХПН
13. Проблемы пациента при ХПН
14. Сестринский уход при ХПН

Практическая часть.

- Уход за кожей тяжелобольного пациента
- Постановка очистительной клизмы
- Уход за сосудистым катетером
- Уход за промежностью и наружными половыми органами больному, находящемуся в тяжелом состоянии

- Пособие при мочеиспускании больного, находящегося в тяжелом состоянии
Проведение опроса, выявление жалоб, предрасполагающих факторов, сбор анамнеза, проведение общего осмотра (оценка тяжести общего состояния, сознания, положения в постели, осмотр кожи).

Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при хронической почечной недостаточности. Планирование сестринской помощи при сухости и зуде кожи, тошноте, запорах. Оказание неотложной помощи при уремической коме. Обучение близких уходу за тяжелобольными. Уход за кожей тяжелобольного пациента.

Разбор ситуационной задачи.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Уход за кожей тяжелобольного пациента
- Постановка очистительной клизмы
- Уход за сосудистым катетером
- Уход за промежностью и наружными половыми органами больному, находящемуся в тяжелом состоянии
- Пособие при мочеиспускании больного, находящегося в тяжелом состоянии

Практическая подготовка №16

Тема: Сестринский уход при анемиях.

Цели занятия:

1. Учебная – закрепить и углубить знания, полученные на теоретических занятиях. Овладеть на практике сестринского процесса при заболеваниях крови.
2. Воспитательная – воспитывать ответственность, умение четко и грамотно выполнять свои обязанности, соблюдать этические нормы в профессии.
3. Развивающая – научить анализировать возможные ситуации, принимать решения и делать выводы.

Студент должен знать:

- АФО органов кроветворения,
- форменные элементы крови и их функции,
- причины анемий и факторы риска,
- клинические варианты,
- возможные проблемы пациентов,
- принципы лечения, профилактики.

Студент должен осуществить:

- сестринский процесс при анемиях,
- собрать информацию,
- постановку сестринских диагнозов,
- выявить настоящие и потенциальные проблемы пациента,
- определить цели,
- спланировать сестринскую помощь по уходу,
- оценить результаты ухода,

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения,

ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Анемия - это клинико-гематологический синдром, характеризующийся уменьшением количества эритроцитов и/или гемоглобина в единице крови вследствие их общего уменьшения в организме.

Классификация. С учетом этиологии и патогенеза анемии делят на три группы:

- анемии вследствие кровопотери;
- анемии вследствие нарушения кровообразования;
- анемии вследствие повышенного кроверазрушения.

В зависимости от конкретного патогенетического механизма образования выделяют следующие виды анемии:

- железодефицитные анемии;
- В12 и фолиеводефицитные анемии;
- гемолитические анемии;
- апластические анемии.

В дополнение к указанным этиопатогенетическим классификациям различают также три группы анемий в зависимости от степени насыщенности эритроцитов гемоглобином:

- нормохромные (цветной показатель от 0,8 до 1,05);
- гипохромные (цветной показатель менее 0,8);

- гиперхромные (цветной показатель более 1,05).

Железодефицитные анемии по частоте занимают безусловно лидирующее место и составляют около 80% всех анемий. Наиболее подвержены заболеванию железодефицитной анемией женщины детородного возраста и дети.

В клинике железодефицитной анемии доминируют два синдрома: анемический и сидеропенический.

Потенциальные проблемы.

1. Риск травматизации и инфицирования кожи, а также возникновение пролежней вследствие ее трофических изменений и снижения иммунитета.

2. Риск травматизации из-за выраженной слабости и головокружения.

3. Риск развития сердечно-сосудистой недостаточности.

4. Риск развития недержания кала и мочи.

В₁₂-дефицитная анемия. Заболевание развивается в результате атрофии слизистой оболочки фундального отдела желудка, где продуцируется внутренний фактор Кастла (гастромукопротеин).

Развернутая картина обострения характеризуется триадой синдромов: анемического; желудочно-кишечного; неврологического.

Вопросы для фронтального опроса

1. Назовите органы кроветворения.
2. Перечислите форменные элементы крови.
3. Функции эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов.
4. Дать определение понятию «постгеморрагические анемии».
5. Перечислить факторы риска.
6. Клинические симптомы анемий.
7. Перечислить варианты дефицитных анемий.
8. Клинические проявления железодефицитной анемии.
9. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза железодефицитной и В₁₂-дефицитной анемий?
10. Принципы лечения анемий.
11. Принципы ухода при железодефицитной анемии.
12. Дайте характеристику лечебного питания при ЖДА и В₁₂-дефицитная анемии.
13. Расскажите правила приема препаратов железа и побочные эффекты от их приема.

Практическая часть.

Преподаватель: Осуществляет сбор информации у пациента с анемиями с одновременным уточнением знания теоретического материала путем опроса студентов. После сбора информации дает задание поставить сестринские диагнозы, слушает, оценивает знания. Дает задание по III этапу сестринского процесса. Слушают, задают пациенту вопросы, наблюдают за ходом осмотра, определяют цвет кожных покровов, ЧДД, пульс, АД. Отвечают на вопросы. Формулируют настоящие (физиологические и психологические) и потенциальные сестринские диагнозы. Выделяют приоритеты. Проводят планирование по уходу

Проведение опроса, выявление жалоб, предрасполагающих факторов, сбор анамнеза, проведение общего осмотра (оценка тяжести общего состояния, сознания, положения в постели, осмотр кожи), исследование пульса, измерение артериального

давления на периферических артериях. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при анемиях. Планирование сестринской помощи при нарушении аппетита, слабости, дефиците самоухода.

Разбор ситуационной задачи.

Пациентка 27 лет поступила на стационарное лечение с диагнозом: «Железодефицитная анемия». При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке, ломкость ногтей, выпадение волос.

Пациентка хорошо идет на контакт, но выражает опасение по поводу возможности длительного пребывания в стационаре.

Объективно: рост 165 см, масса тела 56 кг, кожные покровы и видимые слизистые бледные, волосы тусклые, ногти ломкие. ЧДД 20 в минуту, пульс 76 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, не напряжен, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Назначено:

1. Анализ крови на ВИЧ.
2. Фиброгастродуоденоскопия.

Задания:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено, определите потребности пациентки.
2. Поставьте цель и составьте план сестринских вмешательств с их мотивацией.
3. Объясните пациентке как подготовиться к ФГДС.
4. Обучите пациентку правильному питанию при железодефицитной анемии.
5. Продемонстрируйте технику взятия крови на ВИЧ.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Обработка рук на гигиеническом уровне
- Применение стерильных перчаток
- Выполнение подкожной инъекции
- Выполнение внутримышечной инъекции

Практическая подготовка №17

Сестринский уход при лейкозах и геморрагических диатезах

Цель занятия:

- Организовать деятельность студентов по изучению и закреплению знаний сестринского ухода при лейкозах, причин их возникновения, клинических проявлений, диагностике, лечению, профилактике и роли медицинской сестры в осуществлении сестринского процесса.
- Обеспечить формирование у студентов умений анализировать, сравнивать, выделять главное, формулировать проблемы пациентов при лейкозах.
- Содействовать развитию у студентов элементов самоконтроля, самооценки, самокоррекции учебной деятельности.

Для достижения данной цели студент *должен знать*:

- определение понятия «лейкоз»;
- причины, предрасполагающие факторы развития лейкозов;

- клинические проявления лейкозов острых и хронических;
- принципы диагностики и лечения;
- механизм действия и группы лекарственных препаратов, применяемых для лечения лейкозов;

- проблемы пациентов и варианты их решения;
- особенности сестринского ухода при лейкозах.

уметь:

- осуществлять сестринский уход при лейкозах;
- эффективно общаться с пациентом в процессе учебной деятельности;
- соблюдать принципы профессиональной этики.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Лейкозы - это опухоли из кроветворных клеток с первичной локализацией в костном мозге. Они подразделяются на острые и хронические. Причем в основе этого деления лежит не только особенности течения заболевания, но и морфологическая основа опухолевых клеток крови.

Острый лейкоз

Клиника. Острый лейкоз может возникать в любом возрасте. Начинаться заболевание может по-разному - постепенно или остро. Чаще наблюдается острое начало заболевания.

Развернутая клиническая картина заболевания характеризуется следующими 5 клиническими синдромами: 1) лихорадочным; 2) инфекционно-воспалительным и язвенно-некротическим; 3) геморрагическим; 4) анемическим; 5) синдромом внекостномозговых локализаций.

Потенциальные проблемы.

1. Риск развития инфекционных осложнений.
2. Риск острых массивных кровотечений.

3. Риск травматизации вследствие резкой слабости.
4. Риск развития острой сердечной недостаточности.
5. Риск развития температурного кризиса.
6. Риск развития пролежней.

План сестринских вмешательств

Краткосрочная цель: снижение лихорадки к концу 1-й недели пребывания пациента в стационаре.

Долгосрочная цель: нормализация температуры к моменту выписки.

Планирование Мотивация

Режим: строгий постельный. Положение в постели – с приподнятым изголовьем. Палата боксированная (асептический блок). Профилактика развития острой сердечной недостаточности. Профилактика вторичной инфекции.

Обеспечить удобный прием полужидкой негорячей легкоусваиваемой пищи в течение. Максимальное щажение слизистой оболочки полости рта и глотки.

Обеспечить прием обильного количества витаминизированной жидкости (не-кислые соки, кисель, морс, компот) Уменьшение интоксикации.

Парентеральное питание по назначению врача. Скорость инфузии определяет врач.

Невозможность энтерального питания, необходимость получения питательных веществ.

Хронический миелолейкоз – злокачественная опухоль кроветворной ткани, исходящая из клеток-предшественниц миелопоэза.

Хронический лимфолейкоз представляет собой опухолевое заболевание лимфоидной ткани. Основным его морфологическим субстратом являются зрелые лимфоциты, которые разрастаются и накапливаются в костном мозге, печени, селезенке и лимфатических узлах.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Дайте определение лейкоза?
2. Назовите причины лейкозов.
3. Назовите синдромы острого лейкоза?
4. Назовите дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
5. Назовите изменение в клиническом анализе крови при остром лейкозе?
6. Назовите лечение острого лейкоза.
7. Хронический лейкоз определение
8. Назовите этиологические факторы хронического лейкоза?
9. Назовите периоды хронических лейкозов?
10. Назовите изменения в крови при хронических лейкозах?
11. Назовите лечение хронических лейкозов?
12. Назовите профилактику лейкозов?
13. Назовите особенности сестринского ухода при лейкозах?

Практическая часть.

- выполнения назначений врача и оценки результатов сестринских вмешательств;
- организации сестринского ухода за пациентами при лейкозах.

Проведение опроса, выявление жалоб, предрасполагающих факторов, сбор анамнеза, проведение общего осмотра (оценка тяжести общего состояния, сознания,

положения в постели, осмотр кожи), исследование пульса, измерение артериального давления на периферических артериях. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при лейкозах. Планирование сестринской помощи при повышенной кровоточивости, лихорадке, слабости, дефиците самоухода. Уход за сосудистым катетером. Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером. Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд. Уход за полостью рта. Обучение близких уходу за тяжелобольными.

Разбор ситуационной задачи.

Обучение практическим манипуляциям по алгоритму:

- Уход за кожей и профилактика пролежней.
- Уход за полостью рта.
- Кормление тяжелобольных и уход за назогастральным зондом.
- Кислородотерапия и уход за носовым катетером.
- Постановка периферического в/в катетера и уход за ним.

Сестринский уход при геморрагических диатезах

Цель занятия:

- Организовать деятельность студентов по изучению и закреплению знаний сестринского ухода при лейкозах, причин их возникновения, клинических проявлений, диагностике, лечению, профилактике и роли медицинской сестры в осуществлении сестринского процесса.

- Обеспечить формирование у студентов умений анализировать, сравнивать, выделять главное, формулировать проблемы пациентов при лейкозах.

- Содействовать развитию у студентов элементов самоконтроля, самооценки, самокоррекции учебной деятельности.

Для достижения данной цели студент *должен знать:*

- Определение понятия «геморрагические диатезы».
- Причины и клинические проявления тромбоцитопенической пурпуры, гемофилии и геморрагического васкулита.

- Сестринский процесс при решении проблем пациента на различных этапах развития лейкозов.

- Диспансеризацию пациентов с геморрагическими диатезами.

уметь:

- Собрать субъективную и объективную информацию о пациенте с геморрагическим синдромом.

- Выявить настоящие и потенциальные проблемы больного.

- Планировать сестринскую помощь при повышенной кровоточивости, слабости, дефиците самоухода, дефиците информации о заболевании.

- Подготовить пациента к взятию крови из вены на исследование.

- Оказать помощь при анафилактическом шоке.

- Соблюдать инфекционную безопасность.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;

- методическое пособие для студентов по теме;

- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.

- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Геморрагический диатез – это обширная группа заболеваний системы крови со склонностью к повторным кровотечениям, которые возникают как самопроизвольно, так и под влиянием незначительных травм.

Геморрагический васкулит – это системное сосудистое заболевание, характеризующееся воспалением мелких сосудов (капилляров, венул, артериол) и поражением кожи, кишечника, почек, суставов.

I. Нарушения физиологических потребностей:

1.1. Нарушения дыхания:

- Одышка
- кровохарканье

1.2. Нарушение питания:

- снижение аппетита, отсутствие аппетита, нарушение глотания

1.3. Нарушения выделения:

- Запор, метеоризм

1.4. Нарушение комфорта:

- Слабость, головокружение
- ночная потливость, озноб

II. Нарушения потребности безопасности:

- снижение работоспособности
- уменьшение возможности самообслуживания
- уменьшение физической активности
- дефицит знаний о заболевании, факторах риска

III. Нарушения социальных потребностей:

- нарушение профессиональных связей

IV. Нарушения психо-социальных потребностей:

- беспокойство, страх, тревога
- снижение уровня независимости, повседневной активности
- боязнь оказаться несостоятельным в обществе

V. Нарушения самовыражения:

- снижение творческой активности

VI. Крах потребностей:

- кровотечения, кровоизлияния
- боли в мышцах и суставах

Приоритетными проблемами пациентов при геморрагических диатезах являются, кровотечения, кровоизлияния, боли в мышцах, суставах, слабость, головокружение, снижение или отсутствие аппетита, озноб.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Дать понятие геморрагическим диатезам
2. Классификация геморрагических диатезов
3. Дать понятие идиопатической тромбоцитопенической пурпуре
4. Клиника идиопатической тромбоцитопенической пурпуры
5. Лечение идиопатической тромбоцитопенической пурпуры
6. Дать понятие геморрагическому васкулиту
7. Клиника геморрагического васкулита
8. Лечение геморрагического васкулита
9. Дать понятие гемофилии
10. Клиника гемофилии
11. Лечение гемофилии
12. Сестринское обследование при геморрагических диатезах
13. Проблемы пациентов при геморрагических диатезах
14. Сестринские вмешательства при геморрагических диатезах

Практическая часть.

- Взятие крови из вены на исследование.
- Внутривенное введение лекарственных средств.
- Проведение инфузионной терапии.
- Обработка кожи и слизистых при контакте с биологическими жидкостями.

Самостоятельная работа. Проведение опроса, выявление жалоб, предрасполагающих факторов, сбор анамнеза, проведение общего осмотра (оценка тяжести общего состояния, сознания, положения в постели, осмотр кожи), исследование пульса, измерение артериального давления на периферических артериях. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при геморрагических диатезах.

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Взятие крови из вены на исследование.
- Внутривенное введение лекарственных средств.
- Проведение инфузионной терапии.
- Обработка кожи и слизистых при контакте с биологическими жидкостями.

Практическая подготовка №18

Тема: Сестринский уход при заболеваниях щитовидной железы

Цели:

- способствовать развитию логического мышления;
- учить обобщать, анализировать, систематизировать;

- развивать профессиональное клиническое мышление.
- вызвать профессиональный интерес студентов к изучаемому предмету;
- продолжить воспитывать чувство значимости медицинской сестры в сохранении здоровья.

Для достижения данной цели студент *должен знать*:

- определение понятия «Диффузно-токсический зоб, «Гипотиреоз», «Эндемический зоб»
- причины и факторы риска данных заболеваний
- клинические симптомы, особенности данных заболеваний у детей
- типичные проблемы пациента
- методы лечения
- принципы оказания доврачебной и неотложной помощи при тиреотоксическом кризе
- профилактику заболеваний щитовидной железы.

уметь:

- Собрать информацию о пациенте с заболеваниями щитовидной железы
- Выявить приоритетные и потенциальные проблемы пациентов с заболеваниями щитовидной железы.
- Планировать сестринскую помощь при слабости, нарушении сна, зябкости, психо-эмоциональных нарушениях.
- Объяснить родственникам особенности психологического общения.
- Оказать неотложную помощь при тиреотоксическом кризе.
- Организовывать работу в Школе здоровья.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Диффузный токсический зоб - это генетическое аутоиммунное заболевание, обусловленное повышенной секрецией тиреоидных гормонов диффузно увеличенной щитовидной железой с поражением сердечно-сосудистой, нервной системы и других органов.

Согласно современной классификации ВОЗ различают 4 степени увеличения щитовидной железы:

0 - щитовидная железа не видна и не пальпируется;

1а степень - щитовидная железа не видна, но отчетливо пальпируется;

1б степень - щитовидная железа видна при запрокидывании головы и отчетливо пальпируется;

2 степень - щитовидная железа видна при нормальном положении головы с близкого расстояния;

3 степень - зоб виден на расстоянии;

4 степень - очень большой зоб, уродующий шею.

Тиреотоксический криз - это угрожающее жизни резкое утяжеление симптомов диффузного токсического зоба. Развивается обычно у больных с тяжелой формой заболевания.

Провоцировать развитие криза могут следующие факторы: интеркуррентные инфекции, интоксикации, хирургические вмешательства (холецистэктомия, тонзилэктомия, экстракция зуба), травмы, недостаточное обезболивание во время операции, физические и психоэмоциональные перегрузки, резкая отмена антитиреоидных препаратов, гиперреакция на различные медикаментозные препараты (адреномиметики, сердечные гликозиды, инсулин).

Гипотиреоз (микседема) - это заболевание, обусловленное недостаточной секрецией тиреоидных гормонов или полным выпадением функции щитовидной железы. Гипотиреоз у женщин встречается в 4 раза чаще, чем у мужчин.

Гипотиреоидная (гипотермическая) кома является грозным осложнением гипотиреоза. Чаще она наблюдается у больных пожилого или старческого возраста на фоне тяжелого течения гипотиреоза. Причем обычно она возникает в зимний период времени. Развитию гипотиреоидной комы способствуют: инфекции, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и злокачественные опухоли, травмы, наркоз и хирургические вмешательства, переохлаждение, некоторые медикаменты (наркотики, барбитураты, аминазин).

Потенциальные проблемы.

1. Риск тиреотоксического криза.

2. Острая и хроническая сердечная недостаточность,

3. Нарушения сердечного ритма – мерцательная аритмия.

4. Нарушение функции нервной системы (психозы, бред, галлюцинации).

5. Офтальмопатия - изъязвление роговицы и нарушение зрения.

6. Дыхательная недостаточность при сдавлении трахеи.

7. Кишечные кризы.

Особенности сестринского ухода за пациентами при заболеваниях щитовидной железы:

1. Контролировать соблюдение режима физической активности в соответствии с заболеванием.

2. Контролировать диету в зависимости от заболевания.

3. Выполнять назначения врача.
4. Контролировать состояние пациента (Т–тела, пульс, АД, стул, диурез, психический статус, адекватность поведения, сознание).
5. Подготовить пациента к лабораторно-инструментальным обследованиям с целью точной постановки диагноза.
6. Психологически поддерживать пациента, внушая ему веру в благоприятный исход болезни.
7. Оказать доврачебную и неотложную медицинскую помощь в случае необходимости (тиреотоксический криз, психическое расстройство).
8. Психологически подготовить пациента к предстоящей операции на щитовидной железе, подтверждая ее жизненную необходимость.
9. Провести беседу с пациентом о необходимости систематического диспансерного наблюдения у врача эндокринолога, учитывая тяжесть заболевания и его осложнения.
10. Обучить пациента методике измерения АД, подсчета пульса, контроля за массой тела.
11. Провести беседу с пациентом о необходимости вести здоровый образ жизни, полностью отказаться от вредных привычек.
12. При работе с детьми, имеющими заболевания щитовидной железы, дать всю необходимую информацию родителям о сущности заболевания, важности диспансерного наблюдения, пожизненного приема соответствующих препаратов, профилактике инфекций, охране психического здоровья детей.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Понятие о тиреотоксикозе. Этиологические факторы. Классификация тиреотоксикоза
2. Клиника, диагностика, лечение тиреотоксикоза
3. Тиреотоксический криз. Клиника. Неотложная помощь.
4. Эндемический зоб
5. Понятие о гипотиреозе
6. Сестринское обследование при диффузном токсическом зобе
7. Проблемы пациентов при диффузном токсическом зобе
8. Сестринские вмешательства при диффузном токсическом зобе

Практическая часть.

- Исследование пульса.
- Измерение АД
- Измерение температуры тела.
- Оформление температурного листа.
- Применение грелки.
- Применение пузыря со льдом

Самостоятельная работа. Проведение опроса, выявление жалоб, предрасполагающих факторов, сбор анамнеза, проведение общего осмотра, осмотр области шеи, исследование пульса, измерение артериального давления на периферических артериях. Измерение массы тела. Взятие крови из периферической вены.

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Исследование пульса.
- Измерение АД
- Измерение температуры тела.
- Оформление температурного листа.
- Применение грелки.
- Применение пузыря со льдом

Практическая подготовка №19

Сестринский процесс при сахарном диабете и его осложнениях

Цель:

- сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения сахарного диабета;
- углубить знания студентов по лечению и профилактике сахарного диабета;
- развивать профессиональные умения по уходу за больными сахарным диабетом.

Для достижения данной цели студент *должен знать:*

1. Определение, этиологию, патогенез, представление о классификации.
2. Основные клинические симптомы сахарного диабета.
3. Медсестринский процесс при сахарном диабете (методы диагностики проблем пациента; организацию и оказание сестринской помощи).
4. Участие медицинской сестры в диагностическом процессе.
5. Принципы лечения, особенности инсулинотерапии, пути введения лекарственных средств.

6. Понятие об осложнениях сахарного диабета.

7. Особенности ухода и опеки над пациентами с сахарным диабетом.

уметь:

1. Осуществлять медсестринское обследование при сахарном диабете.
2. Устанавливать медсестринские диагнозы, решать действительные и потенциальные проблемы пациента.
3. Осуществлять подготовку пациентов к лабораторным и функциональным методам обследования.
4. Наблюдать за пациентом в соблюдении диеты при сахарном диабете.
5. Проводить введение инсулина больным сахарным диабетом.
6. Оказывать неотложную доврачебную помощь при гипо- и гипергликемической коме.
7. Учить пациента и его окружающих само- и взаимоуходу, правилам рационального питания, физической активности.
8. Осуществлять ведение медсестринской документации.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.

- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Сахарный диабет – это эндокринное заболевание обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина в организме, что приводит в нарушению всех видов обмена.

Причины: наследственность, вирусные инф-ии, психотравмы, воспаление и опухоли подж.ж, аутоиммунные поражения, удаление поджелудочной железы, систематическое переедание, врожденные дефекты образования инсулина, влияние гормонов антагонистов инсулина.

Способствующие факторы: Ожирение, несбалансированное питание, малоподвижный образ жизни, гиподинамия, психоэмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации, хронический гастрит, холецистит

Жалобы: сухость во рту, потеря массы тела, зуд кожи в области половых органов, общая слабость, снижение работоспособности, снижение зрения, боль в сердце, ногах, нарушение сна, раздражительность, депрессии, сухость и шелушение кожи,

Симптомы: повышенный аппетит, жажда, частое мочеиспускание, гипергликемия, глюкозурия, рубеоз, ксантоз.

Кожа сухая, грубая, легко шелушится, расчесы, частые фурункулы, экзема, покраснение в области подбородка, надбровных дуг (рубеоз), желтоватая окраска ладоней и стоп (ксантоз), липодистрофии.

Все осложнения, которые возникают у больных СД, можно условно разделить на

- острые: коматозные состояния (самые грозные осложнения)

- хронические:

- поражения сосудистой системы (ангиопатии) поражение нервной системы (из-за хр. энцефалопатии при частых гипер- и гипогликемических состояниях)
- поражение других органов

Базисное лечение:

• Пероральные сахароснижающие препараты: сульфаниламидные препараты (букарбан, оранил, диабетон, манинил, бутамид), бигуаниды (глибутид, адебит и др.). Инсулинотерапия.

Симптоматическое лечение: липотропные препараты (снижающие уровень жиров в крови), ангиопротекторные препараты (улучшающие состояние сосудов),

сосудорасширяющие препараты, витамины группы В и особенно вит. Е, С, препараты калия (аспаркам, панангин), фитотерапия для снижения сахара крови (листья черники, земляники фасоль лопух и др.).

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Дайте определение сахарного диабета, назовите основные причины и способствующие факторы возникновения этой болезни.
2. Классификация сахарного диабета?
3. Назовите жалобы и основные симптомы при сахарном диабете.
4. Назовите основные лабораторные показатели при сахарном диабете.
5. Какие органы и системы поражены при сахарном диабете?
6. Назовите клинические проявления поражения кожи?
7. Что такое диабетическая ангиопатия?
8. Перечислите осложнения сахарного диабета.
9. Дайте характеристику диеты при сахарном диабете.
10. Назовите принципы лечения сахарного диабета.
11. Назовите группы препаратов инсулина, какие особенности инсулинотерапии?

Практическая часть.

- Подготовка пациента к сбору мочи на сахар и ацетон, крови на сахар.
- Определение экспресс методом наличие глюкозы и ацетона в моче.
- Расчет и введение инсулина.
- Уход за кожей.
- Уход за полостью рта.
- Подкожное введение инсулина.
- Внутривенное введение лекарственных средств (капельное).

Самостоятельная работа. Проведение опроса, выявление жалоб, предрасполагающих факторов, сбор анамнеза, проведение общего осмотра, исследование пульса на артериях стопы. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при сахарном диабете. Планирование сестринской помощи при жажде, сухости во рту, зуде промежности, нарушенном аппетите.

Оказание неотложной помощи при диабетическом кетоацидозе, гипогликемическом состоянии и коме. Обучение пациента методам самоконтроля. Обучение пациента ведению дневника. Обучение уходу за ногами.

Подготовить реферативное сообщение:

1. «Питание при сахарном диабете»
2. «Современные технологии введения инсулина: инсулиновая помпа, имплантируемый инсулиновый насос, интеллектуальные колпачки шприц-ручек»

Решить ситуационные задачи.

Больная К., 56 г., жалуется на жажду, сухость во рту, повышенную слабость, частое мочеиспускание. Болеет около года. За последнее время значительно похудела. Объективно: больная избыточного веса (рост 158 см, масса 86 кг). Кожа сухая, на щеках и подбородке румянец. Ногти ломкие, волосы редкие. За последний год потеряла 5 зубов, резко ухудшилось зрение. В легких – везикулярное дыхание. Границы сердца расширены

влево, тоны сердца приглушены, ритмические. Пульс - 78 уд. за 1 минуту, АД - 150/ 85 мм рт. ст. Живот мягкий, немного болезненный в правом подреберье, нижний край печени выступает на 2 см. Селезенка не увеличена.

1. Какой диагноз можно заподозрить?
2. Составьте план лабораторного и инструментального обследования.
3. Определите проблемы пациентки и составьте план ухода.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Подготовка пациента к сбору мочи на сахар и ацетон, крови на сахар.
- Определение экспресс методом наличие глюкозы и ацетона в моче.
- Расчет и введение инсулина.
- Уход за кожей.
- Уход за полостью рта.
- Подкожное введение инсулина.
- Внутривенное введение лекарственных средств (капельное).

Практическая подготовка №20

Сестринский уход при заболеваниях суставов, позвоночника

Для достижения цели студент *должен знать*:

- АФО костно-мышечной системы.
- Характерные жалобы при заболеваниях суставов
- Значение общего осмотра в выявлении заболеваний суставов (походка, цвет кожных покровов, конфигурация суставов).

- Оценку функционального состояния опорно-двигательного аппарата.
- Дополнительные методы исследования суставов.

уметь:

- Собрать информацию о пациенте с заболеваниями суставов.
- Провести общий осмотр пациента с патологией опорно-двигательного аппарата.
- Уметь проводить оценку боли.
- Оценить функциональное состояние опорно-двигательного аппарата.
- Оценить возможности самоухода.
- Обучить пациента и его семью самоуходу.
- Подготовить пациента к дополнительным методам исследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Ревматоидный артрит - хроническое заболевание иммуно-воспалительной природы, приводящее к стойким деформациям пораженных суставов и нарушения их функциональной способности.

При ревматоидном артрите различают: собственное изменение суставов и изменение внутренних органов.

Поражение суставов характеризуется волнообразным течением: периоды обострения сменяются периодами ремиссии. При каждом последующем обострении усугубляются изменения в суставах.

Ревматоидным артритом болеют чаще люди трудоспособного возраста (20-50 лет), женщины чаще, чем мужчины. Встречается у 1-2% населения.

Подagra (греч. pedos – нога, агра – захват, дословно «нога в капкане») известна с древнейших времен, но классическое ее описание связывают с именем английского клинициста XVII в. Т. Сиденггма. Это третья по частоте (после ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза) артропатия, встречающаяся как в острой (подострой), так и в хронической форме.

Деформирующий остеоартроз является результатом действия механических и биологических факторов: травма; хроническая микротравматизация хряща; операции на суставах; плоскостопие; возраст; генетические факторы; воспаление; нарушение обмена веществ; ожирение; экология, которые нарушают процессы образования клеток суставного хряща и субхондральной кости.

Основными клиническими проявлениями деформирующего остеоартроза являются:

- боль;
 - деформация;
 - припухлость суставов;
 - тугоподвижность сустава.
1. Нарушения физиологических потребностей:
 - 1.1 Нарушения движения:
 - снижение двигательной активности;
 - обездвиженность.
 - 1.2 Нарушения комфорта:
 - боль в суставах;
 - утренняя скованность.
 2. Нарушения потребности безопасности:
 - лихорадка;
 - слабость;
 - нарушение гигиенических навыков;
 - снижение навыков по самообслуживанию.

3. Нарушения социальных потребностей:
 - 3.1 Потребностей общения:
 - одиночество;
 - снижение круга общения;
 - нарушение профессиональных связей;
 - нарушение родственных связей.
4. Нарушения психо-социальных потребностей:
 - беспокойство, тревога;
 - страх;
 - пренебрежение заболеванием;
 - потеря дружбы, любви.
5. Нарушение самовыражения:
 - снижение творческой активности.

Приоритетными проблемами пациентов при заболеваниях суставов являются боли в суставах, ограничение подвижности, лихорадка.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Характеристика суставной боли
2. Жалобы при заболеваниях суставов
3. Дать понятие ревматоидному артриту
4. Клиника подагры
5. Понятие об остеоартрозе
6. Проблемы пациентов при заболеваниях суставов
7. Сестринская помощь при болях в суставах

Практическая часть.

- Транспортировка пациента.
- Размещение тяжелобольного в постели.
- Уход за кожей и слизистыми тяжелобольных.
- Профилактика пролежней.
- Раздача лекарственных средств.
- Проведение подкожной инъекции.
- Проведение внутримышечной инъекции.

Самостоятельная работа. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Организация сестринского процесса при заболеваниях суставов. Планирование сестринской помощи при уменьшении подвижности, болях в суставах, дефиците самоухода. Обучение близких уходу за тяжелобольными. Обучение самоуходу. Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Транспортировка пациента.
- Размещение тяжелобольного в постели.
- Уход за кожей и слизистыми тяжелобольных.
- Профилактика пролежней.
- Раздача лекарственных средств.
- Проведение подкожной инъекции.
- Проведение внутримышечной инъекции.

Практическая подготовка №21

Сестринский уход при острых аллергических заболеваниях

Цели учебного занятия:

- Научить студента применять знания и умения по теме.
- Осуществлять лечебно – диагностические вмешательства.

Для достижения данной цели студент *должен знать:*

- Причины и механизм развития аллергологических реакций.
- Клинические проявления крапивницы, отека Квинке, анафилактического шока.
- Сестринский процесс при решении проблем пациентов с острыми аллергическими заболеваниями.
 - Механизм действия основных групп лекарственных препаратов, применяемых при аллергических реакциях.
 - Профилактические мероприятия.
 - Алгоритм оказания неотложной помощи.

уметь:

- Проводить сбор аллергологического анамнеза.
- Выявлять проблемы пациентов при аллергических реакциях.
- Оказать доврачебную помощь пациенту при неотложных состояниях.
- Правильно рекомендовать прием назначенных лекарственных средств.
- Контролировать передачи продуктов родственникам.
- Проводить профилактические мероприятия по предупреждению возникновения аллергических реакций.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острым бронхите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым бронхитом.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблица, истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами клинических и биохимических анализов крови, анализов мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Аллергозами называют группу заболеваний, в основе патогенеза которых лежат аллергические реакции немедленного или замедленного типа.

- 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).

Крапивница - это аллергическое заболевание, характеризующееся образованием на коже и слизистых оболочках волдырей с выраженным зудом.

Этиология. Крапивница представляет собой аллергическую кожную реакцию немедленного типа и вызывается разнообразными эндогенными и экзогенными факторами. Наибольшее значение в развитии крапивницы имеют следующие факторы.

Потенциальные проблемы.

1. Крапивная лихорадка.
2. Острая дыхательная недостаточность.
3. Острая сердечно-сосудистая недостаточность.
4. Риск инфицирования кожи.
5. Аллергический конъюнктивит.
6. Аллергический гастроэнтерит.
7. Аллергический уретрит.

Отек Квинке - вид аллергической реакции немедленного типа, для которой характерно внезапное появление отека кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек.

В отличие от крапивницы, отек Квинке распространяется на подкожную клетчатку и захватывает более обширные участки; чаще всего он поражает язык, губы, щеки, веки, лоб, но может возникать и на других участках. Кожа над ним не изменена, сопровождается болью, жжением.

Анафилактический шок - вид аллергической реакции немедленного типа, возникающей при повторном введении в организм аллергена. Эта резкая и тяжелая форма аллергической реакции обычно связана с введением лекарственных препаратов или в ответ на укусы насекомых, как правило, пчел или ос.

Часто аллергенами, вызывающими анафилактический шок, бывают чужеродные белки при переливании препаратов крови; яд перепончатокрылых и другие.

Нарушения физиологических потребностей:

1.1. Нарушение дыхания:

- одышка
- осиплость голоса
- кашель
- затруднение вдоха
- свистящее дыхание;

1.2. Нарушения питания:

- отсутствие аппетита;
- похудание;
- истощение.

1.3. Нарушения выделения:

- учащение мочеиспускания.

1.4. Нарушения сна:

- бессонница;
- тревожный сон

1.5. Нарушения комфорта:

- кожный зуд;
- возбуждение;
- высыпания на коже;
- двигательное беспокойство;

Нарушения потребностей безопасности:

- повреждения целостности кожных покровов;
- повреждения целостности кожи стоп;
- снижение иммунитета;
- дефицит знаний о заболевании;
- дефицит знаний о возможных осложнениях заболевания;
- дефицит знаний о самоуходе;

Нарушения социальных потребностей:

- одиночество;
- снижение круга общения;
- нарушение профессиональных связей;
- нарушение родственных связей.

Нарушения психо-социальных потребностей:

- беспокойство, тревога;
- безнадежность, отчаяние;
- пренебрежение заболеванием;
- раздражительность.

Нарушения самовыражения:

- снижение творческой активности.

Приоритетными проблемами при острых аллергических заболеваниях являются затруднение дыхания, кожный зуд, высыпания на коже, беспокойство, раздражительность, повышение температуры тела, головная боль.

Медицинская сестра при уходе за пациентом обязана строго выполнять назначение врача. Убедить пациента во время беседы строго соблюдать назначенную диету и вести пищевой дневник (при пищевой аллергии).

Обучить пациента правилам ухода за кожей и слизистыми. Внимательно следить за общим состоянием больного: пульсом, АД, ЧДД, состоянием кожных покровов. Быстро и правильно реагировать на возникновение острых аллергических реакций.

Предварительный контроль знаний

Фронтальный опрос. Вопросы.

1. Дать понятие аллергии. Эпидемиология.
2. Этиология аллергических реакций
3. Классификация аллергенов и аллергических реакций
4. Фазы аллергических реакций
5. Дать понятие крапивнице. Клиника.
6. Отёк Квинке
7. Анафилактический шок
8. Сбор жалоб и анамнеза при аллергических заболеваниях

9. Дополнительные методы исследования аллергических заболеваний
10. Лечение аллергических заболеваний
11. Оказание помощи при отёке Квинке, анафилактическом шоке
12. Проблемы пациентов при аллергиях
13. Сестринские вмешательства при аллергиях

Практическая часть.

- Исследование пульса, ЧДД, АД.
- Кислородотерапия.
- Ингаляционное введение лекарственных средств.
- Постановка внутрикожной аллергологической пробы.
- Промывание желудка.
- Постановка очистительной клизмы.

Самостоятельная работа. Проведение опроса, общий осмотр, подсчет ЧДД, исследование пульса, измерение артериального давления на периферических артериях. Выявление проблем пациента и формулировка сестринских диагнозов. Неотложная помощь при анафилактическом шоке, отеке Квинке, крапивнице.

Решить ситуационные задачи.

В отделение поступила пациентка Р., 47 лет, медицинский диагноз: крапивница. Работает учителем музыки. Жалобы на высыпания на коже ног, ягодиц и живота, на лице. Зуд кожи, озноб. Сыпь появилась после того, как пациентка поела клубничный торт.

Объективно: температура тела 37,6° С, на коже высыпания ярко красного цвета размером от булавочной головки до пятирублевой монеты, выступающие над поверхностью кожи и заполненные прозрачной жидкостью, коросты. АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 82 в минуту, ЧДД 20 в минуту. Осуществите сестринский процесс.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Исследование пульса, ЧДД, АД.
- Кислородотерапия.
- Ингаляционное введение лекарственных средств.
- Постановка внутрикожной аллергологической пробы.
- Промывание желудка.
- Постановка очистительной клизмы.

Практическая подготовка №22

Болезни периода новорожденности и детей раннего возраста. Особенности сестринского ухода

Основы теоретического материала

Период новорожденности — это период адаптации ребенка к условиям внеутробной жизни, длительность которого составляет 28 дней с момента рождения.

После появления на свет условия жизни ребенка радикально изменяются, он сразу попадает в другую окружающую среду, где значительно понижена температура (по сравнению с внутриматочной), появляются зрительные, звуковые и другие раздражители. Ребенку необходимо приспособиться к новому типу дыхания и способу получения веществ, что сопровождается изменениями практически во всех системах организма.

Ребенок считается недоношенным, если он родился при сроке беременности 36 недель и менее (или менее 258 дней от первого дня менструального периода). Большинство недоношенных детей рождается массой тела менее 2500 г. Эпидемиология.

Частота рождения недоношенных детей в разных странах колеблется от 4 до 16%. В России частота рождения недоношенных детей 5-7%. Среди недоношенных около 80% составляют дети, родившиеся при сроке беременности 32-36 недель. Большинство детей, рождающихся при сроке беременности менее 32 недель, имеют очень низкую массу тела при рождении, и частота рождения таких детей в большинстве стран не превышает 2% (в России менее 1%).

Частота невынашивания беременности четко коррелирует с социальноэкономическим уровнем жизни в стране в целом и условиями жизни отдельных семей. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности. С недоношенностью связан высокий риск перинатальных повреждений ЦНС (внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция и др.), ведущих к тяжелым неврологическим последствиям, риск патологии легких, не только в перинатальном периоде, но и в последующие годы жизни (бронхолегочная дисплазия), риск нарушения зрения и слуха (ретинопатия недоношенных, тугоухость), причем величина риска тем выше, чем меньше масса тела при рождении и чем меньше срок беременности. Перинатальная смертность этих детей более в 16-20 раз превышает показатель смертности детей с массой тела при рождении выше 2500г.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов пограничных состояниях новорожденных, недоношенности детей и ее причинах

Вопросы к практическому занятию

1. Понятия о пограничных состояниях
2. Основные пограничные состояния
3. Клиника пограничных состояний
4. Недоношенность, ее причины
5. Клиника недоношенности
6. Уход за недоношенными детьми

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника внутривенного введения лекарственных средств
2. Техника подкожной инъекции
3. Техника внутривенного введения лекарственных средств
4. Техника внутримышечного введения лекарственных средств

Освоить

1. Утренний туалет новорождённого ребёнка
2. Применение резиновых грелок для согревания

Сестринская помощь при асфиксии и внутричерепной родовой травме

Основы теоретического материала

Родовые травмы и повреждения Термин «родовая травма» объединяет нарушения целостности (и отсюда расстройство функции) тканей и органов ребенка, возникающие во время родов. Перинатальная гипоксия и асфиксия в родах часто сопутствуют родовым травмам, но могут быть и одним из патогенетических звеньев их возникновения. Одна из причин родовых травм - акушерские пособия в родах. Продолжительная внутриутробная гипоксия, тяжелая интранатальная асфиксия увеличивают вероятность родового травматизма даже при нормальном течении родового акта. Различают родовую травму нервной системы, мягких тканей, костей, внутренних органов. Родовая травма нервной системы включает повреждения головного и спинного мозга, периферической нервной

системы (акушерские парезы рук, диафрагмы, мимической мускулатуры). Значительное место в патологии новорожденных занимают переломы костей (ключицы, бедра, голени).

При тяжелых родах может возникнуть травма внутренних органов, разрыв мышц с последующим кровоизлиянием. Наиболее частыми повреждениями мягких тканей является родовая опухоль и кефалогематома. Родовая м - это физиологическое явление, которое характеризуется отеком и расстройством кровообращения в мягких тканях головы при головном предлежании. При образовании родовой опухоли на голове она распространяется за пределы одной кости. Лечение опухоли не требует, самостоятельно проходит через 1-3 дня. Кефалогема- это кровоизлияние под надкостницу какой-либо кости свода черепа, чаще теменной или затылочной, которое может появиться лишь через несколько часов после рождения. Опухоль вначале имеет упругую консистенцию, никогда не переходит на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненна. Поверхность кожи над кефалогематомой не изменена.

В первые дни жизни кефалогематома может увеличиваться. На 2-3-й неделе жизни размеры кефалогематомы уменьшаются, и полное рассасывается. В некоторых случаях возможно обызвествление, редко - нагноение. Причина кефалогематомы - отслойка надкостницы при движениях головы в момент ее прорезывания, реже при трещинах черепа. Перинатальное повреждение центральной нервной системы

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов об асфиксии и внутричерепной травме.

Вопросы к практическому занятию

1. Причины родовой травмы
2. Клиническая картина
3. Асфиксия, ее причины
4. Клиническая картина

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника внутривенного введения лекарственных средств
2. Техника внутримышечного введения лекарственных средств
3. Техника подготовки системы для инфузионной терапии

Освоить

1. Кормление через питательный зонд
2. Гигиеническая ванна
3. Применение резиновых грелок для согревания

Сестринский процесс при наследственных и врожденных заболеваниях новорожденных.

Основы теоретического материала

Мультифакториальные болезни. От наследственных заболеваний следует отличать врожденные заболевания, которые обусловлены внутриутробными повреждениями, вызванными, например, инфекцией (сифилис или токсоплазмоз) или воздействием иных повреждающих факторов на плод во время беременности.

Многие генетически обусловленные заболевания проявляются не сразу после рождения, а спустя некоторое, порой весьма долгое, время.

Наследственные болезни имеют свои особенности:

1. НБ часто носят семейный характер. В то же время наличие заболевания только у одного из членов родословной не исключает наследственного характера этой болезни (новая мутация, появление рецессивной гомозиготы).

2. При НБ в процесс вовлекаются сразу несколько органов и систем.

3. Для НБ характерно прогрессирующее хроническое течение.

4. При НБ бывают редко встречающиеся специфические симптомы или их сочетания: голубые склеры говорят о несовершенном остеогенезе, потемнение мочи на пеленках — об алкаптонурии, мышинный запах — о фенилкетонурии и др.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о наследственных заболеваниях, их причинах и уходе за детьми

Вопросы к практическому занятию

1. Причины возникновения наследственных заболеваний и ВПР
2. Особенности ухода за детьми с наиболее распространенными заболеваниями
3. Медицинская помощь семье

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Измерение температуры тела в подмышечной впадине.
2. Исследование суточного диуреза и водного баланса.
3. Проведение полной и частичной санитарной обработки пациента.
4. Дезинсекционные мероприятия при выявлении педикулеза.
5. Исследование дыхания (подсчет ЧДД, исследование ритма глубины дыхания).

Освоить

1. Антропометрия
2. Подсчёт ЧСС (пульса) у детей
3. Подсчёт ЧДД

Сестринский процесс при аномалиях конституции

Основы теоретического материала

Конституция организма (constitutio – состав, устройство) – это комплекс наследственных, функциональных и морфологических особенностей организма, которые определяют его реакцию на различные воздействия внешней среды.

Аномалии конституции – диатезы (diathesis – предрасположение, склонность к чему-либо). Диатез – это аномалия конституции, которая проявляется неадекватной реакцией на обычные внешние факторы и определяет предрасположенность организма к развитию определенных патологических процессов и заболеваний.

Выделяют четыре типа диатезов:

- Экссудативно-катаральный
- Аллергический
- Лимфатико-гипопластический
- Нервно-артритический

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов об аномалиях конституции, их причинах и проявлениях

Вопросы к практическому занятию

1. Понятие о конституции. Аномалии конституции. Виды диатезов.
2. Атопический дерматит. Уровень заболеваемости. Причины и факторы риска атопического дерматита.
3. Клинические проявления атопического дерматита у детей раннего возраста, осложнения. Диагностика и принципы лечения. Сестринский процесс при атопическом дерматите.
4. Профилактика атопического дерматита

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Обработка рук на социальном уровне.
2. Обработка рук на гигиеническом уровне.
3. Приготовление дезинфицирующего раствора в соответствии с инструкцией по применению.

Освоить

Обработка кожи при опрелостях

Тема 6. Сестринский процесс при дистрофиях и гельминтозах

Основы теоретического материала

Гельминтозы – заболевания, развивающиеся при локализации в организме паразитических червей-гельминтов и их личинок. Классификация гельминтозов:

1) по биологическому принципу: нематодозы (круглые черви), цестодозы (ленточные), трематодозы (сосальщики);

2) по эпидемиологическому: геогельминтозы, биогельминтозы, бонтактные

Дистрофии - патологические состояния, которые характеризуются не только изменением показателей физического развития, но и нарушением функционально-морфологического состояния внутренних органов и систем, нарушением обменных процессов, иммунитета, вследствие недостаточного или избыточного поступления или усвоения питательных веществ.

Нормотрофия (эйтрофия) - термин предложил Тур. Подразумевает следующее: ребенок с чистой, розовой, бархатистой кожей, нормальным тургором, равномерным распределением подкожно-жировой клетчатки, без признаков нарушения внутренних органов и систем, нормальными показателями физического, моторного, психического развития, редко болеющий, легко переносящий инфекционные заболевания, отличается хорошим аппетитом и положительным эмоциональным тонусом.

Гипоплазия - термин предложил Сперанский. Включает в себя следующее: нормальный здоровый ребенок, который укладывается в понятие эйтрофии, но маленького роста. Подчеркнем, что это норма, а не патология (дети-дюймовочки).

Дистрофия - понятие собирательное. Варианты дистрофий:

Дети первых двух лет жизни:

I. Дистрофия типа гипотрофии - отставание массы в сравнении с ростом.

II. Дистрофии типа паратрофии - избыток массы по отношению к росту.

Старшие возраста:

III. Дистрофия типа ожирения (тучность).

В развитых странах преобладает паратрофия, в развивающихся - гипотрофия.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о различных видах гельминтозов, дистрофий и паратрофий

1. Вопросы к практическому занятию
2. Дистрофии
3. Паратрофии

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

- Измерение массы тела.
- Измерение роста.

Освоить

1. Кормление ребёнка из бутылочки
2. Кормление ребёнка из ложки и чашки
3. Кормление через питательный зонд
4. Забор материала на энтеробиоз

Практическая подготовка №23

Сестринский уход за пациентами с кишечными инфекциями и пищевыми отравлениями.

БРЮШНОЙ ТИФ

Этиология. Возбудитель, антигенные свойства, патогенность, устойчивость во внешней среде. Устойчивость к дезинфицирующим средствам.

Эпидемиология. Источник инфекции. Значение больных легкими и стертыми формами болезни, хронических бактерионосителей в распространении брюшного тифа. Механизм передачи инфекции.

Патогенез. Внедрение возбудителя. Размножение в лимфатических образованиях кишечника. Бактериемия. Развитие синдрома интоксикации. Очаговые поражения. Цикличность патологического процесса в лимфоидных образованиях тонкой кишки. Изменения со стороны других органов и систем. Патогенез рецидивов. Причины формирования бактерионосительства.

Клиника. Инкубационный период. Клинические формы. Начальный период заболевания, его симптомы. Клиническая характеристика разгара болезни. Типы температурных кривых. Сроки появления и характеристика сыпи. Поражение центральной нервной системы, сердечно-сосудистой и желудочно-кишечного тракта при брюшном тифе. Обострения и рецидивы: сроки их появления, клиническая симптоматика. Осложнения брюшного тифа. Прогноз.

Диагностика. Общеклинические методы диагностики. Гемограмма. Бактериологические методы диагностики. Сроки и методы забора крови. Посев крови на питательные среды. Серологические методы диагностики брюшного тифа. Сроки и методы забора крови. Дифференциальный диагноз.

Лечение. Диетотерапия. Антибиотикотерапия. Патогенетическая терапия.

Лечение осложнений брюшного тифа. Показания к оперативному вмешательству.

Уход за больными брюшным тифом. Значение и сроки соблюдения строгого постельного режима. Уход за кожей и слизистыми оболочками рта, носа. Профилактика пролежней. Профилактика гипостатических пневмоний. Наблюдение за больными для своевременного выявления осложнений.

Профилактика. Раннее выявление источника инфекции, пресечение путей передачи и повышение невосприимчивости лиц, соприкасающихся с больными. Госпитализация больных брюшным тифом в инфекционные больницы (отделения). Камерное обеззараживание одежды больного, постельных принадлежностей. Обеззараживание остатков пищи и выделений больного. Текущая дезинфекция в отделениях.

Правила выписки реконвалесцентов из стационара. Диспансерное наблюдение за переболевшими брюшным тифом. Специфическая профилактика.

ПАРАТИФЫ А и В

Этиология, эпидемиология, патогенез: сходство и различия с брюшным тифом. Клиника. Основные клинические симптомы паратифов А и В. Особенности течения по сравнению с брюшным тифом. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Бактериологический и серологический методы диагностики.

Лечение. Диетотерапия. Антибиотикотерапия. Патогенетическая терапия. Особенности ухода за больными.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

Этиология. Возбудители пищевых токсикоинфекций: стафилококки, стрептококки, энтерококки, аэробные неспороносные бактерии, анаэробные спорообразующие бактерии, споровые аэробы, галофильные вибрионы.

Эпидемиология. Источники пищевых токсикоинфекций. Механизм передачи.

Сезонность. Особенности эпидемиологии стафилококковых инфекций.

Патогенез. Патогенетические механизмы диарей, синдрома интоксикации, сердечно-сосудистых расстройств при пищевых токсикоинфекциях. Клиника: инкубационный период. Клинические варианты течения болезни. Критерии тяжести. Особенности клинических симптомов пищевых токсикоинфекций, вызванных различными возбудителями. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Роль клинико-эпидемиологического обследования. Бактериологический метод диагностики.

Лечение. Показания к госпитализации. Показания и организация лечения и ухода на дому. Режим. Патогенетическая регидратационная и дезинтоксикационная терапия. Оральная и инфузионная регидратационная терапия. Техника промывания желудка. Осложнения инфузионной терапии. Профилактика. Значение санитарно-гигиенических мероприятий.

БОТУЛИЗМ

Этиология. Характеристика основных свойств возбудителя. Серологические типы возбудителя. Споровые и вегетативные формы.

Эпидемиология. Источники инфекции. Факторы передачи инфекции.

Восприимчивость. Иммунитет.

Патогенез. Ботулотоксин - его роль в развитии заболевания. Механизм поражения центральной и периферической нервной системы. Острая дыхательная недостаточность.

Клиника. Инкубационный период. Начальный период заболевания. Разгар заболевания. Критерии тяжести. Осложнения. Причины летальных исходов. Прогноз.

Диагноз. Клинические данные, эпидемиологический анамнез и лабораторные методы исследования. Взятие и хранение проб для лабораторного исследования.

Лечение. Противоботулиническая сыворотка, методика введения. Введение анатоксина.

Дезинтоксикационная терапия. Антибиотикотерапия. Симптоматическое лечение.

Питание и уход за больными. Парентеральное питание, зондовое питание. Промывание желудка, сифонная клизма при приеме заболевших. Меры по предупреждению аспирационной, гипостатической пневмонии. Гигиена кожных покровов. Очистительные клизмы.

Профилактика. Санитарный надзор и просвещение. Правильная организация консервирования продуктов. Мероприятия в очаге. Раннее выявление и госпитализация больных. Уничтожение изъятого из употребления продукта, который послужил причиной заболевания. Профилактические меры в отношении лиц, употреблявших подозрительный продукт.

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

Этиология. Возбудители сальмонеллеза. Антигенная структура. Классификация сальмонелл (схема Кауфмана—Уайта). Устойчивость во внешней среде.

Патогенез. Патогенез генерализованных и локализованных форм. Синдром интоксикации при сальмонеллезе. Гиповолемический шок, инфекционно-токсический шок - механизм патогенеза.

Клиника. Классификация сальмонеллеза. Инкубационный период. Клиническая симптоматика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза. Оценка степени тяжести. Особенности клиники генерализованных форм сальмонеллеза (тифоподобный и септикопиемический). Осложнения сальмонеллеза. Прогноз.

Диагностика. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Методика забора и диагностическое исследование крови, рвотных масс, промывных вод желудка, испражнений. Серологические методы исследования. Экспресс-методы диагностики. Дифференциальный диагноз.

Лечение. Показания к обязательной госпитализации. Показания и организация лечения на дому, правила ухода за больными. Режим, диета. Регидратационная терапия - оральная и инфузионная. Кристаллоидные растворы. Правила введения кристаллоидных растворов, побочные реакции, их купирование. Антибактериальная терапия при генерализованных формах. Особенности ухода за больными сальмонеллезом.

Профилактика. Ветеринарно-санитарные, санитарно-гигиенические, противо-эпидемические мероприятия. Правила выписки реконвалесцентов из стационара. Проведение текущей дезинфекции в отделениях инфекционного стационара, перепрофилизация отделений. Заключительная дезинфекция.

ШИГЕЛЛЕЗЫ

Определение. Этиология. Возбудитель, его основные свойства. Основные виды шигелл, современная классификация. Устойчивость возбудителя во внешней среде. Чувствительность к дезинфицирующим средствам.

Эпидемиология. Источник инфекции. Механизм заражения. Восприимчивость разных возрастных групп. Сезонность. Эпидемиологическое значение больных стертыми и субклиническими формами заболевания, бактерионосителей.

Патогенез. Входные ворота инфекции. Механизм развития колитического синдрома. Роль дисбактериоза в патогенезе заболевания. Патологические изменения во внутренних органах.

Клиника. Клиническая классификация шигеллезов, инкубационный период. Характеристика вариантов течения острой бактериальной дизентерии. Оценка тяжести течения заболевания. Осложнения шигеллеза. Постдизентерийные состояния.

Хроническая бактериальная дизентерия: варианты течения, особенности клинической симптоматики рецидивирующей и непрерывной форм. Прогноз.

Диагностика. Клинико-эпидемиологические методы обследования больного. Бактериологический метод. Забор испражнений у больного, сроки забора, доставка в лабораторию. Серологические методы. Ректороманоскопия.

Показания. Копрологический метод исследования. Экспресс-методы диагностики. Дифференциальный диагноз.

Знать:

- 1) этиологию, классификацию, клинику пищевых отравлений;
- 2) инструктивные методические документы по расследованию и профилактике пищевых отравлений;
- 3) тактику врача при возникновении пищевого отравления;
- 4) профилактические мероприятия по предупреждению пищевых отравлений

Уметь:

- 1) пользоваться официальными документами и современной классификацией пищевых отравлений;
- 2) собирать анамнез при подозрении на пищевое отравление;
- 3) на основе решения ситуационных задач проводить расследование пищевых отравлений;
- 4) проводить профилактику пищевых отравлений.

Решить тесты:

Инструкция по выполнению заданий № 1-5: Выберите букву, соответствующую правильному варианту ответа и запишите ее в бланк ответов.

1 Возбудитель бактериальной дизентерии

- А. вирусы
- Б. простейшие
- В. грибы
- Г. бактерии

2 Характер стула при дизентерии

- А. оформленный
- Б. водянистый с примесями
- В. обильный, зловонный без примесей
- Г. скудный с прожилками крови и слизи

3. Пути заражения сальмонеллезом

- А. трансмиссивный
- Б. воздушно-капельный
- В. алиментарный, контактно-бытовой
- Г. водный

4. Для холеры характерен синдром

- А. интоксикации
- Б. обезвоживания
- В. печеночной недостаточности
- Г. колитический

5. Профилактика дизентерии не включает в себя

- А. Закаливание
- Б. Употребление мытых овощей, ягод, фруктов
- В. Соблюдение правил личной гигиены
- Г. Изоляция больных в стационаре или на дому

Инструкция по выполнению заданий № 6-10: соотнесите содержание столбца 1 с содержанием столбца 2. Запишите в соответствующие строки бланка ответов букву из столбца 2, обозначающую правильный ответ на вопросы столбца 1. В результате выполнения Вы получите последовательность букв. Например,

6 .Установите соответствие между лабораторным исследованием и названием лабораторного метода исследования.

Посев биоматериала на питательные среды

Обнаружение патогенных микробов в биоматериале толстой капле крови

Обнаружение антител к патогенным микроорганизмам в сыворотке крови

Серологический

Микроскопический

Бактериологический

7 .Установите соответствие между механизмом лечения и видом лечения

Дезинтоксикация, регидратация, дегидратация это лечение

Введение антибиотиков, сульфаниламидов, нитрофуранов, это лечение

Назначение анальгетиков, спазмолитиков, жаропонижающих, это лечение

Симптоматическое

Этиотропное

Патогенетическое

8 .Установите соответствие между синдромом, характерным для заболевания и названием заболевания

- Синдром колита
- Синдром гастроэнтероколита
- Синдром интоксикации
- Бактериальная дизентерия
- Брюшной тиф
- Сальмонеллез

9 .Установите соответствие между понятием и определением

- Признаки прободения тонкокишечной язвы при брюшном тифе
- Признаки кишечного кровотечения при брюшном тифе
- Признаки поражения ЖКТ при сальмонеллезе

- А. Нарастающая боль в животе, симптомы раздражения брюшины
- Б. Рвота, понос, схваткообразные боли в животе
- В. Низкое АД, головокружение, бледность кожных покровов

10. Установите соответствие между болезнью и ведущим клиническим синдромом:

- Для холеры характерен синдром
- При брюшном тифе наиболее выражен синдром
- Сальмонеллез проявляется синдромом

- А. Гастроэнтероколит
- Б. Обезвоживание, снижение ОЦК
- В. Интоксикационный

Инструкция по выполнению заданий № 11-14: В соответствующую строку бланка ответов запишите краткий ответ на вопрос, окончание предложения или пропущенные слова.

- 11. Источником инфекции при холере является
- 12. Пути передачи сальмонеллеза и контактно-бытовой
- 13 Для брюшного тифа характерно осложнение брюшно-тифозной язвы с развитием перитонита
- 14 Наиболее частым фактором передачи из пищевых продуктов при ботулизме являются консервированные

Освоить следующие практические умения и навыки:

- 1) проведение расследования пищевого отравления;
- 2) разработка профилактических мер при различных пищевых отравлениях.

Практическая подготовка №24

Сестринский уход за пациентами при туберкулезе.

Фтизиатрия – (от греч. phthisis – чахотка и iatreia – лечение) – раздел клинической медицины, изучающий причины возникновения и механизмы развития туберкулеза; разрабатывает методы его распознавания, лечения и профилактики.

Туберкулез (от лат. tuberculum – бугорок) инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое несколькими разновидностями туберкулезной микобактерии.

Причиной туберкулеза является МБТ, которая относится к роду *Mycobacterium*, семейству лучистых грибов *Actinomycetes*. Род микобактерий включает в себя облигатных паразитов – *Mycobacterium tuberculosis* (человеческий вид) и

Mycobacterium bovis (бычий вид), вызывающих всегда заболевание, а также сапрофитов и условно патогенных микобактерий, которые принято называть нетуберкулезными микобактериями.

Mycobacterium tuberculosis (человеческий вид) – в 92% случаев являются возбудителями туберкулеза у человека.

Mycobacterium bovis (бычий вид) – вызывают туберкулез у человека в 5% случаев. При заражении микобактериями бычьего типа, чаще чем при заражении человеческим типом возбудителя, развиваются различные внелегочные формы процесса: волчанка, костно-суставной и мочеполовой туберкулез, менингит. Такое явление наблюдается чаще среди сельских жителей.

МБТ птичьего вида играют незначительную роль в возникновении туберкулеза у людей.

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ

1. Наиболее характерный путь передачи аэрогенный – воздушно пылевой, когда больной инфицирует окружающие его предметы микобактериями, и они вместе с пылью проникают в дыхательные пути других людей.
2. Воздушно-капельный путь. Он реализуется, если больной не соблюдает правил личной гигиены и имеет достаточно тесный контакт с восприимчивыми людьми.
3. Контактнo-бытовой путь через предметы личной гигиены (посуду, игрушки, белье и т.д.).
4. Алиментарный путь – через продукты, инфицированные больными животными (молоко, сметана, сыр, творог и др.).
5. Искусственный путь – в результате нарушений правил асептики, антисептики и при нарушении техники БЦЖ-вакцинации.
6. Внутриутробный путь – редкие случаи заражения плода через плаценту.

Лечение больных ТБ включает:

- Химиотерапию (этиотропную противотуберкулезную терапию);
- Хирургическое лечение;
- Коллапсотерапию;
- Патогенетическую терапию;
- Лечение сопутствующих заболеваний.

Химиотерапия – применение лекарственных противотуберкулезных препаратов, обладающих бактериостатическим или бактерицидным эффектом.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Сестринский процесс складывается из 5 последовательно осуществляемых этапов.

1 этап – сбор информации. Во фтизиатрии при первичном туберкулезе информацию о пациенте можно получить из следующих источников:

- из беседы с родителями пациента;
- в результате беседы, осмотра и наблюдения за пациентом;
- из истории индивидуального развития ребенка, подростка;
- из медицинской карты пациента;
- из сертификата о профилактических прививках;
- из беседы с коллегами.



2 этап – выделение проблем пациента. Особенности заболевания первичным туберкулезом диктуют необходимость учета социально-бытовых, физиологических и психологических проблем.

Социально-бытовыми проблемами могут быть:

- неблагоприятные жилищно-бытовые условия (теснота, скученность, проживание в коммунальной квартире, общежитии и т.п.), при которых увеличивается количество контактов, возникает необходимость в дополнительных противоэпидемических мероприятиях;
- наличие в семье других детей, стариков, больных родителей, так как каждый из них может быть источником инфекции, а другие дети подвергаются риску заболеть;
- особенности родителей, их социальный статус (работают или нет, не являются ли алкоголиками), так как от этого зависят особенности питания, условия гигиенического содержания детей и подростков, психотравмирующие факторы;
- материальные условия (в основном они определяют особенности питания, возможности вывоза детей и подростков в загородную зону на отдых и т.п.);
- недостаточность гигиенических навыков;
- особенности времяпрепровождения пациента (склонности ребенка и пациента к уединению, предпочтение тихой спокойной игры за столом, на полу и т.п., так как они часто указывают на нездоровье, а повышение активности – на улучшение здоровья), достаточность пребывания на свежем воздухе;
- успеваемость в школе, какими усилиями дается учение.

Психологическими и психофизиологическими проблемами при первичном туберкулезе у детей и подростков могут быть:

- понижение настроения вследствие болезни или длительного пребывания вне семьи;
- чувство дискомфорта от пребывания в незнакомой обстановке и новых условиях;
- снижение психоэмоциональной активности вследствие особенностей болезни;
- снижение успеваемости, умственной работоспособности из-за болезни; недостаток индивидуального внимания к ребенку или подростку вследствие особенностей пребывания в стационаре, коллективе;
- раздражительность, быстрая утомляемость; эмоциональная неустойчивость вследствие болезни или от недостатка внимания;
- необязательность или недобросовестность родителей в выполнении назначений врача из-за недостатка медицинской грамотности или из-за халатности.

Физиологические проблемы могут быть связаны с интоксикацией:

- повышенная потливость;
- общая слабость, особенно по утрам и в первой половине дня;
- головные боли;
- снижение аппетита вплоть до отсутствия;
- снижение веса вплоть до истощения;
- боли в животе;
- а также проблемы, связанные с поражением конкретных органов;
- кашель различной степени выраженности;
- одышка и т.д.

Таким образом, выявляется весь комплекс проблем пациента: физиологических, социальных, психологических.

Разумеется, это лишь некоторые из проблем, с которыми может столкнуться медсестра в работе с пациентами при первичном туберкулезе, но наиболее важные из них для каждого конкретного пациента должны быть учтены при составлении плана ухода.

3 этап – определение целей и сроков достижения целей.

Поскольку туберкулез – заболевание длительное и разрешать проблемы возможно в течение долгого времени, то и цели носят преимущественно долгосрочный характер.

4 этап – составление плана ухода (сестринские действия) и его реализация.

Так как разрешить некоторые проблемы можно только во взаимодействии с близкими родственниками, иногда с работниками социальной защиты, религиозными и общественными организациями, в плане ухода следует отразить эти конкретные взаимодействия.

Большая часть планируемых мероприятий касается работы медсестры с родственниками пациента – это и рекомендации по режиму, питанию, разъяснительные беседы, обучение гигиеническим навыкам, противоэпидемическим мерам и многое др.

В плане ухода при первичном туберкулезе обязательно должны быть отражены санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очаге(6 лекция). Как правило, они согласуются с установленными рекомендациями и инструкциями, а также с врачебными назначениями.

5 этап – оценка эффективности сестринского ухода (действий медсестры).

Вывод:

Для осуществления сестринского процесса при первичном туберкулезе у детей и подростков медсестре необходимы знания из различных областей фтизиатрии.

Практическая подготовка №25

Сестринский уход за пациентами с вирусными гепатитами

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ А и Е

Этиология. Вирусы, вызывающие гепатит А, Е. Антигенное строение.

Распространение вирусных гепатитов.

Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Соотношение желтушных и безжелтушных форм в структуре заболеваемости острыми вирусными гепатитами. Восприимчивость населения. Иммунитет. Группы риска. Понятие о коинфекции и суперинфекции. Сезонность.

Патогенез. Внедрение вируса. Особенности взаимодействия вирусов с гепатоцитами и клетками иммунной системы. Механизмы патогенеза синдромов цитолиза, желтухи, холестаза, мезенхимально-воспалительного при острых вирусных гепатитах. Особенности морфологических изменений в печени при ОВГ.

Клиника. Инкубационный период ОВГ А, Е. Преджелтушный период: варианты течения. Критерии тяжести. Осложнения. Особенности течения ОВГ Е у беременных.

Диагностика. Клинико-эпидемиологические данные, биохимические исследования. Иммунологическая диагностика маркеров ОВГ А и Е.

Лечение. Режим. Диетотерапия. Патогенетическая терапия. Иммунокорректирующая терапия. Особенности ухода за больными тяжелыми формами ОВГ и при острой печеночной энцефалопатии. Реабилитация переболевших.

Профилактика. Значение раннего выявления и изоляции больных. Санитарно-гигиенические мероприятия. Дезинфекция. Правила выписки из стационара. Диспансеризация переболевших: сроки наблюдения.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ЗАРАЖЕНИЯ

Этиология. Вирусы, вызывающие гепатиты В. Антигенное строение. Распространение вирусных гепатитов с гемоконтактным механизмом заражения.

Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Искусственные и естественные пути передачи. Значение перкутанных (бытового) и полового пути передачи. Восприимчивость населения. Группы риска. Эпидемиологическая значимость "здоровых" вирусоносителей и больных хроническим вирусным гепатитом. Соотношение желтушных и безжелтушных форм структуре заболеваемости острыми вирусными гепатитами. Понятие о коинфекции и суперинфекции. Сезонность.

Патогенез. Внедрение вируса. Особенности взаимодействия вирусов с гепатоцитами и клетками иммунной системы. Механизмы патогенеза синдромов цитолиза, холестаза, мезенхимально-воспалительного при острых вирусных гепатитах. Особенности морфологических изменений в печени при ОВГ. Причины формирования фульминантного и хронического гепатитов. Потенцирование дельта-инфекцией патогенного эффекта вируса гепатита В.

Клиника. Инкубационный период ОВГ В. Преджелтушный период: варианты течения. Критерии тяжести. Осложнения. Предвестники и клинические симптомы острой печеночной энцефалопатии. Клиническая характеристика острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ I-IV степени). Рецидивы и обострения болезни. Исходы и прогноз вирусных гепатитов. Хронический гепатит. Естественное течение инфекционного процесса. Факторы, влияющие на прогрессирование заболевания. Внепеченочные проявления. Значение дефектов иммунной системы для формирования хронического гепатита.

Диагностика. Клинико-эпидемиологические данные, биохимические исследования. Иммунологическая диагностика маркеров ОВГ. Правила забора крови для исследования. Инструментальные методы исследования. Иммунологические и биохимические признаки обострения и рецидивов. ОВГ. Дифференциальный диагноз.

Лечение. Режим. Диетотерапия. Патогенетическая терапия. Иммунокор-регулирующая терапия. Особенности ухода за больными тяжелыми формами ОВГ и при острой печеночной энцефалопатии. Реабилитация переболевших.

Профилактика. Значение раннего выявления и изоляции больных. Санитарно-гигиенические мероприятия. Дезинфекция. Правила выписки из стационара. Диспансеризация переболевших: сроки наблюдения. Вакцинопрофилактика вирусного гепатита В.

После изучения темы студент должен

ПРЕДСТАВЛЯТЬ:

- эпидемиологию вирусных гепатитов, их распространенность в регионе;
- естественное течение инфекционного процесса при вирусных гепатитах;
- роль и рамки компетенции медицинской сестры при оказании сестринской помощи больным вирусными заболеваниями печени;
- значение эпидемиологических данных в распознавании вирусных гепатитов;
- порядок оказания медицинской помощи больным с вирусными гепатитами.

ЗНАТЬ:

- клинические формы гепатитов и показания к госпитализации в стационар;
- основные функции печени;
- критерии тяжести течения острых вирусных гепатитов;
- осложнения острых вирусных гепатитов;

- симптомы-предвестники развития острой печеночной энцефалопатии;
- методы лабораторной диагностики вирусных гепатитов;
- основные маркеры вирусов гепатитов;
- принципы лечебного питания при вирусных гепатитах;
- немедикаментозные методы лечения болезней печени, лечебно-охранительный режим;
- факторы, провоцирующие развитие хронических форм вирусных гепатитов;
- профилактику вирусных гепатитов и алгоритм динамического наблюдения за больными;
- эпидемиологические предпосылки заражения гемоконтактными гепатитами;
- правила забора крови у больных вирусными гепатитами;
- группы профессионального риска при парентеральных гепатитах;
- режимы работы инфекционного отделения (стационара) при вирусных гепатитах.

УМЕТЬ:

- сформулировать сестринский диагноз при вирусном гепатите;
- оценить тяжесть состояния больного и при необходимости оказать неотложную помощь;
- реализовать план назначенного обследования и лечения;
- составить план ведения больного с хроническим вирусным гепатитом (циррозом печени) на дому;
- организовать уход за больным вирусным гепатитом;
- провести методы интракорпоральной детоксикации при гепатитах.

НАВЫКИ:

- измерить температуру тела;
- оценить нарушения психоэмоционального статуса у больных вирусным гепатитом;
- собрать биологический материал для лабораторного исследования;
- оформить направления на исследования;
- измерить артериальное давление, сосчитать пульс и ЧДД;
- наладить систему для внутривенной инфузии;
- промывание кишечника (сифонная клизма);
- провести дуоденальное зондирование.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ЗАРАЖЕНИЯ

Этиология. Вирусы, вызывающие гепатиты С, Д ("дельта"). Антигенное строение. Распространение вирусных гепатитов с гемоконтактным механизмом заражения.

Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Искусственные и естественные пути передачи. Значение перкутанных (бытового) и полового пути передачи. Восприимчивость населения. Группы риска. Эпидемиологическая значимость "здоровых" вирусоносителей и больных хроническим вирусным гепатитом. Соотношение желтушных и безжелтушных форм структуре заболеваемости острыми вирусными гепатитами. Понятие о коинфекции и суперинфекции. Сезонность.

Патогенез. Внедрение вируса. Особенности взаимодействия вирусов с гепатоцитами и клетками иммунной системы. Механизмы патогенеза синдромов цитолиза, холестаза, мезенхимально-воспалительного при острых вирусных гепатитах.

Клиника. Инкубационный период ОВГ С, Д. Преджелтушный период: варианты течения. Критерии тяжести. Осложнения. Предвестники и клинические симптомы острой печеночной энцефалопатии. Клиническая характеристика острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ I-IV степени). Рецидивы и обострения болезни. Исходы и прогноз вирусных гепатитов. Хронический гепатит. Естественное течение инфекционного процесса. Факторы, влияющие на прогрессирование заболевания. Внепеченочные

проявления. Значение дефектов иммунной системы для формирования хронического гепатита. Участие возбудителя гепатита С в формировании ряда аутоиммунных внепеченочных поражений, первичного рака печени.

Диагностика. Клинико-эпидемиологические данные, биохимические исследования. Иммунологическая диагностика маркеров ОВГ. Правила забора крови для исследования. Инструментальные методы исследования. Дифференциальный диагноз.

Лечение. Режим. Диетотерапия. Патогенетическая терапия. Иммунокор-регулирующая терапия. Особенности ухода за больными тяжелыми формами ОВГ и при острой печеночной энцефалопатии. Реабилитация переболевших.

Профилактика. Значение раннего выявления и изоляции больных. Санитарно-гигиенические мероприятия. Дезинфекция. Правила выписки из стационара. Диспансеризация переболевших: сроки наблюдения.

После изучения темы студент должен

ПРЕДСТАВЛЯТЬ:

- эпидемиологию вирусных гепатитов, их распространенность в регионе;
- естественное течение инфекционного процесса при вирусных гепатитах;
- роль и рамки компетенции медицинской сестры при оказании сестринской помощи больным вирусными заболеваниями печени;
- значение эпидемиологических данных в распознавании вирусных гепатитов;
- порядок оказания медицинской помощи больным с вирусными гепатитами.

ЗНАТЬ:

- клинические формы гепатитов и показания к госпитализации в стационар;
- основные функции печени;
- критерии тяжести течения острых вирусных гепатитов;
- осложнения острых вирусных гепатитов;
- симптомы-предвестники развития острой печеночной энцефалопатии;
- методы лабораторной диагностики вирусных гепатитов;
- основные маркеры вирусов гепатитов;
- принципы лечебного питания при вирусных гепатитах;
- немедикаментозные методы лечения болезней печени, лечебно-охранительный режим;
- факторы, провоцирующие развитие хронических форм вирусных гепатитов;
- профилактику вирусных гепатитов и алгоритм динамического наблюдения за больными;
- эпидемиологические предпосылки заражения гемоконтактными гепатитами;
- правила забора крови у больных вирусными гепатитами;
- группы профессионального риска при парентеральных гепатитах;
- режимы работы инфекционного отделения (стационара) при вирусных гепатитах.

УМЕТЬ:

- сформулировать сестринский диагноз при вирусном гепатите;
- оценить тяжесть состояния больного и при необходимости оказать неотложную помощь;
- реализовать план назначенного обследования и лечения;
- составить план ведения больного с хроническим вирусным гепатитом (циррозом печени) на дому;
- организовать уход за больным вирусным гепатитом;
- провести методы интракорпоральной детоксикации при гепатитах.

НАВЫКИ:

- измерить температуру тела;

- оценить нарушения психоэмоционального статуса у больных вирусным гепатитом;
- собрать биологический материал для лабораторного исследования;
- оформить направления на исследования;
- измерить артериальное давление, сосчитать пульс и ЧДД;
- наладить систему для внутривенной инфузии;
- промывание кишечника (сифонная клизма);
- провести дуоденальное зондирование.

Практическая подготовка №26

Сестринский уход за пациентами при ВИЧ/СПИД

Первые официальные сообщения Центров США по контролю за заболеваниями о неизвестной болезни, получившей позднее название «синдром приобретенного иммунного дефицита» (СПИД). Предположение об инфекционной природе заболевания. Первые сведения о новом заболевании в Европе.

Выделение вируса – возбудителя СПИДа. Ретровирусы человека, вызывающие Т-клеточный лейкоз.

Социально-биологические последствия распространения ВИЧ-инфекции: уменьшение численности населения, снижение рождаемости, изменение возрастной структуры населения, депопуляция. Страны мира, для которых ВИЧ-инфекция стала «национальной трагедией». Влияние распространения ВИЧ-инфекции на здравоохранение, экономику и законодательство.

Перестройка структуры здравоохранения. Новые направления развития медицинской промышленности. Финансирование научных исследований и практической деятельности лечебно-профилактических учреждений, занимающихся вопросами ВИЧ-инфекции/СПИДа. Подготовка специалистов из числа медицинских и социальных работников.

Изменения в законодательстве. Влияние ВИЧ-инфекции на геополитику и международное сотрудничество.

Распространение ВИЧ-инфекции в мире. Современные данные о заболеваемости, пораженности, смертности от ВИЧ-инфекции в мире. Глобальные эпидемиологические типы ВИЧ-инфекции; основные характеристики, положенные в основу их выделения. Особенности распространения ВИЧ-инфекции в странах Американского континента.

Число живущих с ВИЧ/СПИДом, вновь инфицированных вирусом иммунодефицита человека, погибших от СПИДа. Распространенность ВИЧ-инфекции среди всего населения, отдельных социально-возрастных и маргинализированных групп населения. Соотношение среди живущих с ВИЧ/СПИДом и вновь инфицированных мужского и женского населения. Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и детей. Ко-инфекции. Доступность антиретровирусной терапии. Предпринимаемые меры по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России и странах СНГ. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России. Этапы развития эпидемии. Характерные проявления заболеваемости ВИЧ-инфекцией/СПИДа в показателях инцидентности, пораженности, смертности. Анализ многолетней динамики заболеваемости с момента регистрации первого заболевшего ВИЧ-инфекцией. Распределение заболевших по административным территориям РФ. Разделение территорий на категории в соответствии с риском заболеть и риском быть больным ВИЧ-инфекцией. Возрастная структура заболевших ВИЧ-инфекцией. Уязвимые группы населения. Преобладающие пути передачи. Инфекции, передаваемые половым путем, парентеральные гепатиты, туберкулез и распространение ВИЧ. Доступ к ВАРТ. Профилактические программы. Современные тенденции развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России. Прогноз развития эпидемии. Особенности распространения ВИЧ-инфекции в странах СНГ.

Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией в России. Особенности эпиднадзора в других странах. Основные показатели, применяемые при эпидемиологическом надзоре. Поведенческий надзор.

Документы, регламентирующие работу по ВИЧ-инфекции/СПИДу. Приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и другие инструктивно-методические документы.

Организационная, методическая и теоретическая основа эпидемиологического надзора. Унифицированная система сбора информации, необходимой для эпидемиологического надзора. Стратегия тестирования на ВИЧ. Добровольное и обязательное медицинское освидетельствование. Правила проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ доноров крови, биологических жидкостей, органов, тканей и др. групп населения (статья 9 Федерального закона РФ № 38). Информированное согласие при добровольном медицинском освидетельствовании.

Перечень показаний для обследования на ВИЧ/СПИД в целях улучшения качества диагностики ВИЧ-инфекции. Центр по профилактике и борьбе со СПИДом – самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания консультативно-диагностической, лечебно-профилактической помощи больным ВИЧ/СПИДом и противоэпидемической деятельности по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Федеральный, региональные, областные, городские центры по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией/СПИДом. Формы учета заболевших ВИЧ-инфекцией. Обмен информацией. Обобщение и интерпретация результатов. Иные направления деятельности Центров по борьбе и профилактике с ВИЧ-инфекцией/СПИДом. Виды оказываемой помощи: медицинская, психологическая, социальная, юридическая.

Организация амбулаторной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией. Диспансерная помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией и лицам, находившимся с ними в контакте. Взятие на учет. Формы и методы наблюдения. Клиническое и лабораторное обследование. Особенности диспансеризации ВИЧ-инфицированных лиц, вводящих наркотики инъекционным путем. Поддержка семей ВИЧ-инфицированных.

Организация стационарной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией. Показания для госпитализации. Организация различных видов помощи ВИЧ-инфицированным: хирургической, акушерско-гинекологической, стоматологической, других видов помощи, сопровождающихся инвазивными вмешательствами.

Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции и СПИДе.

ВИЧ-инфекция и угрожаемые группы населения. Распространение ВИЧ среди инъекционных наркоманов. Роль лиц, употребляющих психоактивные вещества внутривенным путем, в распространении ВИЧ среди разных групп населения. Факторы, повышающие риск инфицирования. Принципы профилактики ВИЧ инфекции среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций (ЛВНПИ), рекомендованные ВОЗ, ЮНЭЙДС. Политика «снижения вреда». Обеспечение стерильными инъекционными инструментами и дезматериалами (программа обмена шприцев). Роль неправительственных организаций. Аутрич-работа. Участие ЛЖВС в профилактической работе. Роль комплексных социально-психологических услуг для данной уязвимой группы. Лечение наркозависимости и антинаркотическая пропаганда среди молодежи.

ВИЧ-инфекция и другие угрожаемые группы населения: мужчины, имеющие секс с мужчинами, работники секс-бизнеса, сексуальные партнеры потребителей инъекционных наркотиков, клиенты коммерческих секс-работников. Профилактические программы среди этих групп риска.

Патогенез, клиника и лечение ВИЧ-инфекции.

Патогенез ВИЧ-инфекции (стадии). Характерные изменения в иммунной системе. Особенности сероконверсионной стадии. Асимптоматическая стадия. Симптоматическая

стадия. СПИД. Особенности распознавания иммунной системой человека вируса ВИЧ на различных стадиях процесса.

Клиника характерных поражений различных систем организма больного при ВИЧ-инфекции/СПИДе.

Поражение кожных покровов. Поражение кожных покровов, характерное на стадии ВИЧ и СПИДа, выраженный полиморфизм. Характер поражения. Этиология и клинические проявления оппортунистических инфекций.

Поражение дыхательной системы. Патогенетические механизмы, лежащие в основе поражения дыхательного тракта при ВИЧ-инфекции. Корреляционная связь различных поражений дыхательного тракта со стадией заболевания. Маркерные поражения дыхательного тракта для ВИЧ-инфекции. Этиологический спектр бактериальных бронхитов и пневмоний. Особенности поражения дыхательного тракта на стадии СПИДа. Особенности течения и диагностики туберкулезной инфекции на различных стадиях заболевания.

Поражение гастроинтестинального тракта. Особенности поражения ротовой полости, этиология. Поражение пищевода, ведущий клинический симптом – одинофагия, этиология. Характерное поражение желудка: ахлоргидрия, оппортунистические инфекции, этиология. Ведущие клинические симптомы поражения тонкого и толстого кишечника - хроническая диарея, синдром малабсорбции, СПИД-ассоциированная энтеропатия. Этиология. Патогенез. Клинико-лабораторная диагностика. Особенности питания пациентов с поражением пищеварительного тракта. Прямая кишка и анус, характер поражения, этиология, клинико-лабораторная диагностика. Характер поражения гепатобилиарной системы. Частота и характер поражения печени, особенности течения вирусных гепатитов В и С, цитомегаловирусный гепатит и гепатит, вызванный вирусом простого герпеса, токсический, лекарственный гепатит, этиология. Стойкий холестатический синдром, этиология. Холангиопатии с билиарной обструкцией, этиология. Характер и показания к хирургическому вмешательству (перфорации, обструктивные процессы и т.д.).

Офтальмологические поражения. Характер поражения и частота, клинические проявления. Вовлечение в процесс сосудистой оболочки глаза, сетчатки, стекловидного тела. Характер поражения и этиология. Неврит зрительного нерва, этиология. Увеиты. Кератиты, этиология. Поражение конъюнктивы, этиология. Клиническая, инструментальная и лабораторная диагностика.

Гематологические и онкологические проявления ВИЧ-инфекции. Цитопения, тромбоцитопения, нейтропения, анемия. Этиология и патогенез: аутоиммунный характер поражения; ассоциированный с оппортунистическими инфекциями, ассоциированный с онкопоражениями. Смешанный характер поражения. Онкологическая манифестация инфекции ВИЧ. Принципы лечения.

Почечные, кардиальные, эндокринные и ревматологические проявления ВИЧ-инфекции. Поражение почек. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез. ВИЧ-ассоциированная нефропатия. Определение, патогенез, клиническая картина, лечение. Кардиоваскулярные поражения.

Этиология, клинические проявления. Диагностика и лечение. Эндокринные расстройства. Метаболический синдром. Этиология, патогенез, многообразие клинических проявлений. Ревматологические заболевания, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией. Патогенез. Клинические проявления. Дерматологические проявления. Поражение суставов. Поражение мышц. Синдром Шегрена. Васкулиты. Этиология. Патогенез.

Поражение центральной нервной системы.

Поражение центральной системы на ранних этапах ВИЧ-инфекции, до появления оппортунистических инфекций и сероконверсии: мононейропатии и полинейропатия, синдром Гийенна-Барре, хроническая идиопатическая демиелинизирующая полинейропатия.

Современные классификации ВИЧ-инфекции. Критерии различных стадий заболевания. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции на основании клинико-лабораторных признаков.

Лечение ВИЧ-инфекции/СПИДа. Антиретровирусная терапия. Приверженность к лечению. Целью лечения является максимальное продление жизни больного и обеспечение сохранения ее качества. Показания к лечению. Применение отдельных схем антиретровирусной терапии. Лекарственная резистентность. Основные группы препаратов. Механизм действия. Побочные эффекты. Токсичность. Антимикробная терапия.

После изучения темы студент должен

ПРЕДСТАВЛЯТЬ:

- современную эпидемиологическую ситуацию в России и мире;
- последствия распространения ВИЧ-инфекции для человечества;
- основные правовые документы по ВИЧ-инфекции/СПИДу в России;
- организационную структуру, теоретические и методические основы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией;

ЗНАТЬ:

- основные вопросы эпидемиологии, этиологии, иммунопатологии ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- опорные диагностические признаки ВИЧ-инфекции, СПИДа и СПИД-ассоциированных заболеваний;
- основные методы лабораторной и инструментальной диагностики, используемые при данной патологии;
- основные принципы лечения (антиретровирусная терапия) при ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциированных заболеваниях, показания к началу специфической терапии;
- проблемы ВИЧ - инфицированных и пути их решения.

УМЕТЬ:

- использовать эпидемиологический подход для изучения ВИЧ-инфекции/СПИДа;
- собирать эпидемиологический анамнез у больного с ВИЧ-инфекцией/СПИДом, а также у лиц, поставленных в условия заражения ВИЧ-инфекцией;
- проводить эпидемиологическое обследование очага, использовать инструктивно-методические документы и обосновывать управленческое решение, направленное на предупреждение распространения инфекции;
- проводить обследование больного с ВИЧ-инфекцией/СПИДом; выполнить алгоритм лабораторного и инструментального обследования больного с ВИЧ-инфекцией и СПИД-ассоциированными заболеваниями;
- применять универсальные и стандартные меры предосторожности;
- формулировать сестринский диагноз;
- обосновывать проведение комплекса лечебных (антиретровирусная терапия, лечение СПИД-ассоциированных заболеваний) мероприятий.

НАВЫКИ:

- осмотр кожных покровов и видимых слизистых;
- пальпация лимфатических узлов;
- сбор биологического материала для исследования;
- оформить направления на исследования;
- выполнить внутривенную и внутримышечную инъекцию с соблюдением правил безопасности при работе с больными ВИЧ-инфекцией;
- алгоритм действий при «технической» аварии.

— санитарно-просветительная работа по профилактике ВИЧ.

Практическая подготовка №27

Сестринский уход за пациентами с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ)

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ (ВИРУСНАЯ) ИНФЕКЦИЯ (РСВИ)

Характеристика возбудителя. Восприимчивость и выраженность иммунного ответа в возрастном аспекте. Распределение заболеваемости по возрастным группам населения. Патогенетические особенности поражения дыхательных путей при РС-вирусной инфекции. Патоморфологические изменения в дыхательных путях. Клинические проявления. Показатели тяжести. Течение. Осложнения. Исходы. Диагностическая значимость лабораторных методов исследования. Дифференциальный диагноз. Лечение больных РС-вирусной инфекцией. Показания к госпитализации. Экстренная помощь на догоспитальном этапе. Интенсивная терапия в условиях стационара.

После изучения темы студент должен

ПРЕДСТАВЛЯТЬ:

- эпидемиологические предпосылки и опасность распространения инфекций с воздушно-капельным механизмом заражения;
- распространенность основных бактериальных и вирусных воздушно-капельных инфекций в РФ;
- рамки компетенции медицинской сестры при оказании сестринской помощи данной категории инфекционных больных;
- роль обоснованного комплексного ухода в выздоровлении, смягчении симптомов болезни и/или улучшении качества жизни у больных с воздушно-капельными инфекциями.

ЗНАТЬ:

- клинико-эпидемиологические критерии постановки диагноза острой респираторной вирусной инфекции и гриппа/ дифтерии/ менингококковой инфекции;
- клинические и эпидемиологические показания для госпитализации больных в стационар;
- используемые в практике методы лабораторно-инструментального подтверждения диагноза воздушно-капельных инфекций;
- правила забора и доставки материала на исследование в лабораторию;
- методы терапии воздушно-капельных инфекций (этиотропная, специфическая, патогенетическая, симптоматическая);
- примерные медикаментозные врачебные назначения по поводу бактериальных и вирусных инфекций с аэрозольным механизмом передачи инфекции;
- приемы выделения и точной формулировки конкретной задачи сестринского вмешательства, способы определения условий ее решения;
- способы достижения осознанного сотрудничества по инфекционной безопасности при воздушно-капельных инфекциях;
- основы иммунопрофилактики воздушно-капельных инфекций.

УМЕТЬ:

- сформулировать сестринский диагноз при подозрении на дифтерию, менингококковую инфекцию, грипп;
- оценить тяжесть состояния больного и при необходимости оказать неотложную помощь;
- реализовать план назначенного обследования и лечения;
- составить план ведения больного с острой респираторной инфекцией на дому;

- организовать работу среднего и вспомогательного персонала в очаге инфекции при дифтерии, менингококковой инфекции;
- объяснить пациенту и родственникам основные меры профилактики респираторных заболеваний;
- соблюдать инфекционную безопасность при работе в очаге инфекционного заболевания.

НАВЫКИ:

- измерить температуру тела;
- собрать биологический материал для бактериологического исследования (носоглоточные смывы, посевы) на КБД, на менингококк, на грипп;
- оформить направления на исследования;
- измерить артериальное давление, определить сатурацию кислорода;
- наладить систему для неинвазивной оксигенотерапии;
- работа в очаге инфекционного заболевания (менингококковая инфекция, корь).

Практическая подготовка №28

Особенности ухода за пациентами с нарушением мозгового кровообращения и с воспалительными заболеваниями головного и спинного мозга

Основы теоретического материала

Ежегодно инсульт уносит жизни 6 млн. человек во всем мире. Большинство людей после этого остаются инвалидами. Прогноз напрямую зависит от скорости оказания медицинской помощи. Поэтому так важно знать, как проявляет себя болезнь и как правильно вести себя в сложившейся ситуации.

Инсульт – это нарушение церебрального кровообращения, приводящее к поражению головного мозга.

Патология широко распространена. Только в РФ на 1000 жителей приходится 3 случая инсульта. В посмертной выписке он значится как причина летального исхода у 23,5% людей.

Даже если пациенты не погибают после перенесенной сосудистой катастрофы, более 80% из них остаются инвалидами. Часто неврологические нарушения настолько тяжелы, что больной не в состоянии самостоятельно себя обслуживать. Инсульт является третьей по значимости причиной смертности.

Различают 2 вида инсульта: ишемический и геморрагический. Механизм их развития и особенности лечения не имеют ничего общего друг с другом. Также существует особая разновидность геморрагического поражения сосудов – это субарахноидальное кровоизлияние.

Цель подготовки:

выявить, проверить и закрепить знания студентов об особенностях сестринского ухода при инсультах.

Вопросы к практической подготовке:

1. Инсульт, виды, типы. Клинические проявления доврачебная помощь. Особенности сестринского процесса при консервативной терапии, фармакотерапия.

2. Организация консультации специалиста. Консультирование семьи по вопросам ухода, питания, гигиены, реабилитации Сестринская помощь и сестринский процесс при данной патологии нервной системы.

3. Клинические проявления и доврачебная помощь. Особенности сестринского процесса при консервативной терапии, фармакотерапия. Организация консультации специалиста. Консультирование семьи по вопросам ухода, питания, гигиены, реабилитации.

Задания к практической подготовке:

1. Разбор ситуационных задач
2. Разбор тестов
3. Разбор манипуляций

Манипуляции к практической подготовке:

Повторить:

1. Действия медицинской сестры при смене одежды тяжелобольному

Освоить

1. Алгоритм исследования менингеальных симптомов
2. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)
3. Уход за тяжелобольным пациентом.
4. Проведением мероприятий по профилактике пролежней
5. Подготовка тела умершего для перевода в патологоанатомическое отделение

Практическая подготовка №29

Особенности ухода за пациентами с заболеваниями периферической нервной системы

Основы теоретического материала

Нервная система отвечает за работу и взаимосвязь всех систем и органов человеческого организма. Она объединяет центральную нервную систему, состоящую из головного и спинного мозга, и периферическую нервную систему, куда входят нервы, отходящие от головного и спинного мозга. Нервные окончания обеспечивают двигательную активность и чувствительность всех участков нашего тела. Отдельная автономная (вегетативная) нервная система инвертирует сердечно-сосудистую систему и другие органы.

Нервная система состоит из трех основных элементов, в соответствии с которыми все патологии можно условно разделить на следующие подгруппы:

- заболевания центральной нервной системы;
- заболевания периферической нервной системы;
- заболевания вегетативной системы.

Центральная нервная система (ЦНС) состоит из головного и спинного мозга. Оболочки мозга и спинномозговая жидкость выполняют защитные функции и играют роль своеобразных амортизаторов, которые смягчают всевозможные внешние воздействия, способные привести к повреждению жизненно важных органов.

Периферическая нервная система (ПНС) обеспечивает двустороннюю связь ЦНС со всеми органами и системами человеческого организма. Анатомически ПНС состоит из нервных узлов (ганглиев), спинномозговых и черепно-мозговых нервов, а также прочих нервных сплетений, расположенных вне спинного и головного мозга.

Вегетативная система отвечает за функционирование мышц, которыми мы не способны управлять по своей воле (сердечная мышца, различные железы). Ее структуры расположены как в центральных, так и в периферических отделах нервной системы, а

основная деятельность направлена на поддержание стабильности внутренней среды организма (температуры тела, давления).

Все заболевания нервной системы можно разделить на сосудистые, инфекционные, хронически прогрессирующие, наследственные и травматические патологии.

Сосудистые заболевания головного мозга - одна из центральных проблем современной медицины. Она имеет, можно сказать без преувеличения, общечеловеческое значение. Достаточно сказать, что, по данным Всемирной организации здравоохранения, смертность от инсультов составляет свыше 12% всех причин смерти, уступая лишь таковой от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований. В ряде стран (Япония, ФРГ) положение еще серьезнее - инсульты вышли на первое место среди причин смертности.

Количество больных с преходящими и начальными формами центральных сосудистых нарушений возрастает, прежде всего, за счет увеличения в населении числа лиц старших возрастных групп. Кроме того, сосудистые заболевания мозга возникают все чаще у лиц относительно более молодого возраста.

Нарушения мозгового кровообращения относятся к частым и тяжелым заболеваниям нервной системы. Приблизительно каждый третий больной в неврологическом стационаре страдает именно этой патологией, требующей неотложного лечения.

Выделяют острые нарушения мозгового кровообращения и хроническую недостаточность кровоснабжения мозга. Острые нарушения мозгового кровообращения могут быть преходящими и стойкими - инсульты. Первые из них связаны с недостаточностью кровоснабжения, возникающего при закупорке сосудов мозга, вторые - как с закупоркой сосудов (ишемический инсульт, инфаркт мозга), так и с нарушением целостности стенки кровеносного сосуда, последующим кровоизлиянием (геморрагический инсульт).

Кровоизлияние может произойти не только в вещество мозга, но и в подболочечные пространства. Наиболее частой формой последнего является субарахноидальное кровоизлияние, возникающее, как правило, при разрыве артериальной или артериовенозной аневризмы.

Причиной кровоизлияния в мозг чаще всего является гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия при заболеваниях почек, желез внутренней секреции. Значительно реже оно наблюдается при церебральном атеросклерозе, аневризме сосудов мозга, болезнях крови. Ишемический инсульт в большинстве случаев развивается при атеросклерозе мозговых артерий, а также при сужении сосудов мозга или магистральных сосудов - сонных и позвоночных артерий шейного отдела позвоночника.

Причиной очаговой энцефаломалиции (размягчения) головного мозга может быть недостаточное поступление крови к мозгу, обусловленное различными факторами, вызывающими снижение артериального давления, такими, как инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма, массивные кровотечения. Такое (не на почве образования тромба) размягчение возникает при сочетании снижения артериального давления и сужения просвета магистрального или мозгового сосуда атеросклеротическим процессом.

Цель занятия

Изучить заболевания нервной системы, их классификацию, выявить, проверить и закрепить знания студентов об особенностях сестринского ухода при неврологических заболеваниях

Вопросы к практическому занятию

1. Классификация заболеваний нервной системы.

2.Нарушения мозгового кровообращения. Факторы риска развития нарушения мозгового кровообращения. Клинические проявления нарушений мозгового кровообращения.

3.Сестринский процесс при нарушениях мозгового кровообращения. Консультирование семьи по вопросам профилактики, организации ухода, гигиене и питанию пациентов с нарушением мозгового кровообращения.

4.Этические аспекты помощи пациентам с нарушениями мозгового кровообращения. Психологическая поддержка пациента и члена семьи, осуществляющего уход за ним.

Задания к практическим занятиям

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Действия медицинской сестры при уходе за кожей тяжелобольного
2. Действия медицинской сестры по перемещению тяжелобольного в постели

Освоить

1. Участие медсестры в подготовке и проведении спинномозговой пункции

Практическая подготовка №30

Пограничные состояния: психопатии. Невротические состояния, связанные со стрессом. Психогении. Шизофрения. Эпилепсия.

Основы теоретического материала

Внутренние органы и системы человеческого организма регулируются нервной системой, которая разделяется на центральную и периферическую. В первую включен головной и спинной мозг, во вторую – нервы, распространяющиеся из головного и спинного мозга. Если происходит нарушение работы нервной системы, страдают и внутренние органы.

Классификация заболеваний нервной системы.

Исходя из причины, существуют следующие виды заболеваний нервной системы:

инфекционные;
травматические;
наследственные.

Инфекционная природа болезней обусловлена воздействием на организм патогенов – вирусов, бактерий, грибков, паразитарных инвазий. В большинстве случаев диагностируют поражение головного мозга, то есть центральной нервной системы. Это может быть:

энцефалит;
корь;
малярия и др.

Клинические проявления, характерные для инфекционного поражения ЦНС, - повышение общей температуры, нарушение сознания, частые головные боли и головокружение, тошнотно-рвотный синдром.

Болезни нервной системы травматического характера вызваны повреждением головного или спинного мозга в результате ушиба или иного механического фактора. Это может быть сотрясение мозга, которое сопровождается головной болью, тошнотой и рвотой, потерей или нарушением сознания.

Наследственное поражение нервной системы разделяют на хромосомное и геномное. Среди первых болезней можно выделить болезнь Дауна, среди вторых – нарушение работы нервно-мышечной системы. Клинические проявления наследственных

патологий – неправильное формирование двигательных органов и щитовидной железы, слабоумие, отставание в физическом и умственном развитии.

Наследственные заболевания разделяют на несколько подвидов:
дегенеративное поражение ЦНС под действием определенного фактора (травмы, инфекции) и при наличии наследственной предрасположенности;
эпилепсия;
поражение нервно-мышечного аппарата;
опухолевидные процессы в ЦНС;
состояния, обусловленные сбоем в развитии нейронов.

Отдельно стоит выделить болезни нервной системы сосудистого типа, которые часто становятся причиной присвоения группы инвалидности и летального исхода. Сюда относят острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), сосудисто-мозговую недостаточность хронического типа. Среди характерных симптомов – головная боль, тошнотно-рвотный синдром, нарушение двигательной функции и чувствительности.

Вопросы к практической подготовке:

1. Основные неврологические заболевания: Атеросклероз сосудов головного мозга. Болезнь Альцгеймера. Болезнь Паркинсона. ДЦП. Менингит. Обморок. Рассеянный склероз. Эпилепсия.
2. Клинические проявления, особенности сестринского процесса, фармакотерапия, реабилитация. Консультирование семьи по вопросам организации ухода за пациентом.
3. Клинические проявления изучаемых заболеваний.
4. Помощь при болевом синдроме

Задания к практической подготовке:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практической подготовке:

Повторить:

1. Уход за больными при нарушении движений

Освоить

1. Алгоритм исследования менингеальных симптомов
2. Острое нарушение мозгового кровообращения(ОНМК)
3. Проведением мероприятий по профилактике пролежней

Практическая подготовка №31

Организация наркологической помощи.

Основы теоретического материала

В условиях лечебного учреждения первый контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет взаимоотношения с обеих сторон, чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений.

Все в медсестре должно располагать к себе пациента, начиная с ее внешнего вида (подтянутость, аккуратность, прическа, выражение лица). Совершенно неприемлемо обращение «больной», как будто пациент потерял право на имя и отчество. Чтобы между медсестрой и пациентом сложились партнерские отношения, пациент должен чувствовать, что вы хотите ему помочь. Только тогда возникает тот доверительный диалог, во время которого медсестра узнает необходимые ей сведения о пациенте, особенностях его личности, его мнение о заболевании, стационарировании, надеждах на выздоровление, планах на будущее. Во время таких бесед выявляются отношение пациента к родственникам, работе, другие проблемы, а все эти сведения дают медсестре возможность поставить свой сестринский диагноз.

При всем этом медсестра постоянно должна помнить, что партнерские отношения с больными не должны переходить в панибратские: ведущая роль всегда остается за ней. Она сочувствует больному, между ними устанавливается ток называемая эмпатия, т.е. медсестра способна познать суть и глубину переживаний и страданий пациента, но она не идентифицирует себя с его переживаниями. Пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер.

Зная особенности переживаний больного, его личности, медсестра тактично объясняет пациенту не только его права, но и обязанности, рассказывает в доступной для больного форме о необходимых обследованиях, подготовке к ним, о предстоящем лечении. Согласно Закону Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», все манипуляции, обследования и необходимая терапия проводятся с личного согласия больного или (в детской психиатрии) с согласия родителей ребенка. Лишь в случаях, предусмотренных ст. 29 «Закона» для стационарирования и терапии не требуется согласие больного (если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих или беспомощность и неспособность осуществлять основные жизненные потребности).

Цель подготовки:

выявить, проверить и закрепить знания студентов об особенностях сестринского ухода при неврологических заболеваниях

Вопросы к практической подготовке:

1. Сестринская помощь и сестринский процесс при патологии нервной системы. Основные принципы сестринской помощи неврологическим пациентам и семье по организации ухода.
2. Психологическая поддержка семьи, сестринская деятельность и сестринский процесс при неврологических заболеваниях у пациентов различного возраста (детского, взрослого, пожилого и старческого).
3. Уход в условиях стационара и на дому за пациентами с двигательными нарушениями, за пациентами с нарушениями речи. Консультирование семьи.

Задания к практической подготовке:

1. Разбор ситуационных задач
2. Разбор тестов
3. Разбор манипуляций

Манипуляции к практической подготовке:

Повторить:

1. Действия, выполняемые медицинской сестрой для удовлетворения потребности больного в питании с помощью ложки.

Освоить:

1. Действия, выполняемые медицинской сестрой для удовлетворения потребности больного в питании с помощью поильника
2. Действия, выполняемые медицинской сестрой для удовлетворения потребности больного в питании с помощью назогастрального зонда.

Практическая подготовка №32

Сестринский уход за пациентами с кожными заболеваниями

Определение. Грибковые болезни кожи (дерматомикозы) представляют собой инфекционные болезни кожи, вызываемые грибами.

В настоящее время описано около 50 видов грибов, патогенных для человека. С медицинской точки зрения (в дерматологической практике) интерес представляют три вида - дерматофиты, дрожжеподобные грибы и плесени.

Дерматофиты разделяют на три основные группы в зависимости от строения конидий - *Trichophyton* (22 вида), *Micro-sporum* (16 видов) и *Epidermophyton* (1 вид).

Согласно экологической классификации, среди дермато-фитов выделяют геофильные, зоофильные и антропофильные грибы.

Геофильные грибы (*E.floccosum*, *M. audouinii*, *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*, *T. rubrum* и др.) могут быть патогенны для человека и животных, зоофильные (*M. canis*, *M. nanum*, *T. mentagrophytes*, *T. verrucosum* и др.) - в основном для животных, иногда - для человека, антропофильные (*M. gypseum*, *M. fulvum* и др.) - для человека. Антропофильные грибы произошли, по-видимому, от зоофильных, часть из которых адаптировалась к человеческому кератину и потеряла способность переваривать кератин животных.

Роль различных видов грибов в развитии той или иной клинической формы периодически меняется. Так, например, в 1940-1960-е гг. первое место по частоте развития микозов стоп и складок занимали соответственно *T. mentagrophytes* и *E. floccosum*, а в 1970-1990-е - *T. rubrum*. Следует также отметить, что роль тех или иных грибов в развитии определенных клинических форм заболевания в различных регионах неодинакова. В частности, поражения волосистой части головы в Европе обусловлены преимущественно *M. canis*, в Северной Америке - *T. tonsurans*, в Южной Америке, Африке, Индии и Пакистане - *T. violaceum*.

Среди дрожжеподобных грибов - типичных представителей условно-патогенной микрофлоры - ведущую роль в развитии микозов играет *Candida albicans*.

Плесневые грибы широко распространены в почве, воздухе, плодах растений, богатых сахарами. Ведущую роль в развитии микозов играет *Scopulariopsis brevicaulis*.

Этиология и патогенез. Грибы могут поражать роговой слой, придатки кожи, слизистые оболочки полости рта и половых органов, дерму, гиподерму, а также другие глубокие ткани (при глубоких микозах).

Развитие грибковых поражений кожи обусловлено следующими факторами: патогенностью и вирулентностью возбудителя, состоянием макроорганизма, условиями внешней среды.

Диагностика. Диагноз грибкового поражения кожи в подавляющем большинстве случаев должен быть подтвержден

лабораторными методами исследования: микроскопическим, позволяющим установить наличие гриба, культуральным, идентифицирующим грибок, в редких случаях проводится гистологическое исследование. При ряде микозов применяется люминесцентная диагностика.

Микроскопическим методом проводится исследование чешуек, покрывочек везикул, ногтевых пластинок, волос. Возбудителя грибкового заболевания удается обнаружить после просветления рогового вещества в горячем растворе едкой щелочи. Для этого измельченные кусочки исследуемого материала помещают на предметное стекло и наносят на них каплю 20 % раствора едкого кали. Вслед за этим стекло подогревают над пламенем горелки до появления по периферии капли белого ободка из кристаллов щелочи. Затем на препарат накладывают покровное стекло и приступают к его изучению под микроскопом. Положительными

результатами исследования служат находки гриба - нитей мицелия и спор, которые, тем не менее, не позволяют идентифицировать гриб.

Культуральное исследование определяет род и вид гриба, кроме того, оно является более информативным, чем микроскопия. Наиболее широко применяется среда Сабуро или сусло-агар, содержащие антибиотики.

Люминесцентная диагностика заключается в ультрафиолетовом освещении очагов поражения через фильтр Вуда и используется в основном при поражении волос при микроспории и фавусе.

Классификация. В последние годы в отечественной дерматологии применялась классификация Н. Д. Шеклакова, согласно которой выделяют четыре группы микозов и группу псевдомикозов. К микозам относятся:

- 1) кератомикозы (разноцветный лишай и др.);
- 2) дерматомикозы (эпидермофития, микоз, обусловленный красным трихофитомом, трихофития, микроспория, фавус);
- 3) кандидоз;
- 4) глубокие микозы.

В группу псевдомикозов относят эритразму, актиномикоз и др.

В настоящее время в большинстве стран наиболее широко применяется классификация грибковых заболеваний кожи в зависимости от этиологии. Выделяют микозы, обусловленные дерматофитами (дальнейшая детализация основана на указании локализации микоза), дрожжеподобными грибами и плесневыми грибами. Микозы, обусловленные дерматофитами:

- 1) волосистой части головы;
- 2) области бороды и усов;
- 3) гладкой кожи;
- 4) лица;
- 5) крупных складок тела;
- 6) стоп;
- 7) кистей;
- 8) ногтей.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о грибковых заболеваниях.

Вопросы к практическому занятию

1. Возбудители грибковых заболеваний.
2. Основные виды грибковых заболеваний.
3. Лечение грибковых заболеваний.
4. Причины предрасполагающие к развитию грибковых заболеваний.

Задания к практическим занятиям

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов

Практическая подготовка №33

Сестринский уход за пациентами с заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП)

Определение. ВИЧ-инфекция - инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), поражающего преимущественно клетки иммунной системы с постепенным развитием глубокого иммунодефицита. До открытия возбудителя ВИЧ-инфекцию называли "синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД)". В настоящее время этот термин применяется только для обозначения манифестной стадии болезни. Следствием выраженных иммунных нарушений, характерных для этого патологического процесса, является возникновение множества оппортунистических заболеваний, среди которых нередко встречаются разнообразные болезни кожи.

Этиология и патогенез. Возбудитель ВИЧ-инфекции относится к семейству ретровирусов, обладает нейро- и лимфо-тропностью и подразделяется на два типа - ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Оба вируса представляют собой ядра, состоящие из РНК и ферментов, окруженные оболочками. Проникнув в клетку хозяина, РНК под действием собственной ревертазы превращается в ДНК. Последняя встраивается в ДНК клетки человека, продуцирует новые вирусы и постоянно сохраняется в пораженной клетке. Оболочка вируса содержит гликопротеид gp120, обладающий высокой тропностью к рецептору CD4+, основными носителями которого являются Т-хелперы. Прогрессирующее снижение в крови CD4+-лимфоцитов связано с гибелью инфицированных вирусом клеток, а также с превращением этих лимфоцитов в многоядерные функционально неактивные гигантские клетки. Следствием этого является ослабление координирующей роли Т-хелперов и угнетение иммуногенеза, усугубляющееся ослаблением цитотоксической активности CD8+-лимфоцитов, уничтожающих инфицированные вирусом клетки. Постепенная иммуносупрессия приводит к потере контроля над проникающими в организм возбудителями инфекционных заболеваний и возникающими под действием ВИЧ злокачественными клетками, что вызывает развитие множества заболеваний.

Источником заражения является человек, инфицированный ВИЧ, вне зависимости от стадии болезни. Пути передачи инфекции - половой, парентеральный, внутриутробный, через пересаженные органы и ткани. Возбудитель обнаруживается во всех физиологических жидкостях, однако в моче, слюне и слезной жидкости концентрация его недостаточна для заражения. Группы риска по заражению ВИЧ-инфекцией составляют наркоманы и люди, имеющие много половых партнеров (гомо- и бисексуалы, проститутки и т. д.).

Клинические проявления. Поражения кожи могут возникать в любой стадии ВИЧ-инфекции (острая ВИЧ-инфекция, синдром генерализованной лимфаденопатии, СПИД-ассоциированный комплекс, собственно СПИД или терминальная стадия), но наиболее они характерны для СПИД-ассоциированного комплекса и собственно СПИДа. Поражения кожи и слизистых оболочек при ВИЧ-инфекции условно можно разделить на три основные группы: инфекционные (вирусные, грибковые, бактериальные, паразитарные), неопластические и прочие дерматозы с неясным патогенезом. У лиц, инфицированных ВИЧ, эти заболевания характеризуются тем, что они приобретают ряд особенностей: возникают в необычных возрастных группах, имеют тяжелое течение, проявляются атипично, плохо поддаются терапии. Характер изменений кожи и слизистых оболочек

зависит от стадии ВИЧ-инфекции, ее клинической формы, биологических свойств возбудителей вторичных инфекций, степени выраженности иммунодепрессии. Наибольшее диагностическое значение при ВИЧ-инфекции имеют следующие заболевания:

- 1) саркома Капоши;
- 2) кандидоз;
- 3) герпес простой;
- 4) герпес опоясывающий;
- 5) себорейный дерматит;
- 6) "волосатая" лейкоплакия;
- 7) контагиозный моллюск;
- 8) вульгарные бородавки.

Тяжелое течение всех указанных выше дерматозов, их генерализация при наличии общих симптомов (лихорадки, слабости, диареи, потери массы тела и т. п.) свидетельствуют о развитии клинически развернутого СПИДа.

Саркома Капоши (см. гл. 28 "Новообразования кожи") является наиболее характерным дерматологическим неопластическим проявлением ВИЧ-инфекции, возникающим в любой ее стадии. Наиболее часто она встречается у гомосексуалистов (40-50 %), значительно реже у гетеросексуалистов-наркоманов. Предполагается, что ее развитию у гомосексуалистов способствует не только инфицирование ВИЧ, но и другие факторы (ци-томегаловирус, вирус герпеса человека 6 типа).

Основными клиническими особенностями саркомы Капоши у больных ВИЧ-инфекцией являются:

- 1) возникновение заболевания в сексуально активном возрасте (в среднем 35 лет);
- 2) распространенный характер кожных очагов поражения;
- 3) склонность к быстрой генерализации с поражением слизистых оболочек полости рта и верхних дыхательных путей, лимфатических узлов и внутренних органов;
- 4) частое возникновение изолированных поражений слизистых оболочек и периферических лимфатических узлов;
- 5) высокая летальность в ранние сроки после возникновения начальных проявлений заболевания (80 % больных умирают в течение первых двух лет).

Кандидоз (см. гл. 8 "Грибковые болезни кожи"), особенно слизистой оболочки полости рта и кожи перианальной области, является ранним симптомом ВИЧ-инфекции. Особенности его течения на фоне ВИЧ-инфекции являются:

- 1) преимущественное поражение слизистой полости рта, гениталий и перианальной области, с возможным вовлечением пищевода;
- 2) склонность к периферическому росту и слиянию очагов с последующим их изъязвлением;
- 3) торпидность к фунгицидной терапии;
- 4) внезапное развитие кандидоза у молодых людей, не получавших антибиотики, кортикостероидные гормоны или цито-статики.

Последнее является очень подозрительным на ВИЧ-инфекцию и требует соответствующего обследования пациента.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов об инфекциях, передаваемых половым путем.

Вопросы к практическому занятию

1. Основные инфекции, передаваемые половым путем.
2. Основные возбудитель заболеваний.
3. Пути заражения.
4. Лечение инфекций.

Задания к практическим занятиям

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов

Практическая подготовка №34

Медицинская реабилитация пациентов при заболеваниях внутренних органов
Реабилитация пациентов при различной патологии дыхательной системы

Задачи ЛФК в пульмонологии

— Достижение регресса обратимых и стабилизации необратимых изменений в легких, формирование компенсации и нормализация функции.

— Общетонизирующее воздействие:

- стимуляция обменных процессов;
- повышение нервно-психического тонуса;
- восстановление и повышение толерантности к физической нагрузке;
- стимуляция иммунных процессов.

— Профилактическое воздействие:

- улучшение функции внешнего дыхания;
- овладение методикой управления дыханием;
- повышение защитной функции дыхательных путей;
- уменьшение интоксикации.

— Патогенетическое (лечебное) воздействие:

- коррекция «механики» дыхания;
- ускорение рассасывания при воспалительных процессах;
- улучшение бронхиальной проходимости;
- снятие или уменьшение бронхоспазма;
- регуляция функции внешнего дыхания и увеличение его резервов.

Реализацию задач ЛФК производят в зависимости от нозологической формы, особенностей и характера течения заболевания, формы и степени поражения дыхательной системы, индивидуальных особенностей пациента. Для каждого пациента подбирают строго индивидуально средства, формы и методы ЛФК, которые помогут решить задачи, поставленные для достижения лечебного эффекта. ЛФК назначают как можно раньше при отсутствии противопоказаний.

ЛФК - не только метод патогенетической терапии, но и средство профилактики синдрома гиподинамии, развивающегося в стационаре при соблюдении постельного режима.

Реабилитация пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на различных этапах

Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями это одна из самых актуальных задач современной медицины, т.к. Данная патология занимает первое место среди других причин смертности населения. Не секрет, что любое заболевание системы кровообращения ведет к нарушению функции органов и систем, нарушается кислородо-транспортная система, сердечная мышца и головной мозг, как самые чувствительные и чувствительные к дефициту кислорода органы начинают на это реагировать. На начальном этапе это проявляется снижением физической активности и работоспособности человека.

2. Принцип действия программы реабилитации.

Лечебное и профилактическое действие лечебной гимнастики или лечебной физкультуры при сердечно-сосудистых заболеваниях обусловлено ускорением лимфо- и кровотока, увеличением объема циркулирующей крови (ОЦК), ускорением метаболизма в тканях, улучшением микроциркуляции, нормализации артериального давления, улучшением когнитивных функций, ускорением регенерации поврежденных тканей и как следствие-нормализации функционального и психоэмоционального статуса человека (сон, настроение и т.д.).

3. Этапы реабилитации.

Прежде чем перейти к этапам ЛФК при сердечно-сосудистых заболеваниях, уже имеющих у пациента, необходимо отметить важность профилактики данной патологии и в этом контексте следует понимать важность проведения гигиенической лечебной гимнастики дома (утренняя гимнастика) и в условиях трудовой деятельности (физкультурные пятиминутки).

1 этап - Проведение ЛФК в остром периоде. Как правило, занятия проходят исключительно в щадящих режимах (лежа, сидя) с постепенным расширением режима и нагрузки. Решение об уровне нагрузок принимает врач-реабилитолог совместно в лечащим врачом (терапевтом, кардиологом, неврологом).

2 этап - Проведение ЛФК в период выздоровления. В данный период на усмотрение врача- реабилитолога режим расширяется и занятия проводятся в положениях сидя и стоя, разрешается нефорсированная ходьба по горизонтальной поверхности. Далее при благоприятном течении периода выздоровления пациентам дается дробная ходьба по ступеням преимущественно сверху вниз, а затем оценив степень кардионагрузки и снизу вверх. Подключаются занятия в бассейне или на тренажерах и т.д.

3 этап - Поддерживающий. Главной задачей в этом периоде является стабилизация и укрепление полученных навыков у пациента, выработанных за предыдущие этапы реабилитации. Увеличение его работоспособности и выносливости, толерантности к нагрузкам и как следствие-максимальный "возврат" к прежнему физическому, психоэмоциональному и социальному статусу.

4. Противопоказания.

Противопоказания, так же как и назначение лечебной физкультуры при сердечно-сосудистых заболеваниях определяет врач-реабилитолог! И во многом зависит это от тяжести течения основного заболевания и наличия осложнений.

Но есть и абсолютные противопоказания к проведению ЛФК с данной категорией пациентов, а именно, запрещены:

упражнения с задержкой дыхания

длительные или резкие наклоны головы

прыжки

отсутствие дробной нагрузки

занятия в душных, непроветриваемых помещениях

слишком ранние или поздние часы занятий

подача чрезмерной кардионагрузки (степпер, тредмил на подъем) и т.д.

5. Показания для проведения лечебной физкультуры при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Артериальная гипотензия (гипотония)

Вертебробазилярная недостаточность(ВБН)

Преходящие нарушение мозгового кровообращения(ПНМК) и состояния после перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК)

Ишемическая болезнь сердца(ИБС)

Стенокардия напряжения

Перенесенный инфаркт миокарда(ИМ)

Миокардиты, перикардиты

Сердечные аритмии

Сердечная недостаточность(СН)

Ревматизм

Врожденные и приобретенные пороки сердца

Атеросклероз

Реабилитационный процесс при заболеваниях

пищеварительной системы

Лечение хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Для эффективного лечения, предотвращения осложнений и рецидивов язвенной болезни и хронического гастрита большое значение имеют реабилитационные мероприятия, их преемственность и комплексность. На всех этапах восстановительного лечения с разной степенью значимости используются: соблюдение охранительного режима, прием медикаментозных средств, диетотерапия, физические и курортные методы, психотерапия, ЛФК, массаж.

В терапии больных хроническим гастритом и язвенной болезнью выделяют 2 основные задачи: лечение активной фазы заболевания и предупреждение рецидивов.

Решение этих задач осуществляется непрерывно, последовательно, на 3 этапах медицинской реабилитации: стационарном, поликлиническом и санаторном.

На стационарном этапе восстановительное лечение предусматривает ряд мер.

Лечебный режим. Больному назначают постельный или полупостельный режим примерно на 7 дней, заменяя его в последующем на свободный.

Диетотерапия. При выраженном обострении больному назначают диету № 1, при секреторной недостаточности - диету № 2. Питание дробное (5-6-кратное). Количество белка увеличено до 120-140 г/сут. Обязательно использование в повышенных дозах витаминов.

В комплексной терапии язвенной болезни и хронического гастрита существенное место занимает ЛФК. Как известно, в развитии данных заболеваний

важная роль принадлежит нарушениям в деятельности ЦНС, поэтому терапевтическое действие физических упражнений обусловлено их нормализующим влиянием на нервную систему - кору головного мозга и ее вегетативные отделы.

Применение ЛФК при язвенной болезни показано после стихания острых болей и значительных диспепсических расстройств, обычно с начала 2-й недели, т.е. пациентам, находящимся в фазе затухающего обострения, а также неполной и полной ремиссии, с неосложненным течением заболевания.

Задачи ЛФК: улучшение крово- и лимфообращения в брюшной полости; нормализации моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, секреторной и нейрогуморальной регуляции пищеварительных процессов; создание благоприятных условий для репаративных процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки; профилактика осложнений (спаечные процессы, застойные явления и др.); укрепление и нормализация тонуса мышц брюшного пресса, спины, малого таза (наиболее тесно связанных с работой внутренних органов); улучшение функции кардиореспираторной системы (в том числе выработка навыка полноценного дыхания); нормализация психоэмоционального состояния; повышение общей физической и психической работоспособности организма.

Противопоказания к назначению: общепринятые противопоказания для ЛФК; период обострения язвенной болезни или хронического гастрита; осложненное течение язвенной болезни; выраженный болевой синдром и значительные диспепсические расстройства.

Состояние больного определяет двигательный режим и соответственно особенности ЛФК. В стационаре при обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки больной последовательно переходит от постельного к свободному режиму, а в поликлинике и санатории - от щадящего к тренирующему.

В ходе первых занятий (постельный режим, соответственно исходное положение - лежа) необходимо научить больного брюшному дыханию, добиваясь небольшой амплитуды колебаний брюшной стенки. Упражнения, вызывая незначительные изменения внутрибрюшного давления, содействуют улучшению кровообращения в брюшной полости и мягкому массажу внутренних органов, уменьшают спастические явления и тем самым нормализуют перистальтику. В течение дня занятия по ритмичному дыханию выполняются больным 5-6 раз. Движения в суставах конечностей также выполняют с небольшой амплитудой и в медленном темпе. Они больше направлены на расслабление мышц.

Внимание! Упражнения для мышц брюшного пресса в подостром периоде заболевания исключаются!

Осторожно можно включать упражнения со статическим напряжением мышц плечевого пояса, верхних и нижних конечностей; интенсивность напряжения - 25-50% от максимального; длительность - 4-5 с. Продолжительность занятий ЛГ - 8-12 мин.

Процедура ЛГ может сочетаться с массажем, элементами гидротерапии и аутогенной тренировки.

После исчезновения болей и других признаков обострения, при отсутствии жалоб и общем удовлетворительном состоянии, хорошей переносимости

физической нагрузки назначают свободный режим. Занятия ЛГ выполняются с нагрузкой средней интенсивности. В них используют общеукрепляющие упражнения для всех мышечных групп из различных исходных положений и специальные упражнения для мышц передней брюшной стенки, поясничной области и плечевого пояса. Резкие движения исключаются. Сохраняются упражнения при расслаблении скелетных мышц. Помимо диафрагмального дыхания (максимальной глубины) используют и динамические дыхательные упражнения. Постепенно включают упражнения с гантелями (0,5-2 кг), набивными мячами, на гимнастической стенке. Продолжительность занятия ЛГ - 20-25 минут.

В санаторно-курортных условиях (санатории, санатории-профилактории и т.п.) проходят лечение пациенты в период ремиссии. Применяются все средства ЛФК: физические упражнения, массаж, аутогенная тренировка, природные и преформированные физические факторы, обеспечивающие дальнейшую нормализацию нарушенных функций ЖКТ, адаптацию к повышающимся физическим нагрузкам, восстановление физической и психической работоспособности.

Массаж

Массаж оказывает нормализующее воздействие на нервнорегуляторный аппарат желудка и кишечника, в результате чего улучшается их секреторная и моторная деятельность, активизируется кровообращение как в брюшной полости, так и собственно желудка и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, ускоряя процесс выздоровления, массаж представляет собой эффективный дополнительный лечебный метод,

Задачи массажа: уменьшение боли; нормализация моторики желудка и двенадцатиперстной кишки; улучшение крово- и лимфообращения, устранение застойных явлений в брюшной полости; активизация обмена веществ и трофических процессов в пораженных тканях, нормализация тонуса вегетативной нервной системы; улучшение функционального состояния ЦНС, а также психоэмоционального и общего состояния больного.

Показания к назначению: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит с повышенной или пониженной секреторной функцией, послеоперационные рубцовые сращения, рефлексорная кишечная дискинезия.

Противопоказания к назначению: общие, исключающие применение массажа; заболевания ЖКТ со склонностью к кровотечению, а также в острой стадии и в период обострения.

Область массажа: воротниковая область, спина, живот.

Положение больного: чаще в положении лежа, возможны также варианты - лежа на боку, сидя.

Методика массажа. Массаж может проводиться по следующим методикам: классический массаж, сегментарный, вибрационный, криомассаж.

Наиболее эффективен сегментарный массаж. Первым этапом данного варианта массажа является поиск сегментарных зон. При заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки в основном поражаются ткани, связанные с сегментами С3-Th8, больше слева.

Сегментарный массаж может быть назначен сразу после стихания острого состояния. Лечебный эффект обычно наступает после 4-7 процедур. Общее количество процедур до достижения стойкого эффекта редко превышает 10.

При гастрите с гиперсекрецией и при язвенной болезни начинают с устранения изменений в тканях на задней поверхности тела, в первую очередь в максимально болезненных точках на спине у позвоночника в области сегментов Th7-Th8 и у нижнего угла лопатки в области сегментов Th4-Th5, затем переходят на переднюю поверхность туловища.

При наличии гипосекреции рекомендуется воздействие только на передней поверхности грудной клетки слева в области сегментов Th5- Th9 с использованием приема растираний со смещением кожи.

Классический лечебный массаж также может быть назначен, но позже, чем сегментарный, - обычно в середине или конце подострого периода, когда болевой синдром и диспепсические явления существенно смягчились. Эффект его, как правило, незначителен и непродолжителен. Массируются поясничная область и живот. Используемые приемы: поглаживание, растирание, легкое разминание, легкая вибрация. Исключаются ударные приемы. Для общего релаксирующего воздействия на организм желательнее дополнительно применять массаж воротниковой области. Начинают процедуру с массажа спины. Длительность процедуры - от 10 до 25 мин. Курс лечения - 12-15 процедур, через день.

Физиотерапия

В комплекс лечебного воздействия, выполняемого в стационаре, могут входить и физиотерапевтические методы, задачей которых являются: уменьшение болевого синдрома, противовоспалительного действия в гастродуоденальной области, что улучшает крово- и лимфообращение в ней; при наличии язвенного дефекта - активация трофических процессов.

Противопоказаниями для физиотерапии являются: пенетрация, преперфоративное состояние, подозрение на малигнизацию. Как правило, эффективность физиотерапии при стенозе привратника и хронических каллезных язвах низкая. После желудочного или кишечного кровотечения язвенной этиологии противопоказано теплолечение на область желудка в течение последующих 3-6 месяцев.

Одним из наиболее эффективных методов, уменьшающих даже значительный болевой синдром, является использование СМТ-терапии. При расположении электрода в подложечной области активируется микроциркуляция в гастродуоденальной области и уменьшается периневральный отек, обеспечиваются заметный противовоспалительный и болеутоляющий эффекты.

При выраженном болевом синдроме продолжает сохранять свои позиции метод лекарственного электрофореза. Наиболее часто применяется электрофорез новокаина, а также папаверина, атропина, платифиллина, даларгина на подложечную область. Кроме обезболивающего эффекта, они оказывают спазмолитическое и рассасывающее действие, важное при данной патологии.

Еще одним физиотерапевтическим методом, оказывающим противовоспалительное, мягкое анальгезирующее действие, улучшающее микроциркуляцию и тем самым стимулирующее процессы регенерации слизистой оболочки вокруг язвенного дефекта, является магнитотерапия; чаще используется

переменное магнитное поле. Особенно актуально его использование при наличии противопоказаний для электротерапии, а также у пожилых больных. Магнитотерапию применяют на любом этапе лечения язвенной болезни, в том числе и в фазе обострения.

Одним из часто применяемых методов лечения язвенной болезни и хронического гастрита является крайне высокочастотная терапия (КВЧ). Она позволяет улучшить деятельность вегетативной и нейроэндокринной систем, ускоряет репаративные процессы в слизистой оболочке, обуславливая исчезновение болевого и диспепсического синдромов, повышает неспецифическую резистентность организма. Воздействие осуществляют на эпигастральную область, БАТ или на область максимальной болезненности брюшной стенки.

Другим распространенным методом является лазеротерапия. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки она показана в стадии обострения, протекающей со стойким болевым синдромом, при частых рецидивах заболевания, непереносимости фармакологических средств. Лазеротерапия также применяется в стадии ремиссии для закрепления результатов проведенного лечения и профилактики рецидивов заболевания.

С учетом важной роли психоэмоционального фактора в этиологии и патогенезе язвенной болезни, особенно двенадцатиперстной кишки, эффективно применение метода электросна и его более современного варианта - центральной электроаналгезии. Они обеспечивают хороший и долговременный антистрессорный, транквилизирующий эффект, стабилизацию вегетосудистых проявлений. Использование процедур электросна и центральной электроаналгезии возможно на любом этапе лечения язвенной болезни и хронического гастрита.

На поликлиническом этапе к перечисленным методам физиотерапии добавляются методы щадящего аппликационного теплечения (лечебная грязь, озокерит, парафин) на эпигастральную область, особенно при болевом синдроме.

Эти процедуры хорошо сочетаются с водолечением седативной направленности (общие теплые пресные, жемчужные, морские или хвойные ванны, а также йодобромные и радоновые).

Комплексная терапия язвенной болезни включает питьевое лечение минеральными водами. Питьевые минеральные воды применяются главным образом для лечения хронического гастрита и язвенной болезни с сохраненной или повышенной секреторной функцией. Кроме того, они с успехом могут использоваться практически в любой фазе течения язвенной болезни. Основанием для раннего назначения минеральных вод является их хорошее ощелачивающее действие на желудочное содержимое. Это сопровождается и увеличением выделения щелочных секретов (желчи и сока поджелудочной железы) в полость двенадцатиперстной кишки, что дополнительно способствует улучшению их ощелачивающей функции.

При язвенной болезни минеральные воды назначают в дегазированном виде, так как углекислый газ, механически раздражая нейрорецепторный аппарат желудка, вызывает стимуляцию выделения желудочного сока.

Язвенную болезнь традиционно относят к заболеваниям психосоматического характера, поэтому включение психотерапии является важным компонентом как в лечении, так и в профилактике рецидивов. Элементы

рациональной психотерапии обеспечивают правильное понимание пациентом особенностей данного заболевания, а навыки аутогенной тренировки - стабилизацию психического состояния и вегетативных функций. Но обычно 5-е упражнение (теплота в солнечном сплетении) исключается из программы. Применение психофармакологических средств (чаще - транквилизаторов) также показано данной группе больных.

Профилактика рецидивов и лечение остаточных явлений хронического гастрита и язвенной болезни наиболее целесообразно проводить на санаторно-курортном этапе. Здесь применяется широкий комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на нормализацию функций не только гастродуоденальной области, но и организма в целом. При этом физические факторы терапии сочетаются с диетотерапией и приемом минеральных вод.

Противопоказаниями для курортного лечения являются: кровотечения в анамнезе (до 6 мес) и склонность к кровотечениям; период выраженного обострения заболеваний; стеноз привратника; подозрение на малигнизацию; первые 2 мес после операции резекции желудка.

По сходным принципам проводят терапию некоторых других заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки: хронического гастрита с повышенной секреторной функцией и хронического эрозивного гастрита, так как в значительном проценте случаев они заканчиваются язвенной болезнью. Курортное лечение используют и при состояниях после органосохраняющих операций по поводу осложнений язвенной болезни (например, после ушивания прободной язвы).

Реабилитационный процесс при заболеваниях мочевыделительной системы и с нарушениями обмена веществ

Главными органами мочевыделительной системы являются почки. Функция почек настолько важна, что нарушение их деятельности вследствие заболевания часто приводит к самоотравлению организма и нередко — к инвалидности.

Почки выполняют роль сложных биологических фильтров. Важнейшая функция почек — выведение из организма ненужных продуктов обмена.

Почки регулируют жидкостный баланс и кислотно-щелочное равновесие, поддерживают правильное соотношение электролитов, участвуют в процессе кроветворения, а также обезвреживают ядовитые вещества при нарушениях функции печени.

Кроме того, в почках вырабатывается один из основных ферментов — ренин, который играет важную роль в развитии артериальной гипертонии.

Заболеваниям почек подвержены около 3,5 % жителей России. Чаще страдают женщины, что объясняется физиологическими особенностями строения их организма. Однако у мужчин заболевание почек чаще оказывается более запущенным и сложным в лечении

Заболевания почек и мочевыводящих путей: острый гломерулонефрит, пиелонефрит (острый, хронический), почечная недостаточность, цистит др.

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.

Первичная профилактика состоит в устранении очага хронического воспаления в организме (хронический тонзиллит, гайморит, аднексит, кариес). Важным профилактическим мероприятием являются борьба с интоксикацией, охлаждением, укрепление реактивности организма.

Вторичная профилактика проводится в процессе диспансеризации: соблюдение режима труда и отдыха, лечебное питание, санация инфекционных очагов, предупреждение и лечение интеркуррентных заболеваний. Во всех случаях рекомендуется здоровый образ жизни, закаливание организма, соблюдение гигиены наружных половых органов.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов и предусматривает: соблюдение диеты (ограничение острых, соленых блюд и увеличение количества жидкости); периодический прием минеральных вод; ограничение тяжелых физических нагрузок; плановое лечение уроантисептическими препаратами; фитотерапия; санаторно-курортное лечение в период ремиссии.

Диетотерапия очень важна в лечении заболеваний мочеполовой системы. Конечно, сама по себе диета не может излечить от заболевания, но на фоне правильного и рационального питания улучшается самочувствие, снижается риск осложнений и повышается эффективность медикаментозной терапии.

То есть лечебное питание является неотъемлемой частью комплексной реабилитации любого заболевания, а строгая диета поджелудочной железы помогает общему самочувствию.

Научной основой диетологии является сбалансированное питание (снабжение организма всеми пищевыми веществами в определенном соотношении) здорового человека в зависимости от пола, возраста, профессии и других факторов.

При заболевании возможна разбалансировка обычного рациона за счёт уменьшения или увеличения в нём отдельных пищевых веществ в соответствии с действительными потребностями больного организма. Очень важное место при заболеваниях мочевыделительной системы занимает белковая диета. Цель этой диеты уменьшить нагрузку на почки.

Обязательным условием является соблюдение особого питьевого режима – полтора-два литра воды в сутки.

Возможно также и применение средств, рекомендуемых народной медициной, но только в качестве вспомогательных, и только после согласования с лечащим врачом.

Реабилитация пациентов с нарушением обмена веществ

Некоторые гормональные и сульфаниламидные препараты оказывают неблагоприятное воздействие на обменные процессы в человеческом организме. Реабилитация таких больных требует отмены препарата, вызвавшего побочный эффект, грамотной диетотерапии, лечебной физкультуры, лечения препаратами, помогающими снизить усвоение жиров, назначения курсов витаминов и фитотерапии.

Лечебная физкультура

Основной задачей лечебной физкультуры у больных с нарушениями обмена веществ является интенсификация обменных процессов в организме, повышение его энергетических затрат. В сочетании с диетотерапией ЛФК может эффективно

содействовать снижению массы тела больного. При этом она не должна оказывать неблагоприятного воздействия на сердечнососудистую систему, а напротив, способствовать нормализации ее функционального состояния.

Лечебную гимнастику полезно сочетать с занятиями в тренажерном зале и бассейне. Больным с избыточным весом полезны бег, ходьба и дыхательная гимнастика. Прогулки должны быть частыми, не реже 2 раз в день. Неторопливую ходьбу следует сочетать с быстрой. Хороший эффект может оказать бег трусцой.

Следует помнить, что любая физическая нагрузка возможна только под контролем врача, который должен следить за состоянием больного, частотой сердечного ритма, измерять артериальное давление.

Диетотерапия

Диета должна подбираться врачом с учетом основного заболевания и особенностей его клинического течения. Она должна способствовать нормализации уровня глюкозы в крови и жирового обмена. Необходимо стимулировать обменные процессы в организме и поддерживать нормальное функциональное состояние печени.

Как правило, диета при обменных нарушениях характеризуется умеренным ограничением жиров и углеводов.

Меню включает большое количество овощей и продуктов, обладающих липотропным эффектом – способностью расщеплять жиры. Рекомендуются вводить в рацион яичный желток, пророщенные ростки пшеницы, свежую икру частиковых рыб (сазана, леща, линя, толстолобика и др.), растительные масла.

Поваренную соль и продукты, богатые холестерином, следует ограничить.

Пробиотики, или эубиотики, – лекарственные препараты, в состав которых входят живые микроорганизмы, способствующие восстановлению нормальной флоры в организме.

Фитотерапия

Больные нуждаются в пробиотиках, витаминах (С, Е, группы В, пантотеновой, липоевой кислоте) и минералах (хrome, цинке, марганце, селене, меди, молибдене). Многие из этих витаминов и минералов содержатся в лекарственных растениях в виде органических соединений. Поэтому фитотерапия оказывается особенно эффективной в случае заболеваний, вызванных нарушением обмена веществ. На помощь таким больным могут прийти экзотические лекарственные растения, например гарциния камбоджа, белая ива готу кола, бурые водоросли, гуарана, элеутерококк колючий. Для стимуляции обмена веществ можно воспользоваться препаратами корней солодки голой, листьями березы повислой, мать-и-мачехи обыкновенной, мелиссы лекарственной, травой вереска обыкновенного и т. д.

Реабилитация при дистрофии

Дистрофия – нарушение трофики, т. е. питания, тканей и органов. Наиболее часто в практике сталкиваются с алиментарной дистрофией. Алиментарная дистрофия – заболевание, развивающееся на фоне тяжелой белковой и энергетической недостаточности и проявляющееся значительной потерей массы тела (свыше 20%), ломкостью ногтей и волос, сухостью кожи, общей слабостью, вялостью, сонливостью, повышенным аппетитом. Алиментарная дистрофия относится к группе социальных заболеваний и развивается в результате

осознанного или вынужденного голодания. Более полумиллиона человек, проживающих в развивающихся странах, страдает от нее. Это заболевание регистрируется и во вполне благополучных странах – здесь к его возникновению приводит длительное соблюдение низкокалорийных диет в стремлении достичь «идеальной» фигуры. Без лечения дистрофия в течение 3–5 лет приводит к гибели пациента. При длительном голодании организм недополучает необходимые ему пластические вещества, что вызывает нарушения метаболических процессов. В результате у пациента развивается анорексия, по своей сути являющаяся алиментарной дистрофией.

Основной причиной дистрофии является длительное голодание, что приводит к недостаточному поступлению в организм энергии и питательных веществ. Энергетическая недостаточность может быть двух видов: абсолютная – суточная калорийность рациона не покрывает базовой потребности организма, то есть его затраты на поддержание жизнедеятельности (основной обмен); относительная – поступление энергии с пищей не покрывает ее расход.

Голодание может быть обусловлено самыми разными причинами, как внешними (стихийное бедствие, война), так и внутренними (рубцовое сужение пищевода). Усугубляют метаболические нарушения при алиментарной дистрофии переохлаждение и тяжелый физический труд. Длительное энергетическое голодание приводит к истощению запасов в организме жиров и гликогена, после чего для поддержания основного обмена в расход пускаются внутритканевые белки. Дистрофические процессы первоначально начинаются в коже, потом распространяются на внутренние органы. Последними от дистрофии страдают жизненно важные органы (головной мозг, сердце, почки). В запущенных случаях не только значительно изменяются процессы катаболизма, но и истощаются запасы минералов и витаминов, перестает полноценно функционировать иммунная система. Присоединение вторичной инфекции или нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность становятся причиной летального исхода.

Комплексная реабилитация включает диету, ЛФК, массаж, гидропроцедуры, сауну и другие методы. Для лечения I и II стадий следует назначать усиленное дробное питание (6–8 раз в сутки), обеспечив достаточную калорийность пищи и необходимое количество животных белков, жиров и углеводов, а также витаминов. Важным является прием животных белков (мяса, творога, рыбы и др.), а при III стадии — питание дробное, в измельченном виде, каши в протертом виде, овощи в виде пюре, соки, слизистые супы, а также внутривенное введение белков, жиров, витаминов. Дробное, обильное питье.

Массаж делают с подогретым массажным маслом; обязательны ЛГ, плавание; в последующем — занятия на тренажерах (велотренажер, бегущая дорожка и пр.), а также контрастный душ, сауна (баня), массаж щетками в ванне и др.

При тяжелых формах дистрофии лечение стационарное: назначают внутривенно глюкозу, переливание крови, аминокислот; дробное, частое (6–8 раз в сутки) питание, при сильном обезвоживании вводят физиологический раствор; включают массаж, протирание всего тела спиртовым раствором; ЛГ лежа и сидя (общеразвивающие и дыхательные упражнения). После того как больной начинает ходить, ему назначают гидрокинезотерапию, вибрационный массаж иглольчатыми

вибратодами (особенно паравертебральных зон и стоп). ЛГ лучше проводить в сопровождении музыки.

Реабилитация при ожирении

Ожирение – группа болезней и патологических состояний, характеризующиеся избыточным отложением жира в подкожной жировой клетчатке и других тканях и органах, обусловленное метаболическими нарушениями, и сопровождающиеся изменениями функционального состояния различных органов и систем. По данным ВОЗ, в мире страдают ожирением 25 – 30% взрослых и 12 – 20% детей. Болезни ожирения занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидности.

Причины ожирения

Развитию ожирения способствуют:

- о частое переедание;
- о неправильное питание (прием пищи на ночь, избыточное потребление углеводов, жиров, соли, газировок, алкоголя и других малополезных и вредных продуктов питания);
- о малоактивный образ жизни (например, сидячая работа);
- о наследственная предрасположенность;
- о болезни нервной системы (повреждение области мозга, которая отвечает за пищевое поведение);
- о болезни эндокринных желез (опухоли, гипотиреоз, гипогонадизм);
- о прием некоторых лекарственных препаратов (гормонов, антидепрессантов и др.);
- о бессонница, стресс;
- о физиологические состояния (беременность, лактация, климакс).

Классификация и степени различных видов ожирения. В настоящее время наиболее распространена классификация, учитывающая полиэтиологичность ожирения:

- 1) формы первичного ожирения: а) алиментарно-конституциональная; б) нейроэндокринные: гипоталамо-гипофизарная; адипозо-генитальная дистрофия (у детей и подростков);
- 2) формы вторичного (симптоматического) ожирения: церебральная, эндокринная.

По характеру течения ожирение делится на прогрессирующее, медленно прогрессирующее, стойкое и регрессирующее. Выделяют также 4 степени ожирения: I степень – превышение должной массы до 29%, II степень – 30 – 49%, III степень – 50 – 100%, IV степень – выше 100% массы тела.

Этиология и патогенез. Многочисленные этиологические факторы можно разделить на экзогенные (переедание, снижение двигательной активности) и эндогенные (генетические, органические поражения ЦНС, гипоталамо-гипофизарная область). В настоящее время установлено, что регуляция отложения и мобилизации жира в жировых депо осуществляется сложным нейрогуморальным (гормональным) механизмом, подкорковые образования, симпатическая и парасимпатическая нервными системы и железы внутренней секреции. На жировой обмен оказывают выраженное влияние стрессовые факторы (психическая травма) и интоксикация ЦНС.

Регуляции поступления пищи осуществляется пищевым центром, локализованным в гипоталамусе. Поражения гипоталамуса воспалительного и травматического характера приводят к повышению возбудимости пищевого центра, повышенному аппетиту и развитию ожирения. В патогенезе ожирения определенная роль принадлежит и гипофизу. Говоря о развитии ожирения, нельзя недооценивать значение гормональных факторов, поскольку процессы мобилизации отложения жира тесным образом связаны с функциональной активностью большинства желез внутренней секреции. Сниженная двигательная активность естественно ведет к снижению энерготрат и неокислившимся жиры в большинстве случаев откладываются в жировых депо, что ведет к тучности.

Ожирение является серьезным заболеванием, нуждающимся в специальном лечении, оно может существенно влиять на все важнейшие органы и системы, являясь фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, атеросклероз, гипертоническая болезнь), например, сердечной недостаточности. Кроме того, существует зависимость между степенью ожирения и выраженностью дыхательной недостаточности. Высокое стояние диафрагмы у лиц с ожирением уменьшает ее экскурсию и способствует развитию воспалительных процессов (бронхит, пневмония, ринит, трахеит) в бронхолегочной системе. Выявляются заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, хронический колит). Печень у таких больных обычно увеличена вследствие жировой инфильтрации и застоя. Из-за ожирения возрастает статическая нагрузка на опорно-двигательный аппарат (суставы нижних конечностей, позвоночник), возникают артрозы коленных и тазобедренных суставов, плоскостопие, грыжи межпозвоночного диска (остеохондроз). Развивается диабет, возникают нарушения менструального цикла, аменорея, бесплодие, подагра. Ожирение может лежать в основе функциональных нарушений деятельности нервной системы (ослабление памяти, головокружения, головные боли, сонливость днем и бессонница ночью). Возможно возникновение депрессивного состояния: жалобы на плохое самочувствие, переменчивость в настроении, вялость, сонливость, одышка, боли в области сердца, отеки и т.п.

При лечении и реабилитации больных с ожирением применяется комплекс методов, важнейшими среди которых являются физические упражнения и диета, направленный на выполнение следующих задач:

- улучшение и нормализацию обмена веществ, в частности, жирового обмена;
- уменьшение избыточной массы тела;
- восстановление адаптации организма к физическим нагрузкам;
- нормализация функций сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем организма, страдающих при ожирении;
- улучшение и нормализация двигательной сферы больного;
- повышение неспецифической сопротивляемости.

Важное место в лечении и реабилитации при ожирении занимает рациональное питание с ограничением жиров и углеводов. Количество жира в суточном рационе снижают до 0,7 – 0,8 г/кг, при этом должны присутствовать растительные жиры (1,3 – 1,4 г/кг), резко ограничивают количество углеводов – до 2,5 – 2,7 г/кг (суточная норма 5,2 – 5,6 г/кг), прежде всего за счет исключения сахара, хлеба, кондитерских изделий, сладких напитков и др. Количество белков в

пище остается нормальным – 1,3 – 1,4 г/кг или немного выше, что предупреждает потери тканевого белка, повышает энерготраты за счет усвоения белков, создает чувство сытости.

В рационе питания кроме того нужно предусмотреть:

- 1) ограничение в суточном приеме свободной жидкости до 1 – 1,2 л, что усиливает распад жира как источника «внутренней» воды;
- 2) ограничение количества поваренной соли до 5 – 8 г в день. Пищу готовят почти без соли, добавляя ее во время еды, исключают соленые продукты;
- 3) исключение алкогольных напитков, которые ослабляют самоконтроль за потреблением пищи и сами являются источником энергии;
- 4) исключение возбуждающих аппетит блюд и продуктов: пряностей, крепких бульонов и соусов;
- 5) режим 5 – 6 разового (дробного) питания с добавлением к рациону между основными приемами пищи овощей и фруктов;
- 6) употребление в питании продуктов (чернослив, курага, свекла), способствующих нормальному опорожнению кишечника, с этой целью хороши самомассаж живота, ползание на четвереньках.

Необходимым условием успешного лечения, а тем более восстановления больных ожирением является правильный режим двигательной активности.

Метод ЛФК является патогенически обоснованным, а потому важным и неотъемлемым элементом комплексной реабилитации больных ожирением. При выборе физических упражнений, определении скорости и интенсивности их выполнения следует учитывать, что упражнения на выносливость (длительные умеренные нагрузки) способствуют расходу большого количества углеводов, выходу из депо нейтральных жиров, их расщеплению и преобразованию. ЛФК назначается во всех доступных формах, подбор их должен соответствовать возрастным и индивидуальным особенностям больных, обеспечивая повышенные энерготраты. Целесообразно использование физической нагрузки средней интенсивности, способствующей усиленному расходу углеводов и активизации энергетического обеспечения за счет расщепления жиров.

Занятия лечебной физкультурой проводятся в виде макроциклов, которые подразделяются на два периода: вводный, или подготовительный, и основной. Во вводном (подготовительном) периоде основная задача – преодолеть сниженную адаптацию к физической нагрузке, восстановить обычно отстающие от возрастных нормативов двигательные навыки и физическую работоспособность, добиться желания активно и систематически заниматься физкультурой. С этой целью применяются следующие формы ЛФК: лечебная гимнастика (с вовлечением крупных мышечных групп), дозированная ходьба в сочетании с дыхательными упражнениями, самомассаж. Основной период предназначен для решения всех остальных задач лечения и восстановления. Помимо ЛГ, УГГ больным рекомендуют дозированную ходьбу и бег, прогулки, спортивные игры, активное использование тренажеров. В последующем физические упражнения направлены на то, чтобы поддержать достигнутые результаты реабилитации; применяются бег, гребля, плавание, велосипед, зимой – ходьба на лыжах. Одним из важных факторов профилактики и лечения ожирения является правильное дыхание: чтобы жиры освободили заключенную в них энергию, они должны подвергнуться окислению.

Составление программы реабилитации при сахарном диабете.

Реабилитация больных сахарным диабетом представляет собой комплекс методик, способствующих возобновлению функций организма. Базовой составляющей реабилитации является соблюдение здорового образа жизни с включением: специальной диеты; приема лекарств; физической активности; отказа от вредных привычек; физиотерапии.

Реабилитация больных сахарным диабетом - это комплекс разнообразных методик

Физическая активность и лечебная диета играют важную роль для реабилитации, но не всегда способны снизить уровень сахара до нужного значения. Поэтому назначаются фармакологические средства, они могут иметь такие недостатки, как наличие побочных явлений или резистентность. Современные методы лечения совмещают в себе фармакотерапию, диетотерапию и физиотерапию, что приносит наибольшую эффективность восстановления организма.

Массаж

Данный вид реабилитации используется на протяжении нескольких веков. Массаж благотворно воздействует на нормализацию сахара. Он обладает релаксационным свойством, способствует нормализации сердцебиения и снижению кровяного давления. Массажная терапия успокаивает и расслабляет, что положительно отображается на организме диабетиков 1 и 2 типа. Массажные процедуры улучшают кровообращение в тканях мышц и кожном покрове, не давая развиваться нейропатии и другим сопутствующим заболеваниям.

Акупунктура

Истоки данной методики находятся в Китае. Акупунктура отлично зарекомендовала себя при реабилитации больных диабетом, она способна снизить риски появления осложнений, часто сопровождающих сахарный диабет. Метод помогает бороться с ожирением, повысить выработку инсулина.

Водолечение

Водные процедуры в условиях медицинского учреждения - один из эффективных методов реабилитации больных сахарным диабетом

Эта процедура используется для очищения организма от токсинов, максимального расслабления мышечного каркаса. Водолечение расслабляет психологически и физически, способствует увеличению кровообращения в тканях мышц. Этот метод особенно полезен для больных диабетом 2 типа, ведь им противопоказаны физические упражнения.

Психологическая реабилитация

Сахарный диабет влияет не только на физическое, но и на психологическое состояние организма. У диабетиков 1 и 2 типа часто наблюдается состояние депрессии, аффективное расстройство психики. Релаксационные техники способствуют снижению уровня сахара, улучшению общего состояния человека, помогают создать позитивный психологический климат.

Больным сахарным диабетом нельзя переживать и волноваться. Стресс и нервное напряжение не проходят бесследно, переживая их, организм увеличивает уровень потребления глюкозы, часто при этом тратятся отложенные запасы. Это помогает справиться с нервным потрясением, получить необходимую энергию, но в то же время увеличивается количество сахара в крови.

Ароматерапия

Данный метод терапии обладает успокаивающим воздействием, поэтому его можно использовать в качестве реабилитации по рекомендации лечащего врача. Ароматерапия помогает восстановить равновесие, успокоить и расслабить человека, настроиться на позитив. Используются разные виды ароматерапии, например, втирание эфирных масел в кожу, вдыхание ароматов при ингаляции.

При сахарном диабете рекомендована ароматерапия с использованием эфирных масел герани, лавра, можжевельника, розмарина, эвкалипта, лимона.

Лекарственные растения

Медицина не стоит на месте, эта отрасль постоянно развивается. Отдельное внимание уделяется исследованию свойств различных растений, которые применяются в лекарственных целях. Многие из них обладают свойствами, необходимыми для лечения и реабилитации больных диабетом.

Лекарственные травы — древний и проверенный способ излечения организма. Правильное применение специальных лекарственных растений способно значительно облегчить проявление симптомов диабета, предотвратить появление возможных осложнений, ускорить регенерацию бета-клеток.

Витаминные и минеральные добавки

Витамины и комплексные добавки следует принимать только под контролем врача. Замечено врачами, что употребление многих витаминов (В3, Е и других), минералов (магний, ванадий) способно предотвратить заболевание, помочь в лечении диабета любой степени.

Йога

Больным диабетом рекомендуется заниматься йогой, эти упражнения способны снизить проявление симптомов диабета и возможных осложнений при 2 типе заболевания, укрепляя тело, мускулатуру.

Занятия йогой способствуют релаксации и нормализации деятельности многих систем организма. Также йога обладает успокоительным и расслабляющим эффектом, помогая улучшить физическое и психологическое состояние больного. Исследования показали, что регулярные занятия йогой способны снизить риск заболевания диабетом.

Физические упражнения

Без физической нагрузки не проходит ни одна программа реабилитации диабетиков. Особенно упражнения важны для больных вторым типом диабета. При помощи занятий повышается эффективность приема инсулина, улучшается общее состояние организма. Тренировки приносят расслабление, что положительно отражается на психологическом состоянии больного. Диабетики часто сталкиваются с такой проблемой, как избыточный вес. Поэтому ежедневно нужно получать физические нагрузки. Даже минимальная физическая активность способна принести пользу. Наиболее эффективными являются специальные реабилитационные программы, разработанные врачами. Подобные программы составляются индивидуально с учетом общего состояния больного. Упражнения программ разбиты на этапы с постепенным увеличением нагрузки.

В результате улучшается обмен веществ, повышается эффективность действия инсулина. Физические упражнения снижают риск появления заболеваний

сердечно-сосудистой системы, увеличивают тонус мышц, укрепляют кости, помогают бороться с избыточным весом.

Вопросы к практическому занятию

1. Какие заболевания относятся к ХНЗЛ? Дайте определение ХНЗЛ.
2. Какие заболевания чаще всего являются причиной инвалидности?
3. Что служит основной причиной ограничения жизнедеятельности у пациентов с заболеваниями органов дыхания? Дайте определение данному состоянию.
4. Какие общие цели реабилитационных мероприятий в пульмонологической практике Вы знаете?
5. Какое влияние патологический процесс оказывает звуковая дыхательная гимнастика у пациентов с заболеваниями органов дыхания?
6. Какое основное правило должно соблюдаться при направлении на южные курорты для пациентов, проживающих в средней полосе?
7. Перечислите три основные причины инвалидности при заболеваниях ССС?
8. Наиболее распространенное заболевание из группы заболевание ССС.
9. Дайте определение стенокардии и инфаркта миокарда?
10. Какое мероприятие физической реабилитации является основным в профилактике заболеваний ССС?
11. На что направлена первичная профилактика заболеваний ССС?
12. Какой патологический процесс является основным в ограничении жизнедеятельности? Дайте определение. Укажите его симптомы.
13. Цели реабилитации при заболеваниях ССС?
14. Принципы диетотерапии при заболеваниях ССС?
15. Какие работы противопоказаны пациентам с заболеваниями ССС?
16. Опишите медико-социальный портрет инвалида по заболеванию пищеварительной системы?
17. Какова нозологическая структура причин инвалидности в связи с заболеванием пищеварительной системы?
18. К каким последствиям, которые ограничивают жизнедеятельность, приводит энцефалопатия, развивающаяся при заболеваниях органов пищеварения?
19. Какие общеклинические проявления заболеваний органов пищеварения вы знаете?
20. Какую задачу реабилитационного процесса на стационарном этапе решает медикаментозная терапия и диетотерапия?
21. Механизм действия сегментарно-рефлекторного массажа при заболеваниях органов пищеварения? Какой эффект он оказывает?
22. Какой результат достигается при проведении ДУ на стационарном этапе? Для чего применяется сочетание проведение ЛФК с ДУ?
23. В каких санаториях рекомендуют проводить курортное лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения?
24. Перечислите мероприятия позволяющие поддержать период длительной ремиссии на поликлиническом этапе реабилитации?
25. Какие три основные нозологические причины инвалидности при заболеваниях мочевыделительной системы?
26. Какой угрожающее состояние может развиваться в результате нарушения работы почек?

27. Наиболее частые заболевания, которые могут привести к развитию ХПН?
28. Какие специальные упражнения ЛГ применяются при пиелонефрите? За счет чего они улучшают функции почек?
29. В чем отличие пиелонефрита от гломерулонефрита с точки зрения анатомической структуры почки?
30. Особенности диеты при пиелонефрите?
31. Перечислите реабилитационные мероприятия на поликлиническом этапе при пиелонефрите?
32. Какие мероприятия проводятся при климато- и бальнеотерапии при реабилитации пиелонефрита на санаторном этапе?
33. В чем особенность диеты при реабилитации пациентов с нефротическим синдромом на стационарном этапе при гломерулонефрите?
34. Основная задача кинезотерапии на стационарном этапе реабилитации ХГ при постельном режиме двигательной активности?
35. В чем заключается медицинский аспект реабилитации ХГ при невыявленном инфекционном возбудителе?
36. Перечислите санатории и курорты, на которых может проводиться санаторный этап реабилитации ХГ?
37. Какие заболевания занимают первые три места в структуре основных болезней эндокринной системы?
38. Перечислите нарушенные категории ограничения жизнедеятельности у больных СД признанных инвалидами 2 группы?
39. На основании чего определяется степень ожирения? Приведите критерии оценки степени ожирения?
40. Какие виды ожирения относятся к вторичному ожирению?
41. Перечислите реабилитационные мероприятия при ожирении. Опишите принципы лечебного питания.
42. Дайте определение СД. Какие минимальные диагностические критерии СД Вы знаете?
43. На основании, каких критерием проводится оценка эффективности реабилитации?
44. Перечислите реабилитационные мероприятия при СД.
45. Какие критерии оцениваются при проведении МСЭК инвалидности при СД?

Задания к практическим занятиям:

Решение ситуационных задач:

Пациент Д. 8 лет, школьник.

Диагноз: гемофилия А

Анамнез заболевания: болеет с 1,5 летнего возраста, когда было выявлено снижение VIII фактора. Неоднократно поступал в гематологическое отделение с гемorragическим синдромом по гематомному типу (кровоизлияния в суставы, множественные экхимозы) с нарушением функций коленных и голеностопных суставов. В настоящее время жалоб не предъявляет. Получает заместительную терапию фактором свертывания крови VIII рекомбинантным. Проходит обучение иногда на дому.

Объективно: состояние удовлетворительное. Физическое развитие низкое, пропорциональное, с дефицитом массы. Кожные покровы бледноватые, чистые.

ЧДД = 18 в 1 мин.,. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки ясный легочной звук. Перкуторные границы соответствуют возрастным нормам. При аускультации легких на симметричных участках грудной клетки выслушивается везикулярный тип дыхания. Пульс 88 в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. АД=110/70 мм.рт.ст. Границы относительной тупости сердца соответствует возрасту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме.

Данные дополнительного обследования

Активность фактора VIII в плазме крови > 5,0%.

Задания к задаче .

1. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента.
2. Составьте программу реабилитации для данного пациента.

Решение тестов:

1. Сколиоз – это:

- а. нарушение осанки в сагиттальной плоскости;
 - б нарушение осанки во фронтальной плоскости;
- в заболевание, вызванное боковым искривлением позвоночника.

2. Полное или частичное нарушение целостности кости - это:

- а перелом;
 - б ушиб;
- в вывих.

3 Атрофия - это

- а заболевание, характеризующееся снижением количества гемоглобина в крови;
 - б изменения функции ткани и уменьшение ее жизнеспособности;
- в уменьшение в объеме органов и тканей вследствие гибели клеточных и тканевых элементов.

4. Основные принципы реабилитации:

- а ранее ее начало
- б индивидуальный подход
- в комплексность
- г все перечисленное верно

5. Здоровье-это

- а нормальное состояние функций организма
 - б сохранение целостности тканей
- в состояние физического, психического, социального благополучия
- г отсутствие болезней

6. Реабилитация инвалидов осуществляется с помощью мероприятий

- а педагогических в медицинских
- б экономических г все перечисленное верно

7. Выбрать на какую глубину проникают инфракрасные лучи

- а. 4-6 см в. 1-3 см
- б. 2-3 см г. 3-4 см

8. Противопоказания к местной дарсонвализации:

- а. варикозное расширение вен
- б. выпадение волос

в. кровоточащий геморрой

г. хроническая пневмония

9. Тактика медсестры, если при проведении процедуры СВЧ-терапии больной жалуется на появление жжения, чувства распирания, боль в месте воздействия, то необходимо:

а. уменьшить дозу в. вызвать врача

б. прекратить процедуру г. поговорить с пациентом

10. Противопоказания к гальванизации:

а. непереносимость гальванотока

б. язвенная болезнь желудка

в. миопия

г. афония

Отработка манипуляций:

1. Алгоритм проведения электрофореза.

2. ЛФК и массаж при заболеваниях органов дыхания.

3. ЛФК и массаж в офтальмологии