

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБОУ ПО Пензенский областной медицинский колледж
Кузнецкий филиал

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

**для студентов 2 курса
специальность 34.02.01 «Сестринское дело»**

**ПМ 04. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ
МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов
терапевтического профиля разных возрастных групп
Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях
терапевтического профиля**

**Тема 2. 1. Сестринское обследование и уход за пациентом терапевтического
профиля**



Составитель: Павлова О.В.

преподаватель высшей квалификационной категории

Пояснительная записка

Уважаемый студент!

Учебно – методическое пособие для студентов создано для самостоятельной внеаудиторной подготовки по теме «Сестринское обследование и уход за пациентом терапевтического профиля», а также может использоваться на практических занятиях по теме.

В пособии отражен и систематизирован теоретический материал по данной теме и включает основные вопросы:

- ✓ Определения «терапия» и разделов внутренних болезней;
- ✓ Понятие о болезни, больном, этиологии, клинической картине, диагностики и лечении;
- ✓ Понятие процесса сестринской помощи (ухода) и его структура;
- ✓ Особенности сестринского обследования, данные дополнительных методов исследования;
- ✓ Понятие проблем пациента;
- ✓ Цели сестринских вмешательств и составление плана;
- ✓ Содержание независимых, зависимых и взаимозависимых действий медсестры с их мотивацией.

Пособие содержит вопросы промежуточного контроля и раздел «Итоговая самооценка» для определения итогового уровня знаний после работы с пособием, для закрепления и обобщения полученной новой информации.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС и рабочей программой МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля, рекомендуется для преподавателей дисциплины и студентов специальности «Сестринское дело» 2 курса.

Указания по работе

I. Освоение нового материала основывается на базовых знаниях, полученных при изучении ряда дисциплин и МДК на первом и втором годах обучения.

1. ОП 2 «Анатомия и физиология человека»
2. ОП 3 «Основы латинского языка с медицинской терминологией»
3. ОП.04 «Основы патологии»
4. ОП.05 «Основы микробиологии и иммунологии»
5. ОП.06 «Генетика человека с основами медицинской генетики»
6. ОП.07 «Фармакология»
7. ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи МДК.01.01 Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации
8. ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности, находящегося в распоряжении медицинского персонала МДК.02.01 Документирование и контроль в профессиональной деятельности
9. ПМ.03 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни МДК.03.01 Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний МДК.03.02 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению

II. Для более точного осмысления и понимания нового материала, Вам необходимо внимательно ознакомиться с теоретическим материалом.

III. Изучите теоретический материал по теме, отвечая на вопросы самоконтроля. Законспектируйте кратко материал.

IV. Выполните задания в разделе «Итоговая самооценка» для закрепления и систематизации новой информации. После сверьте результаты с эталонами, при низкой оценке вернитесь к теоретическому материалу еще раз.

V. Для более глубокого изучения материала по данной теме воспользуйтесь списком дополнительной литературы, выполните задания для внеаудиторной работы.

Формируемые компетенции

1.1.1. Перечень общих компетенций

ОК 01.	<i>Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам</i>
ОК 02.	<i>Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности</i>
ОК 03.	<i>Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях</i>
ОК 04.	<i>Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде</i>
ОК 05.	<i>Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста</i>
ОК 06.	<i>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</i>
ОК 07.	<i>Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях</i>
ОК 08.	<i>Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности</i>
ОК 09.	<i>Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках</i>

1.1.2. Перечень профессиональных компетенций

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
ВД 4	<i>Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях</i>
ПК 4.1.	<i>Проводить оценку состояния пациента</i>
ПК 4.2.	<i>Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту</i>
ПК 4.3.	<i>Осуществлять уход за пациентом</i>
ПК 4.4.	<i>Обучать пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода</i>
ПК 4.5.	<i>Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме</i>
ПК 4.6.	<i>Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации</i>

1.1.3. В результате освоения, обучающийся должен:

Иметь практический опыт	проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированием лечащего врача; выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту; осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии; обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода; оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний; проведения мероприятий медицинской реабилитации
Уметь	проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении; выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе; выявлять факторы риска падений, развития пролежней; проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике; осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств; определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода; выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни; проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли; выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту: - оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов; - введение лекарственных препаратов внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи; - катетеризацию периферических вен; - внутривенное введение лекарственных препаратов; проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача; собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача; проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача; обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том

	<p>числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов; ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств; проводить транспортную иммобилизацию и накладывать повязки по назначению врача или совместно с врачом; осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения; осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов; выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни; оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям); проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода; разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача; получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения поведения.</p>
Знать	<p>основы теории и практики сестринского дела, методов определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе; диагностических критериев факторов риска падений, развития пролежней и контактного дерматита у пациентов; анатомо-физиологических особенностей и показателей жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правил измерения и интерпретации данных; технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода; основ клинической фармакологии, видов лекарственных форм, способов и правил введения лекарственных препаратов, инфузионных сред; правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам; медицинских изделий (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемых для проведения лечебных и (или) диагностических процедур, оперативных вмешательств; требований к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента; порядка и правил учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртосодержащих препаратов,</p>

инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания;

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

правил транспортной иммобилизации;

особенности сестринского ухода с учетом заболевания, возрастных, культурных и этнических особенностей пациента, современных технологий медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;

особенности и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;

порядка оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента; процесса и стадий умирания человека, клинических признаков, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенности сестринского ухода;

признаков биологической смерти человека и процедур, связанных с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке;

психологии общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам (законным представителям);

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

физических и психологических особенностей пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

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

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

показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

правил оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Литература

3.2.1. Основные печатные издания

1. Лычев В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 552 с
2. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела: практикум : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования / Т. П. Обуховец ; под ред. Б.В. Кабарухина. – 3-е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2020. – 688 с.
3. Смолева, Э. В. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учебное пособие / Э. В. Смолева. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. — 475 с. — ISBN 978-5-222-35201-4;

3.2.2. Основные электронные издания

1. Антропова О. В. Теория и практика сестринского дела. Курс лекций : учебное пособие для СПО / О. В. Антропова. — 2-е стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 84 с. — ISBN 978-5-8114-8670-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/179153> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Двойников, С. И. Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников : учеб. пособие / под ред. С. И. Двойникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4094-0. - Текст : электронный // URL : <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440940.html> (дата обращения: 11.01.2022). - Режим доступа : по подписке
3. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С.А. Тарновская И.И. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2019, 2020. – 368 с. Доступ из ЭБС «Конс. студ.»
4. Повх Л. А. Сестринский уход в терапии. Сборник задач : учебное пособие / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2020. — 116 с. — ISBN 978-5-8114-5660-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/143711> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3.2.3. Дополнительные источники

1. ГОСТ Р 52623.1–2008 Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования. – Введ. 01.09.2009 – Москва: Стандартинформ, 2009. – 35 с.
2. ГОСТ Р 52623.3 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 220 с.
3. ГОСТ Р 52623.4 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 88 с.

В период дистанционного обучения в открытом доступе представлен электронный дидактический материал (методические рекомендации, учебные пособия, рабочие тетради по ПМ 04.МДК 04.02) на сайте Кузнецкого филиала ГБОУ ПО «ПОМК» <http://kuzmedcoll.narod.ru> в разделе: «Дистанционное обучение».

Электронный адрес ведущего преподавателя:

pavlovaolga.72@mail.ru

Теоретический материал

Сестринское обследование и уход за пациентом терапевтического профиля

Наука «Терапия» или «Внутренние болезни» охватывает большую часть заболеваний человека и представляет собой важнейший раздел практической медицины. Внутренние болезни являются древнейшей составной частью клинической медицины. «Терапия» от греческого слова **therapia** – **уход, забота, врачевание, лечение.**

Терапия – это область медицины, изучающая причины, механизмы развития, клинические проявления болезней, диагностику, лечение и профилактику заболеваний внутренних органов.

Основными разделами внутренних болезней являются: **пульмонология** – наука, изучающая заболевания органов дыхания, **кардиология** – изучающая болезни сердечно-сосудистой системы, **гастроэнтерология** – болезни органов пищеварения, **нефрология** – болезни почек, **гематология** – болезни крови, **эндокринология** – болезни эндокринных органов, **ревматология** – болезни, поражающие соединительную ткань опорно-двигательного аппарата, внутренние органы и сосуды.

Понятие о болезни, больном, этиологии, клинической картине, диагностики и лечении.

Распознать болезнь можно только зная ее проявления, умея найти изменения в организме по которым можно заключить, что человек болен и какой болезнью.

Болезнь – нарушение жизнедеятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей окружающей и внутренней среды, характеризующиеся понижением приспособляемости при одновременной мобилизации защитных сил организма, таким образом болезнь – это нарушение нормальных функций организма или его органов.

Этиология – причина возникновения болезни или патологического состояния. Причины многообразны: внешние и внутренние, чаще они суммируются.

Внешние факторы:

1. Инфекция – пневмококки, стрептококки и т.д., вирусы и другие микроорганизмы, которые в организме человека вызывают заболевание. Пути проникновения: воздушно-капельный, водный, алиментарный, гематогенный, трансмиссивный, пылевой, половой.
2. Механические факторы – когда вследствие механических повреждений (ушиб, ранение) развиваются заболевания (пневмония, плеврит, пневмоторакс).
3. Физические факторы – перегревание, охлаждение могут являться причинами болезненных состояний.
4. Химические факторы – воздействие кислот, щелочей, алкоголя.
5. Нарушение питания – недостаточное питание способствует истощению организма, снижается его сопротивляемость к инфекции, избыточное

питание приводит к развитию ожирения, что предрасполагает к гипертонической, ишемической болезни, атеросклерозу.

6. Социальные факторы – социальное неблагополучие способствует распространению инфекционных заболеваний, например туберкулеза, паразитных инвазий.
7. Нервные психосоматические заболевания – под влиянием чрезмерных по силе или времени отрицательных эмоций.

Внутренние факторы:

1. Наследственность – заболевания могут быть наследственными / например гемофилия/ и наследственно предрасположенными: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь. Последнее можно предупредить создав соответствующие условия труда, быта, питания.
2. Аллергические реакции выражаются в повышенной чувствительности к различным веществам /аллергенам/, что связано с изменением реактивности организма. В результате изменения реактивности организма развиваются такие заболевания как бронхиальная астма, крапивница, анафилактический шок.
3. Врожденные болезни – врожденные дефекты развития /например порок сердца/.

Патогенез – это механизм развития болезни. Например, патогенез инфаркта миокарда заключается в нарушении питания сердечной мышцы (развивается ишемия). Патогенез бронхиальной астмы заключается в повышенной реактивности организма и развитии бронхоспазма (сужение мелких бронхов) в ответ на воздействие аллергена.

Клиника – складывается из симптомов (признаков болезни) и синдромов (комплекс симптомов).

Симптомы могут быть субъективными – это жалобы больного, то что он чувствует (головная боль, боли в животе, в сердце и т.д.) и объективными – то что можно увидеть при осмотре и то что выявляется при физическом обследовании (гиперемия, шум трения плевры, отеки).

Течение болезни

Различают периоды:

1. Скрытый (при инфекционных заболеваниях, инкубационный)
2. Период продромы (предвестников)
3. Клинический период полного развития болезни (период разгара).
4. Период выздоровления.

Формы течения болезни:

1. Острое – несколько дней, недель.
2. Подострое – несколько недель, месяцев.
3. Хроническое – несколько лет.

Для хронических заболеваний характерны периоды обострения – рецидив и ремиссия – затихание, улучшение.

Осложнения – это изменения в организме, которые вызываются данным заболеванием. /Например, острое нарушение мозгового кровообращения при гипертонической болезни.

Исход заболевания:

- благоприятный – выздоровление /полное и неполное/
- неблагоприятный – смертельный /летальный/
- переход в хроническую форму.

Прогноз ставится в отношении болезни, жизни, трудоспособности.

Диагноз – определение болезни на основании исследования больного. От правильно поставленного диагноза зависит исход лечения.

Лечение – это комплекс мер, направленных на причину заболевания /этиологическое лечение, например – антибиотикотерапия при пневмониях/; патогенез /патогенетическое лечение – гипотензивная терапия при гипертонической болезни/; клиническую картину /симптоматическое лечение – жаропонижающие при инфекционных заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой/. Лечение должно быть комплексным, обычно оно включает в себя диету, медикаментозное лечение, ЛФК, физиотерапию, фитотерапию.

Большую роль играет уход за больными.

«Сестринский уход за пациентами терапевтического профиля» является клинической дисциплиной, изучающей деятельность медсестры в различных областях терапии. В современной модели здравоохранения роль медицинской сестры возрастает, что выражается в качественно новых задачах, отражающих значительные изменения в области профессиональной подготовки медсестер.

Процесс сестринской помощи (ухода) – это структура, организующая сестринскую практику, обеспечивающая научный подход к оказанию сестринских услуг. Это метод решения проблем пациентов.

Больным терапевтического профиля необходимы: наблюдение, уход, выполнение назначений врача, неотложная доврачебная помощь, профилактика заболеваний.

Сестринская помощь включает больного (пациента) и медицинскую сестру в качестве взаимодействующих лиц и ориентирована на потребности пациента.

Цель сестринского ухода – обеспечение наиболее высокого качества жизни пациента, предупреждение, решение или сведение к минимуму проблем со здоровьем.

Медицинская сестра должна быть профессионально подготовленной, компетентной, способной мыслить, анализировать.

В терапевтической практике медицинской сестре присущи такие роли как:

- организатор и исполнитель ухода,
- педагог-консультант,
- адвокат,
- исследователь.

Схема осуществления сестринской деятельности (с пояснениями)

Сестринская деятельность состоит из **5 этапов:**

1. Первичная сестринская оценка (сбор данных о пациенте, выявление нарушенных потребностей).

2. Интерпретация полученных данных: выявление проблем пациента.
3. Определение целей и планирование сестринского процесса.
4. Реализация плана.
5. Оценка полученных результатов.

I этап сестринской помощи

Первичная сестринская оценка состояния пациента

Первичная сестринская оценка состояния пациента проводится для определения конкретных потребностей человека с той или иной патологией. Это требует от медицинской сестры навыков наблюдения, общения, знания патологии и умения оказания доврачебной помощи.

Методы исследования:

1. Субъективные (жалобы, история болезни, история жизни).
2. Объективные (осмотр, наблюдение, измерение АД, определения пульса, ЧДД и т. д.).
3. Дополнительные методы (медсестра проводит подготовку пациента к дополнительным методам).

Источниками информации являются:

- данные из беседы с пациентом;
- данные из беседы с родственниками, сопровождаемого пациента;
- из истории болезни (амбулаторной и стационарной карты);
- медицинской литературы;
- объективного исследования пациента.

Схема обследования пациентов с различной патологией

1. Субъективные (жалобы, история болезни, история жизни).

Жалобы пациента

1. Отеки лица
2. Боли
3. Расстройства мочеиспусканий
4. Повышение температуры тела
5. Головная боль
6. Уменьшение диуреза
7. Сухость кожи
8. Тошнота, рвота
9. Нарушение сна, зрения.
10. Выраженная слабость
11. Повышение АД

Анамнез болезни (включает понятие этиологии, патогенеза)

1. Факторы риска
2. Очаги инфекции
3. Причины возникновения болезни
4. Начало заболевания
5. Развитие болезни
6. Сведения о прежних исследованиях
7. Проводимое лечение

Анамнез жизни (включает понятие факторов риска)

1. Наследственность
2. Перенесенные болезни
3. Нефропатия
4. Социальные условия жизни
5. Особенности питания
6. Профессиональные условия
7. Вредные привычки
8. Наличие аллергических реакций

2. Объективные

Непосредственное обследование пациента

Осмотр	Пальпация	Перкуссия
<ol style="list-style-type: none"> 1. Отеки 2. Цвет кожи трофические нарушения 3. Положение в постели 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Расположение органа. 2. Болезненность 3. Определение отеков 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Симптом Пастернацкого 2. Наличие жидкости в брюшной полости

4. Форма грудной клетки 5. Одышка 6. Истощение 7. Глазные симптомы 8. Тремор рук и д.т.	4. Пульс 5. Верхушечный толчок. 6. Голосовое дрожание.	3. Границы легких и подвижность нижних краев легких. 4. Изменение перкуторного звука 5. Болезненность плоских костей
Лабораторные методы исследования (с учетом лаборатории, которая будет выполнять данное исследование и какие изменения будут при данном обследовании)		
1. Исследование крови (клинический, биохимический, иммунологический, бактериологический, серологический) 2. Исследование мочи: ОАМ, по Нечипоренко, Зимницкому, посев мочи и др. 3. Исследование мокроты. 4. Исследование кала б. Исследование желудочного содержимого и желчи и т.д.		
Инструментальные методы исследования		
1. Функциональные методы исследования (Спирография, ЭКГ и т.д) 2. Рентгенологическое исследование (обзорная рентгенограмма почек, рентгенография гр.клетки, рентгеноскопия и т.д.) 3. УЗИ 4. Эндоскопические методы 5. Биопсия 6. Компьютерная томография 7. Исследование глазного дна и т.д. 8. МРТ		

После проведенной первичной оценки состояния пациента сестра обобщает информацию и делает выводы.

II этап сестринской помощи

Сестринский диагноз

Интерпретация полученных данных: выявление проблем пациента.

Медсестра четко определяет: нарушенные потребности пациента в связи с конкретной патологией (потребность в дыхании, адекватном питании и питье, физиологические отправления, движение, сон, одежда и личная гигиена, поддержание нормальной температуры тела, поддержание безопасности окружающей среды, общение, труд и отдых, знание о здоровом образе жизни и потребность в информации).

Проблемы могут быть:

- настоящими (действительными) – которые выявлены при обследовании (все жалобы и все выявленное объективным обследованием);
- приоритетными (первоочередными) – 1-4 самые важные проблемы из настоящих, которые больше всего мешают пациенту и могут привести к осложнениям или даже смерти;
- потенциальными (возможные осложнения) – которые могут развиваться на фоне этого заболевания.

Образец

- **Нарушены потребности:** дышать, спать, работать, отдыхать, поддерживать в норме температуру тела, общаться.
- **Проблемы настоящие:** одышка, лихорадка, боль в грудной клетке, слабость, кашель с выделением мокроты, беспокойство.
- **Проблемы приоритетные:** боль в грудной клетке
- **Проблемы потенциальные:** риск развития тяжелой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, плеврита, легочного нагноения.

III этап сестринской помощи

Определение целей сестринских вмешательств и планирования ухода

Проводится совместно с пациентом или родственниками.

Они должны быть:

- с указанием конкретных сроков: краткосрочные (от нескольких минут-часов до 1-3 дней) и долгосрочные (к моменту окончания курса лечения или к моменту выписки);
- реальными и достижимыми;
- в пределах сестринской компетенции;
- сформулированы понятным для пациента языком.

Краткосрочная цель: пациентка отметит уменьшение боли через 2 дня лечения.

Долгосрочная цель: пациентка отметит отсутствие боли и кашля к моменту выписки, а также отсутствия беспокойства и слабости, нормализацию температуры и дыхания.

План ухода – это письменное руководство, предусматривающее последовательность сестринской деятельности с мотивацией. При составлении плана ухода медицинская медсестра руководствуется соответствующими стандартами (протоколами) сестринской практики, уровнем обслуживания, обеспечивающими качественный уход за пациентом (устранение проблем и достижение поставленных целей)

Образец

План сестринских вмешательств с мотивацией

План (действия м/с – что делать?)	Мотивация (зачем? С какой целью?)
Если в приоритетной проблеме есть неотложное состояние (например приступ удушья), то необходимо начинать действия медсестры с оказания неотложной помощи!!!	
1. Обеспечить соблюдение предписанного двигательного режима (при лихорадке – постельный, затем свободный). Исключение переохладения и сквозняков. Уменьшение физических нагрузок.	Для эффективного лечения и профилактики осложнений
2. Организация диеты ВБД (включение в рацион продуктов богатых белком животного происхождения: мясо, молочные и кисломолочные продукты ... и т.д.)	Для повышения защитных сил и адаптационных возможностей организма.
Обеспечить обильным витаминизированным питьем (соки, теплый чай с лимоном, черной смородиной, настоем шиповника)	Для снижения интоксикации и повышения защитных сил организма
3. Организация диагностических методов исследования: ОАК – утром натощак кровь из пальца (в клиническую лаб) БАК - утром натощак кровь из вены (в биохимическую лаб) Клинический анализ мокроты – утром не курить и не чистить зубы щеткой, перед сбором прополоскать рот сделать 3 глубоких вдоха, откашляться мокроту и сплюнуть в чистую и сухую емкость с крышкой не касаясь краев (в клиническую лаб) Бактериологический анализ мокроты – утром не курить и не	Для своевременной и качественной диагностики

<p>чистить зубы щеткой, перед сбором прополоскать рот сделать 3 глубоких вдоха, откашляться мокроту и сплюнуть в стерильную емкость с крышкой не касаясь краев (в бактериологическую лаб)</p> <p>Рентгенография грудной клетки – направление в R-кабинет, сопровождать.</p>	
<p>4. Обеспечить индивидуальное наблюдение: измерение АД, пульса частоту, ритм дыхания и измерять температуру тела каждые 2-3 ч с отметкой в температурном листе)</p>	<p>Составление температурной кривой и динамическое наблюдение и своевременного выявления осложнений. (дыхательной и сердечной недостаточности)</p>
<p>5. Проводить орошение слизистой рта и губ водой, смазывание трещин на губах вазелиновым маслом, 20 % раствором буры в глицерине</p>	<p>Для ликвидации сухости слизистой рта и губ</p>
<p>6. Обеспечить смену нательного и постельного белья, туалет кожи. Следить за физиологическими отправлениями и проводить после них гигиенические мероприятия</p>	<p>Для комфортного состояния больной</p>
<p>7. Во 2-м периоде лихорадки положить пузырь со льдом или холодный компресс на шею и голову</p>	<p>Для снижения потребности в кислороде, предупреждения нарушения сознания</p>
<p>8. При критическом понижении температуры: вызвать врача; обложить теплыми грелками, укрыть, дать теплый чай, сменить белье</p>	<p>Для профилактики и лечения острой сосудистой недостаточности</p>
<p>9. Обучить дыхательной гимнастике с сопротивлением на выдохе (с расписанием упражнений, которым нужно обучить)</p>	<p>Для восстановления функции внешнего дыхания</p>
<p>10. Провести беседу о правилах приема лекарственных препаратов (НПВС - после еды, запивать большим количеством жидкости)</p>	<p>Для предупреждения осложнений (язвы желудка и кишечника)</p>

В плане для решения одной проблемы могут быть записано несколько сестринских вмешательств. В процессе реализации плана может происходить его пересмотр и изменение в зависимости от динамики состояния пациента.

IV этап сестринской помощи

Реализация плана.

Сестринские вмешательства бывают:

- зависимые (по назначению врача) рассматриваем фармакотерапию по направлениям: 1. Этиотропное лечение; 2. Патогенетическое лечение; 3. Симптоматическое лечение. (с указанием групп препаратов, названия и способы применения (особенности) с возможными побочными действиями)
- независимые (подсчет пульса, ЧДД, АД, измерение температуры тела и т.д.);
- взаимозависимыми (подготовка к исследованиям, обучение приему лекарственных средств, ЛФК и т.д.).

Реализация сестринских вмешательств должна координироваться с действиями пациента и его родственниками, а также другими медработниками.

V этап сестринской помощи

Оценка полученных результатов.

Оценка эффективности сестринского ухода проводится медицинской сестрой постоянно.

Оценивая результат выполнения плана, медицинская сестра убеждается, что все цели достигнуты.

Образец

Оценка: пациентка отметила отсутствие боли в грудной клетке (через 2 дня лечения) и кашля к моменту выписки, а также отсутствия беспокойства и слабости, нормализацию температуры и дыхания Цель достигнута.

Таким образом, процесс сестринской помощи – это образ мышления и действий медицинской сестры.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение понятию «терапия»
2. Заполните глоссарий, выписав термины из теоретического материала.
3. Что такое болезнь, этиология, патогенез и лечение.
4. Объясните, что значит этиотропное лечение, патогенетическое и симптоматическое.
5. Перечислите этапы сестринской помощи.
6. Что включает в себя понятие субъективного обследования пациента?
7. Что включает в себя понятие объективного обследования пациента?
8. Перечислите лабораторные методы исследования.
9. Перечислите инструментальные методы исследования.
10. Перечислите, какие проблемы формулируются в рамках сестринского диагноза.
11. Расскажите, как правильно ставить цели к плану ухода.
12. Перечислите виды сестринской реализации.
13. Используя интернет источники ознакомьтесь с техникой пальпации, перкуссии и аускультации.
14. Выполните задания «Итоговой аттестации» и сверьте с эталонами ответов и оцените результат.

Итоговая аттестация

Тестовый контроль

Выберите 1 верный ответ

1. Выберите правильное определение. Общение - это

- 1) социальная коммуникация;
- 2) обмен информацией и эмоциями;
- 3) обмен эмоциями;
- 4) обмен информацией;
- 5) обмен опытом.

2. Назовите компонент третьего этапа сестринского процесса

- 1) определение потребности в уходе;
- 2) определение приоритетности проблем;
- 3) определение целей, согласование их с пациентом;
- 4) реализация плана ухода;
- 5) все перечисленные.

3. Пациент с респираторной инфекцией, болен третий день, беспокоят кашель, повышение температуры, головная боль, насморк. Лечился домашними средствами. Выберите из предложенных вариантов потенциальную проблему пациента

- 1) головная боль;
- 2) кашель;
- 3) повышение температуры;
- 4) риск развития осложнений;
- 5) риск потери массы тела.

4. Выберите правильный ответ. Сестринское вмешательство, выполняемое по назначению врача, является

- 1) независимым;
- 2) зависимым;
- 3) взаимозависимым;
- 4) экстренным;
- 5) вынужденным.

5. Как вы считаете, если у пациента нет стула 48 ч., это проблема

- 1) второстепенная;
- 2) потенциальная;
- 3) психологическая;
- 4) настоящая;
- 5) краткосрочная.

6. Выберите, какие действия медсестры относятся к независимой реализации

- 1) применение грелки;
- 2) обучение правилам пользования ингалятором;
- 3) внутривенное введение препарата;
- 4) организация диеты;
- 5) сбор мочи на исследование.

7. Выберите, какие действия медсестры относятся к взаимозависимой реализации

- 1) применение пузыря со льдом;
- 2) обучение правилам пользования карманной плевательницей;
- 3) внутривенное введение препарата;
- 4) внутримышечное введение препарата;
- 5) закапывание капель в уши.

8. Выберите, какие действия медсестры относятся к зависимой реализации

- 1) применение грелки;
- 2) обучение правилам пользования ингалятором;
- 3) внутривенное введение препарата;
- 4) подача порционного требования;
- 5) проведение беседы.

9. Выберите, какие группа препаратов относятся к симптоматическому лечению

- 1) антибиотики;
- 2) жаропонижающие;
- 3) нестероидные противовоспалительные;
- 4) стероидные противовоспалительные;
- 5) противовирусные.

10. Выберите, какие группа препаратов относятся к этиотропному лечению (выберите 2 верных ответа)

- 1) антибиотики;
- 2) жаропонижающие;
- 3) нестероидные противовоспалительные;
- 4) стероидные противовоспалительные;
- 5) противовирусные.

Эталоны ответов к тестовым вопросам: 1- 2; 2 – 3; 3 – 4; 4 – 2; 5 – 4; 6 – 1; 7 -2; 8 – 3; 9 – 2; 10 – 1,5.

Критерии оценки:

0 – 1 ошибок – «5»

2 ошибки – «4»

3-4 ошибки – «3»

5 и более ошибок – «2»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБОУ ПО Пензенский областной медицинский колледж

Кузнецкий филиал

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

для студентов 2 курса

специальность 34.02.01 «Сестринское дело»

**ПМ 04. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ**

**МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов
терапевтического профиля разных возрастных групп**

**Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях
терапевтического профиля**

Тема 2.2 Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания



Составитель: Павлова О.В.

преподаватель высшей квалификационной
категории

2024

Пояснительная записка

Уважаемый студент!

Учебно – методическое пособие для студентов создано для самостоятельной внеаудиторной подготовки по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания», а также может использоваться на практических занятиях по теме.

В пособии отражен и систематизирован теоретический материал по данной теме и включает основные вопросы:

- ✓ Определения заболеваний наиболее часто встречающихся;
- ✓ Этиология, патогенез и клиническая картина заболеваний;
- ✓ Диагностические методы;
- ✓ Особенности лечения;
- ✓ Особенности сестринского ухода;
- ✓ Осложнения и неотложные состояния

Пособие содержит вопросы промежуточного контроля и раздел «Итоговая самооценка» для определения итогового уровня знаний после работы с пособием, для закрепления и обобщения полученной новой информации.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС и рабочей программой МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля, рекомендуется для преподавателей дисциплины и студентов специальности «Сестринское дело» 2 курса.

Указания по работе

I. Освоение нового материала основывается на базовых знаниях, полученных при изучении ряда дисциплин и МДК на первом и втором годах обучения.

1. ОП 2 «Анатомия и физиология человека»
2. ОП 3 «Основы латинского языка с медицинской терминологией»
3. ОП.04 «Основы патологии»
4. ОП.05 «Основы микробиологии и иммунологии»
5. ОП.06 «Генетика человека с основами медицинской генетики»
6. ОП.07 «Фармакология»
7. ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи МДК.01.01 Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации
8. ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности, находящегося в распоряжении медицинского персонала МДК.02.01 Документирование и контроль в профессиональной деятельности
9. ПМ.03 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни МДК.03.01 Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний МДК.03.02 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению

II. Для более точного осмысления и понимания нового материала, Вам необходимо внимательно ознакомиться с теоретическим материалом.

III. Изучите теоретический материал по теме, отвечая на вопросы самоконтроля. Законспектируйте кратко материал.

IV. Выполните задания в разделе «Итоговая самооценка» для закрепления, систематизации новой информации. После сверьте результаты с эталонами, при низкой оценке вернитесь к теоретическому материалу еще раз.

V. Для более глубокого изучения материала по данной теме воспользуйтесь списком дополнительной литературы, выполните задания для внеаудиторной работы.

Формируемые компетенции

1.1.1. Перечень общих компетенций

ОК 01.	<i>Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам</i>
ОК 02.	<i>Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности</i>
ОК 03.	<i>Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях</i>
ОК 04.	<i>Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде</i>
ОК 05.	<i>Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста</i>
ОК 06.	<i>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</i>
ОК 07	<i>Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях</i>
ОК 08	<i>Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности</i>
ОК 09	<i>Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках</i>

1.1.2. Перечень профессиональных компетенций

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
<i>ВД 4</i>	<i>Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях</i>
<i>ПК 4.1.</i>	<i>Проводить оценку состояния пациента</i>
<i>ПК 4.2.</i>	<i>Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту</i>
<i>ПК 4.3.</i>	<i>Осуществлять уход за пациентом</i>
<i>ПК 4.4.</i>	<i>Обучать пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода</i>
<i>ПК 4.5.</i>	<i>Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме</i>
<i>ПК 4.6.</i>	<i>Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации</i>

1.1.3. В результате освоения, обучающийся должен:

Иметь практический опыт	<p>проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированием лечащего врача;</p> <p>выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту;</p> <p>осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии;</p> <p>обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;</p> <p>проведения мероприятий медицинской реабилитации</p>
Уметь	<p>проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении;</p> <p>выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>выявлять факторы риска падений, развития пролежней;</p> <p>проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике;</p> <p>осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода;</p> <p>выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни;</p> <p>проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли;</p> <p>выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту:</p> <ul style="list-style-type: none">- оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов;- введение лекарственных препаратов внутрикочно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи;

	<p>- катетеризацию периферических вен;</p> <p>- внутривенное введение лекарственных препаратов;</p> <p>проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача;</p> <p>собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача;</p> <p>проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача;</p> <p>обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов;</p> <p>ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;</p> <p>осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;</p> <p>выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни;</p> <p>оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям);</p> <p>проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача;</p> <p>получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения поведения.</p>
Знать	<p>основы теории и практики сестринского дела, методов определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>диагностических критериев факторов риска падений, развития</p>

	<p>пролежней и контактного дерматита у пациентов;</p> <p>анатомо-физиологических особенностей и показателей жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правил измерения и интерпретации данных;</p> <p>технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;</p> <p>основ клинической фармакологии, видов лекарственных форм, способов и правил введения лекарственных препаратов, инфузионных сред;</p> <p>правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам;</p> <p>медицинских изделий (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемых для проведения лечебных и (или) диагностических процедур и вмешательств;</p> <p>требований к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента;</p> <p>порядка и правил учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртосодержащих препаратов, инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания;</p> <p>правил ассистирования врачу (фельдшеру) при выполнении лечебных или диагностических процедур;</p> <p>правил транспортной иммобилизации;</p> <p>особенности сестринского ухода с учетом заболевания, возрастных, культурных и этнических особенностей пациента;</p> <p>современных технологий медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;</p> <p>особенности и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;</p> <p>порядка оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента;</p> <p>процесса и стадий умирания человека, клинических признаков, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенности сестринского ухода;</p> <p>признаков биологической смерти человека и процедур, связанных с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке;</p> <p>психологии общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам</p>
--	--

	<p>(законным представителям);</p> <p>методов и способов обучения пациентов (их законных представителей), лиц, осуществляющих уход, навыкам самоухода и ухода;</p> <p>физических и психологических особенностей пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;</p> <p>психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;</p> <p>побочных эффектов, видов реакций и осложнений лекарственной терапии, мер профилактики и оказания медицинской помощи в неотложной форме;</p> <p>клинических признаков внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, отравлений, травм без явных признаков угрозы жизни пациента;</p> <p>показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;</p> <p>правил оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p>
--	---

Литература

3.2.1. Основные печатные издания

1. Лычев В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 552 с
2. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела: практикум : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования / Т. П. Обуховец ; под ред. Б.В. Кабарухина. – 3- е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2020. – 688 с.
3. Смолева, Э. В. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учебное пособие / Э. В. Смолева. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. — 475 с. — ISBN 978-5-222-35201-4;

3.2.2. Основные электронные издания

1. Антропова О. В. Теория и практика сестринского дела. Курс лекций : учебное пособие для спо / О. В. Антропова. — 2-е стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 84 с. — ISBN 978-5-8114-8670-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/179153> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Двойников, С. И. Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников : учеб. пособие / под ред. С. И. Двойникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4094-0. - Текст : электронный // URL : <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440940.html> (дата обращения: 11.01.2022). - Режим доступа : по подписке
3. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С.А. Тарновская И.И. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2019, 2020. – 368 с. Доступ из ЭБС «Конс. студ.»
4. Повх Л. А. Сестринский уход в терапии. Сборник задач : учебное пособие / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2020. — 116 с. — ISBN 978-5-8114-5660-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/143711> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3.2.3. Дополнительные источники

1. ГОСТ Р 52623.1–2008 Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования. – Введ. 01.09.2009 – Москва: Стандартинформ, 2009. – 35 с.
2. ГОСТ Р 52623.3 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 220 с.
3. ГОСТ Р 52623.4 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 88 с.

В период дистанционного обучения в открытом доступе представлен электронный дидактический материал (методические рекомендации, учебные пособия, рабочие тетради по ПМ 04.МДК 04.02) на сайте Кузнецкого филиала ГБОУ ПО «ПОМК» <http://kuzmedcoll.narod.ru> в разделе: «Дистанционное обучение».

Электронный адрес ведущего преподавателя:

pavlovaolga.72@mail.ru

Теоретический материал

МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля
разных возрастных групп

Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля
Тема 2.2 Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания



Дыхательная система человека — совокупность органов и тканей, обеспечивающих в организме человека обмен газов между кровью и внешней средой.

Функция дыхательной системы:

- поступление в организм кислорода;
- выведение из организма углекислого газа;
- выведение из организма газообразных продуктов метаболизма;
- терморегуляция;
- синтетическая: в тканях лёгких синтезируются некоторые биологически активные вещества: гепарин, липиды и др.;
- кроветворная: в лёгких созревают тучные клетки и базофилы;
- депонирующая: капилляры лёгких могут накапливать большое количество крови;
- всасывательная: с поверхности лёгких легко всасываются эфир, хлороформ, никотин и многие другие вещества.

Дыхательная система состоит из лёгких и дыхательных путей.

Лёгочные сокращения осуществляются с помощью межрёберных мышц и диафрагмы.

Дыхательные пути: носовая полость, глотка, гортань, трахея, бронхи и бронхиолы.

Лёгкие состоят из лёгочных пузырьков — **альвеол**.

Заболевания органов дыхания

Основными проблемами пациента при заболеваниях органов дыхания являются одышка, кашель сухой и выделение мокроты, кровохарканье, боль в грудной клетке и часто сопровождается повышением температуры. Наличие тех или иных симптомов зависит от патологического процесса, т.е от развития того или иного заболевания.

Бронхит - воспаление бронхов, заболевание, которое по частоте занимает первое место среди заболеваний органов дыхания. Болеют чаще дети и лица пожилого возраста. Мужчины чаще, чем женщины.

Подразделяется на:

1. Первичные бронхиты – первичное изолированное поражение бронхов, возможно поражение носоглотки, гортани, трахеи.
2. Вторичные бронхиты – осложнение других заболеваний: коклюш,

БРОНХИТ

Бронхит – воспаление бронхов, обычно вызываемое инфекцией. Выделяют острый и хронический бронхит.

Острый (инфекционный) бронхит

Возникает обычно зимой. Проявляется першением в горле, усталостью, кашлем – сначала сухим, а позже мокрым, с белой, желтой или зеленой мокротой. В серьезных случаях может наблюдаться повышение температуры. Для исключения пневмонии назначается рентгенологическое исследование легких.



Хронический бронхит

Длительно протекающее заболевание, иногда до нескольких месяцев. Часто возникает при длительном вдыхании различных раздражающих веществ, таких как сигаретный дым, пыль; пары сильных кислот, аммиака, некоторых органических растворителей, хлора, сероводорода, диоксида серы и брома; диоксид азота и др.

Действия

Обратиться к терапевту или пульмонологу.



Исследования

- Обзорная рентгенография грудной клетки.
- Исследование мокроты.



Назначения

- Антибактериальная терапия.
- Отхаркивающие средства.
- Витаминотерапия.
- Физиотерапия.

Профилактика

- Отказ от курения. 
- Укрепление иммунитета. 
- Ежегодная диспансеризация. 

туберкулез, грипп.

По клиническому течению:

1. Острые
2. Хронические

Острый бронхит – это воспаление слизистой оболочки бронхов, которое характеризуется острым течением и обратимым поражением.

Патогенез:

При остром бронхите отмечается отек и гиперемия слизистой оболочки, гиперсекреция бокаловидных клеток и бронхиальных желез с выделением слизистого или слизисто-гнойного секрета, иногда присоединяется бронхоспазм. Все это приводит к нарушению бронхиальной проходимости, ухудшается дренажная функция бронхов, может развиваться пневмония.

Этиология:

1. Вирусная инфекция (грипп, парагрипп, аденовирусы)
2. Бактериальная инфекция
3. Раздражение бронхов химическими веществами (пары щелочей, кислот, газы)
4. Вдыхание холодного или горячего воздуха

Способствующие факторы:

1. Переохлаждение организма
2. Инфекция верхних дыхательных путей и пазух носа (ринит, синусит)
3. Нарушение носового дыхания
4. Курение, употребление алкоголя
5. ОРВИ
6. Снижение иммунитета вследствие тяжелых заболеваний, операций, травм, нерационального питания.

Хронический бронхит

Диффузное длительно – текущее необратимое поражение бронхиального дерева, характеризующееся гиперсекрецией и нарушением дренажной функции бронхов.

Частота хронического бронхита ежегодно увеличивается. Сейчас страдает 5-10% населения промышленно развитых стран.

Причины:

ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА – воздействие на слизистую бронхов элементов табачного дыма и вредных примесей (запыленность и загазованность рабочих мест).

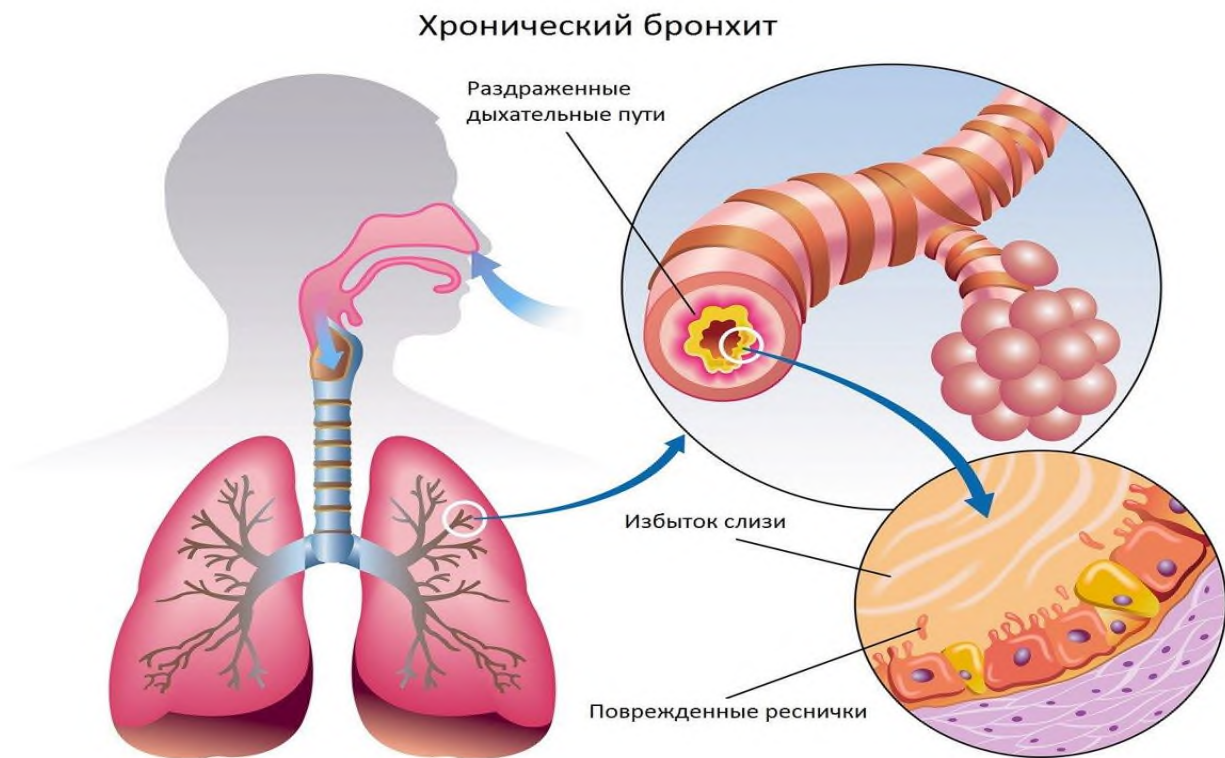
Патогенез:

Под влиянием этиологических факторов происходит перерождение эпителия бронхов, а также гипертрофия слизистых желез и увеличение

количества слизеобразующих бокаловидных клеток эпителия бронхов, постепенно замещающих ресничные клетки, ответственные за эвакуацию слизи и механическое очищение бронхов от пылевого и микробного загрязнения. Одновременно происходит увеличение вязкости секрета и уменьшение его антимикробных свойств. Это приводит к застою слизи вместе с содержащимися в ней загрязнениями и способствует развитию внутрибронхиальной инфекции.

Внутрибронхиальная инфекция течет с периодическими обострениями, причинами которых бывают неблагоприятные погодные условия, заражение вирусной инфекцией.

Нарушение дренажной функции бронхов и снижение местного иммунитета приводит к возможности развития пневмоний. Прогрессирующее течение хронического бронхита приводит к развитию эмфиземы, пневмосклероза и



легочного сердца.

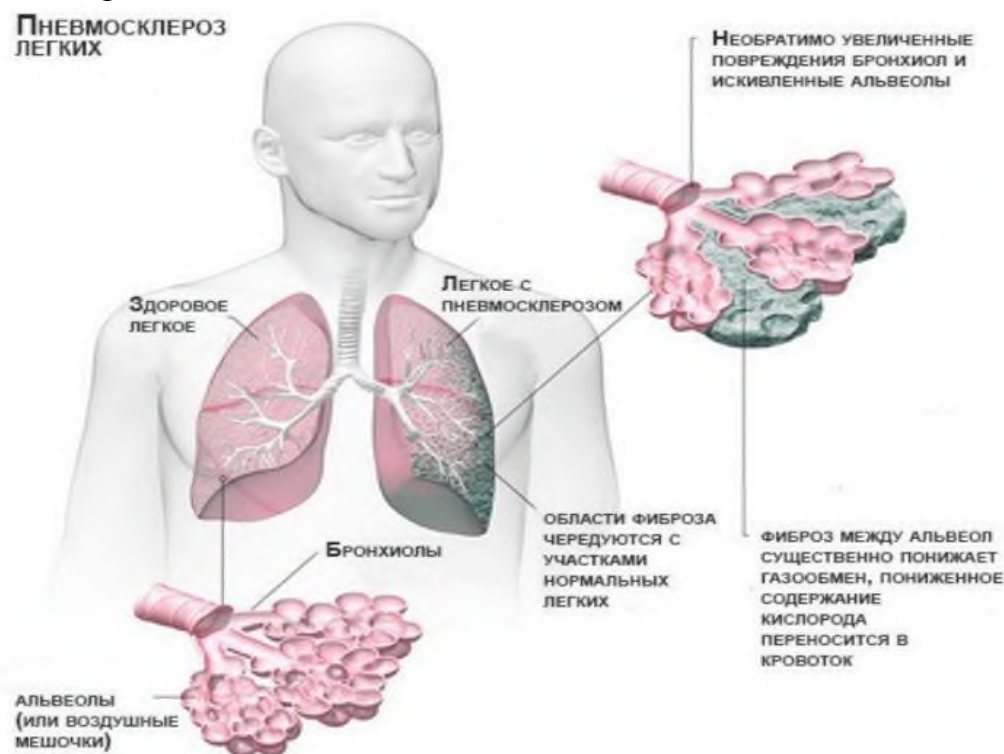
Клиника. Зависит от локализации патологического процесса. При воспалении бронхов крупного и среднего калибра – симптомы необструктивного бронхита. При поражении мелких и мельчайших – клиника обструктивного бронхита.

Необструктивный и острый проявляется кашлем, в том числе с отхождением мокроты или свистящим дыханием, возможна боль в грудной клетке. Как правило, присутствуют и другие симптомы респираторной инфекции: насморк, боль в горле, охриплость голоса. Часто больных беспокоят общие симптомы: головная боль и слабость, боль в мышцах. Температура тела может быть нормальной или субфебрильной, в тяжелых случаях до 38°C . При гриппозной этиологии может повышаться до 39°C и выше.

Значение хронического бронхита очень велико. С ним связано развитие таких заболеваний, как бронхиальная астма и рак легкого. Он является основной причиной развития таких осложнений, как эмфизема легких и пневмосклероз.

Пневмосклероз – избыточное разрастание соединительной ткани в легких, нарушающее их функцию.

В свою очередь эмфизема и пневмосклероз приводят к развитию легочной (дыхательной) недостаточности, существенно ухудшающей течение хронического бронхита.



Аускультация – в первые дни везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы при покашливании. Через 2-3 дня присоединяются влажные разнокалиберные хрипы. Со стороны ССС – тахикардия.

Перкуссия – легочный звук.

Обструкция - заболевание с характерным, ограничением прохождения воздушного потока в дыхательных путях. Ведущий симптом обструктивного бронхита – прогрессирующая экспираторная одышка, значительно усиливающаяся при обострении, и приступообразный, малопродуктивный кашель. При осмотре бочкообразная грудная клетка, диффузный цианоз, пальцы в форме барабанных палочек, ногти часовых стекол.

Перкуссия – коробочный звук.

Особенности ухода и лечение.

Цель лечения :

- Снижение частоты обострений;
- Сохранение оптимальной функции легких;

- Улучшение качества жизни

Больным хроническим бронхитом проводится амбулаторное лечение. Стационарное лечение и постельный режим необходимы только определенным группам больных при наличии выраженного обострения хронического бронхита с нарастанием дыхательной недостаточности, развитием острой пневмонии, значительной интоксикации.

Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при хроническом бронхите должны проводиться с учетом возбудителя, формы заболевания и фазы воспалительных изменений в слизистой бронхов, симптомов, в том числе признаков нарушения функции внешнего дыхания, возможных осложнений с целью их предупреждения.

Медицинская сестра обеспечивает: соблюдение больными назначенных врачом режима (постельный при наличии лихорадки, полупостельный при средней тяжести заболевания, затем свободный), питания (ОВД с достаточным потреблением жидкости до 2-2,5 литров, витаминизированное для повышения защитных сил организма) и двигательной активности; точное и своевременное выполнение назначений врача. Медицинская сестра проводит контроль АД, ЧДД, пульса; уход за кожей, слизистыми, своевременную смену нательного и постельного белья; ставит горчичники, проводит контроль приема медикаментов (правилам приема лекарств, переносимости лекарственных средств и их побочных эффектов), контроль количества и характера мокроты. Проводит кислородотерапию, ЛФК, дыхательную гимнастику, обучает пациентов кашлевой культуре, дренажным положениям для улучшения отхождения мокроты, пользованию и обеззараживанию плевательницы. Проводятся мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка, кварцевание, проветривание палат, обеспечение пациентов индивидуальной плевательницей, ее дезинфекция).

Необходимо исключить курение. Рекомендуются обильное горячее щелочное питье (подогретая минеральная щелочная вода, молоко с содой и др.).

Осуществляет подготовку пациентов к диагностическим методам исследования с выпиской направления).

Лечение лекарственными средствами направлено на:

1. подавление инфекции;
2. стимулирование эвакуации мокроты;
3. восстановление бронхиальной проходимости.

С этой целью врач назначают антибактериальные средства:

антибиотики - эритромицин, тетрациклин, ампициллин и их аналоги с учетом чувствительности микрофлоры, выделенной из мокроты или бронхиального секрета (при диагностической бронхоскопии);

сульфаниламиды - сульфацил натрия, сульфален, сульфадиметоксин по 1,0 г 1 раз в день; хиноксидин по 0,15 г 3 раза в день;
эубиотики - бисольвин, бисептол по 1-2 табл. 3-4 раза в день;
нитрофурановые препараты - фуразолидон, фурадонин, фурагин по 1 табл. 3-4 раза в день.

Хороший эффект оказывают ингаляции сока лука или чеснока (2 раза в день по 1-1,5 мл с 0,25 % раствором новокаина в соотношении 1:3).

При лечении простого хронического бронхита применяются **нестероидные противовоспалительные средства** (индометацин, ибупрофен, вольтарен, ортофен и др.)

десенсибилизирующие препараты (димедрол, диазолин, пипольфен) внутрь.

При тяжелом течении гнойного бронхита применяется **лечебная бронхоскопия** с введением в бронхи антисептиков или антибиотиков, муколитиков.

Для лучшего отхождения мокроты пациентам назначаются **отхаркивающие средства**: 3 % раствор йодида калия по 1 ст. ложке 3 раза в день; микстуры и отвары из растительного сырья (листья мать-и-мачехи, алтея, корня солодки, девясила, почек березы или сосны);

муколитики –бромгексин, ринатиол (по 2 табл. 3 раза в день); ингаляции с раствором морской соли, 1-2 % раствором соды.

Пациентам с выраженным бронхообструктивным синдромом проводятся ингаляции бета-2-агонистов короткого действия (атровент, беротек, сальбутамол), по 2 вдоха на один прием 3-4 раза в день (до 6 приемов в сутки). Из них более продолжительный эффект оказывают ингаляции атровента (ипратропия бромида). При отсутствии эффекта лечащим врачом на короткий срок (7-10 дней) назначаются ингаляционные глюкокортикостероиды (бекломет, бекотид) или системные кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон) орально или в/м.

При гриппе и других вирусных ОРЗ (наиболее частая причина обострения простого хронического бронхита) с первых дней применяется противовирусный препарат интерферон и иммуноглобулин.

Профилактика. Первичная: отказ от курения, предупреждение ОРВИ, санация очагов хронической инфекции в носоглотке, рациональное трудоустройство с исключением неблагоприятных производственных факторов (пыль, сквозняки, переохлаждения, загазованность помещения). Вторичная: предупреждение обострений и осложнений хронического бронхита - два раза в год (весной и осенью) проводится обследование (физикальное, лабораторное, инструментальное, консультации ЛОР-врача, стоматолога), профилактическое лечение (ЛФК, бронхолитики, муколитики, отхаркивающие средства, тепловые

процедуры, массаж, дыхательная гимнастика). При необходимости осуществляется трудоустройство, назначается климатическое санаторно-курортное лечение.

Обучение.

1. Самостоятельность пациента должна быть ограничена рамками индивидуального лечебного плана, разработанного совместно с лечащим врачом.

2. Активное участие самого пациента и помощь семьи - необходимое условие эффективного лечения простого хронического бронхита. Дается информация о методах самоконтроля (контроль АД, ЧДД, пульса).

3. Необходимо отказаться от курения. Сам по себе отказ от курения не является гарантией излечения от хронического бронхита, но существенно замедлит темпы прогрессирования болезни.

4. Одежда пациента должна быть адекватной сезону и погоде. В холодное время года - пуловеры, свитеры из натуральной шерсти. Обувь прочная, непромокающая. Носки хлопчатобумажные или шерстяные. В холодное время года обязательно носить нижнее белье из натурального хлопка, плотно облегающее тело.

5. Диета должна содержать достаточное количество белка, состоять из легкоусвояемых продуктов. Питание дробное, до 5-6 раз в сутки, небольшими порциями. Дробное питание, исключение переедания - лучшая мера предотвращения высокого стояния диафрагмы, ведущего к уменьшению амплитуды дыхательных экскурсий, нарастанию одышки.

6. Физические тренировки, дыхательная гимнастика поддерживают работоспособность дыхательных мышц, улучшают механику дыхания.

ХОБЛ - заболевание, характеризующееся хроническим диффузным

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)



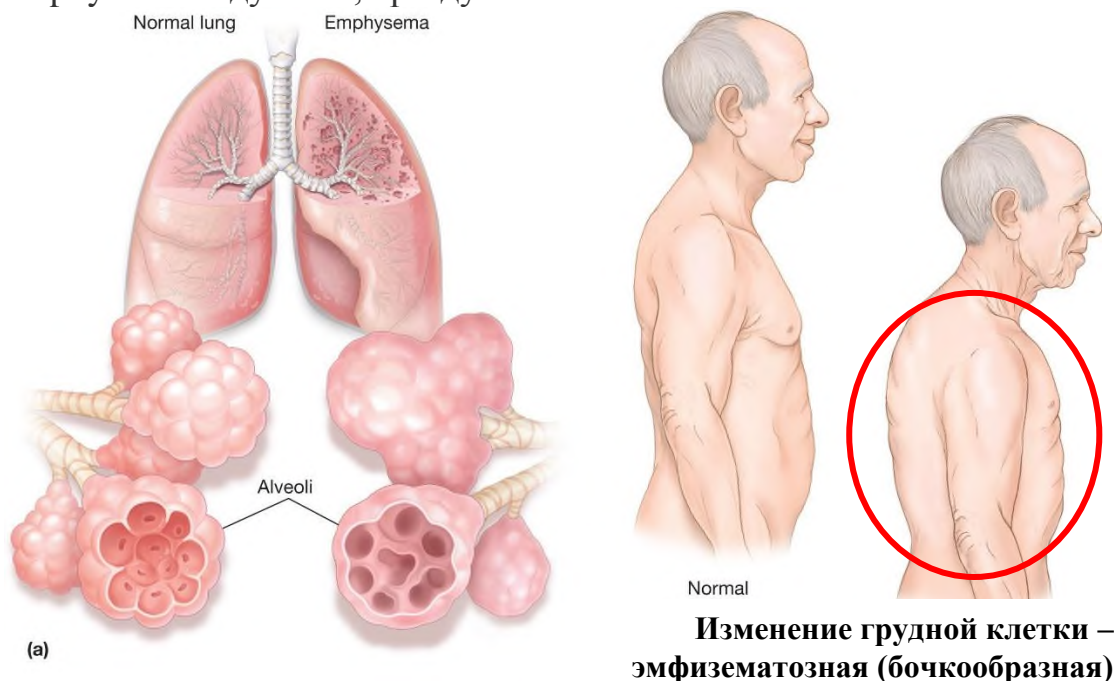
Как ХОБЛ влияет на дыхание?



воспалением бронхов с преимущественным поражением их дистальных отделов, сопровождающееся медленно прогрессирующей необратимой бронхиальной обструкцией с нарастающей дыхательной недостаточностью и проявляющееся экспираторной одышкой, кашлем, выделением мокроты.

Выделяют две клинические формы ХОБЛ - эмфизематозную и бронхитическую.

Эмфизематозную форму (тип) ХОБЛ связывают преимущественно с эмфиземой. *Эмфиземой легких* обозначают различные поражения легких, общим признаком которых является повышенная воздушность легких за счет перерастяжения или разрушения альвеол. Название болезни происходит от греч. *emphysao* – «вдувать», «раздувать».



Таких больных образно называют “розовыми пыхтельщиками”, поскольку для преодоления наступающего экспираторного коллапса бронхов выдох производится через сложенные в трубочку губы и сопровождается своеобразным пыхтением. В клинической картине преобладает одышка в покое. Такие больные обычно худые, кашель у них чаще сухой или с небольшим количеством густой и вязкой мокроты. Цвет лица розовый, т.к. достаточное количество кислорода в крови поддерживается максимально возможным увеличением вентиляции. Больные очень плохо переносят физическую нагрузку. Эмфизематозный тип ХОБЛ характеризуется преимущественным развитием дыхательной недостаточности. Перкуторно – коробочный звук, уменьшение подвижности нижних краев легких. Аускультативно – везикулярное ослабленное дыхание.

Бронхитическая форма (тип) - кожные покровы синюшные. Такие больные тучные, в клинической картине преобладает кашель с обильным выделением мокроты, происходит быстрое развитие легочного сердца. Этому

способствуют стойкая легочная гипертензия, пониженное содержание кислорода в крови, эритроцитоз и постоянная интоксикация вследствие выраженного воспалительного процесса в бронхах.

Диагностика.

ОАК (клинический общий анализ крови) – лейкоцитоз и ускоренная СОЭ. При наличии эмфиземы и дыхательной недостаточности эритроцитоз с небольшим повышением уровня гемоглобина.

БАК (биохимический анализ крови) – повышение фибриногена, сиаловых кислот, С-реактивного белка.

Исследования мокроты:

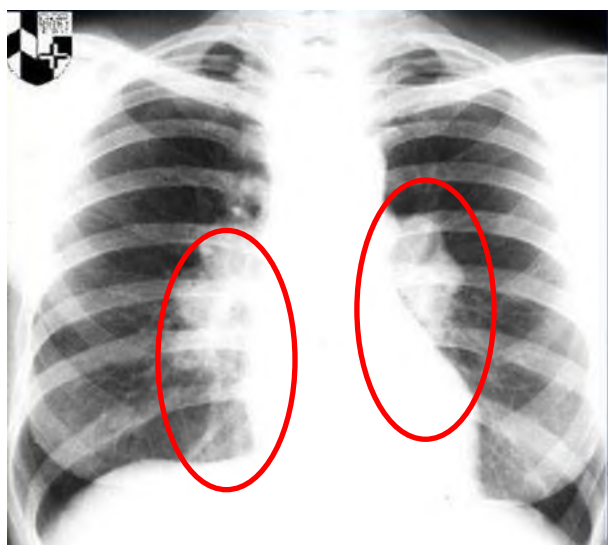
ОАМ – повышенное кол-во лейкоцитов, эпителиальные клетки, возможно наличие эозинофилов.

БАМ (бактериологический анализ мокроты) – значительное количество микрофлоры (выявление возбудителя).

Исследование функций внешнего дыхания (спирометрия, спирография): снижение ЖЕЛ, удлинённый выдох, увеличение остаточного объема легких, снижение форсированного выдоха.

Рентгенография органов грудной клетки: иногда расширение тени в корне легких.

Рентгенография показывает тени органов грудной клетки и их расположение друг относительно друга. Более плотные органы создают большую тень, воздушные – меньшую.



**Патология корней легких
– расширение тени**

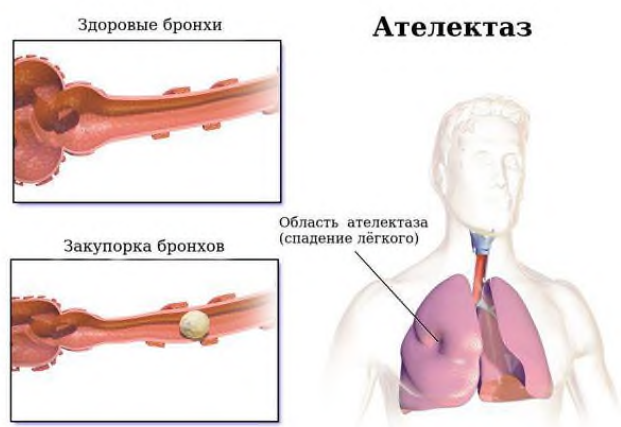


Поскольку рентгеновская пленка является негативом действительного снимка, затемнением называют светлые структуры, дающие большую тень, просветлением – темные воздушные структуры.

Бронхоэктатическая болезнь - это заболевание, характеризующееся хроническим прогрессирующим процессом в патологически измененных (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах, преимущественно нижних отделов. Видоизмененные бронхи носят название бронхоэктазов (или бронхоэктазий).



Бронхоэктазы - Radiology Study



При этом нарушается их дренажная функция, т. е. происходит скопление и длительное нахождение в бронхах гнойной вязкой мокроты. Она образует пробки и заполняет конечные отделы респираторного дерева. Это, в свою очередь, приводит к появлению безвоздушных участков лёгких (ателектазов), участков повышенного вздутия лёгких (эмфиземы).

Клиника. Кашель с большим количеством гнойной мокроты с неприятным запахом. Мокрота лучше отходит по утрам и в определенном положении тела – на противоположном нахождению боку. При отстаивании мокрота разделяется на 2-3 слоя. Больные жалуются на кашель со слизисто-гнойной или



гнойной мокротой иногда обильной, "полным ртом".

Может осложняться кровохарканьем (из-за разрыва капилляров легочной сосудистой сети) или даже **кровотечением (при кашле появляется алая пенная кровь в мокроте, общее состояние с выраженной слабостью, головокружение, бледность кожных покровов, пульс частый, слабого наполнения и напряжения, АД снижено)**. При прорыве бронхоэктаза в плевральную полость возможно развитие **спонтанного пневмоторакса**.

Так же в клинике присутствуют:

- симптомы интоксикации – повышение температуры тела, слабость, повышенное потоотделение, головная боль, снижение аппетита и работоспособности;

- одышка;

- боль в грудной клетке.

При длительном течении:

- цианоз пальцев, губ, кончика носа (из-за развития сердечнолегочной недостаточности);

- изменение формы пальцев и ногтей — «барабанные палочки», «часовые стекла»;

Перкуторно - коробочный звук с участками притупления.

Аускультативно - в обострении сухие и влажные (средне и крупнопузырчатые).

Диагностика.

ОАК (клинический общий анализ крови) – лейкоцитоз и ускоренная СОЭ. При наличии эмфиземы и дыхательной недостаточности эритроцитоз с небольшим повышением уровня гемоглобина.

БАК (биохимический анализ крови) – повышение фибриногена, сиаловых кислот, С-реактивного белка.

Исследования мокроты:

ОАМ – повышенное кол-во лейкоцитов, эпителиальные клетки, возможно наличие эозинофилов.

БАМ (бактериологический анализ мокроты) – значительное количество микрофлоры (выявление возбудителя).

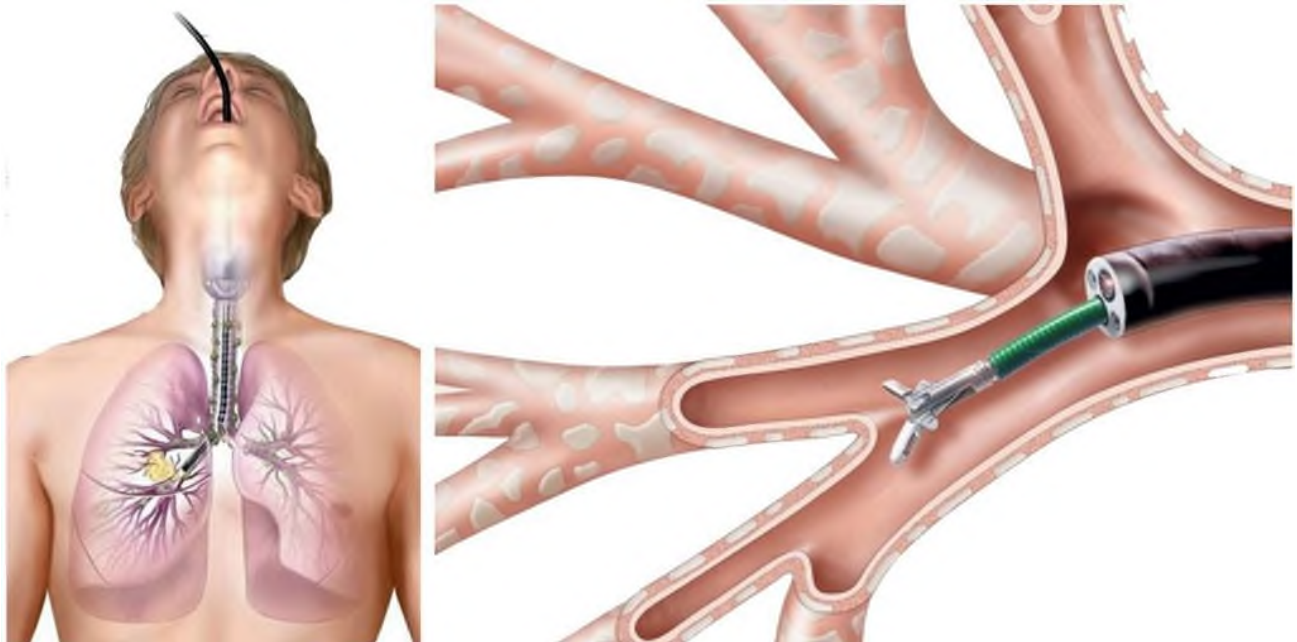
Исследование функций внешнего дыхания (спирометрия, спирография): снижение ЖЕЛ, увеличение остаточного объема легких, снижение форсированного выдоха, индекса Тиффно (это отношение максимального объема выдоха за 1 секунду (ФВ1) к общей ёмкости легких).

Рентгенологический метод (обзорная рентгенография, томография и бронхография) отмечается изменение, расширение и деформация бронхов. Основное преимущество бронхографии состоит в подробном изучении строения всего бронхиального дерева.



Бронхоскопия – эндоскопический метод исследования.

Позволяет оценить выраженность воспалительного процесса бронхов, сужение бронхов, уменьшение числа боковых ветвей, наличие



деформации (цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы), характер бронхиального секрета (густой, вязкий и гнойный) и взять содержимое бронхов на цитологическое, бактериологическое и микологическое исследование.

Особенности ухода и лечение.

Независимые сестринские вмешательства при бронхоэктатической болезни включают: обеспечение санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка, кварцевание, проветривание палат, обеспечение пациентов индивидуальной плевательницей, ее дезинфекция); уход за кожей, слизистыми, своевременная смена нательного и постельного белья; соблюдение правил гигиены при физиологических отправлениях; оказание доврачебной помощи при легочном кровотечении и спонтанном пневмотораксе; контроль общего состояния, частоты пульса, ЧДД, АД, массы тела, величины суточного диуреза.

Взаимозависимые и зависимые вмешательства: подготовка больного и

забор биологического материала на лабораторные и инструментальные исследования (сбор мокроты, взятие крови из вены, рентгенологическое, ФВД, бронхоскопия и др.); своевременное и правильное введение назначенных лекарственных препаратов (орально, парентерально, ингаляционно); оказание помощи врачу при проведении врачебных манипуляций; контроль переносимости лекарственных препаратов, контроль за передачами родственников. Также медсестра проводит: беседы о роли дыхательной гимнастики и постурального дренажа в лечении бронхоэктатической болезни; о рациональном питании, о профилактике обострений заболевания; обучение больных дренажным упражнениям и дренажным положениям.

Режим назначается постельный (в период обострения). Лечебное питание ВБД – витаминизированная с увеличением жидкости до 2 л в сутки. Консервативное лечение включает назначение врачом антибактериальных препаратов, дезинтоксикационной терапии, общеукрепляющих препаратов и санацию бронхиального дерева. Санацию бронхиального дерева проводят путем проведения врачом внутрибронхиальных вливаний растворов, содержащих антимикробные средства и муколитики, а также ингаляций сока лука и чеснока, муколитиков. В лечении применяется вибрационный массаж грудной клетки. Медицинская сестра принимает активное участие в его проведении.

Дренаж бронхиального дерева осуществляется пассивными и активными методами.

Пассивные методы - постуральный дренаж и применение отхаркивающих средств. Постуральный (позиционный) дренаж выполняется в строгом соответствии с локализацией бронхоэктазов. При этом больной занимает особое положение, при котором дренирующий бронх оказывается направленным вертикально вниз. Так, при локализации бронхоэктазов в нижних сегментах легких гнойную мокроту из бронхов удаляют путем перевешивания туловища через край кровати лицом вниз; или значительного подъема ножного конца кровати или с опущенными с кровати вниз плечевым поясом при опоре руками о пол. Во время обострения заболевания постуральный дренаж проводится не менее 2-3 раз в день. Постуральному дренажу должен предшествовать прием мукорегуляторов (бромгексин по 8 мг 3-4 раза в день повторными 7-дневными курсами; мукодин или амброксол).

Активные методы дренажа бронхов - аспирация содержимого бронхов, их промывание с последующим введением в бронхи лекарственных средств (антибиотики, бронхолитики, муколитики и др.) с помощью микродренирования трахеи и бронхов, бронхоскопического лаважа, под оптическим контролем.

При отсутствии эффекта от массивной консервативной терапии, наличии осложнений в виде гнойного расплавления легочной ткани, повторном

длительном кровохарканье, односторонности процесса рекомендуется хирургическое лечение. Противопоказаниями для операции являются диффузные поражения обоих легких, выраженная дыхательная недостаточность, тяжелые сопутствующие заболевания.

Профилактика. *Первичная:* закаливание организма, предупреждение и своевременное лечение ОРЗ, исключение вредных привычек, двигательная активность, санация зубов, хронических очагов инфекции в носоглотке. *Вторичная:* диспансерное наблюдение и противорецидивное лечение (ЛФК, физиотерапия, дыхательная гимнастика, отхаркивающие средства) два раза в год (весной и осенью).

Обучение.

1. Пациент должен иметь представление о сущности болезни, причинах ее прогрессирования. Активное участие самого пациента и помощь семьи - необходимое условие эффективного лечения.

2. Необходимо убедить пациента отказаться от курения. Сам по себе отказ от курения не будет гарантией излечения от болезни, но существенно замедлит темпы ее прогрессирования.

3. Одежда должна быть адекватной сезону и погоде. Белье должно быть только из хлопка. В холодное время года нужно носить свитеры из натуральной шерсти. Обувь должна быть непромокающая, носки - хлопчатобумажные или шерстяные.

4. Питание дробное, 3-4 раза в сутки с адекватной физической нагрузке калорийностью, витаминами, микроэлементами.

5. При высокой белковой ценности пищи сохраняется масса тела пациента.

6. Физические тренировки, дыхательная гимнастика поддерживают работоспособность дыхательных мышц, улучшают механику дыхания.

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание



дыхательных путей, характеризующееся периодически возникающими, обратимыми приступами удушья вследствие спазма мускулатуры бронхов, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронха.

У 2% населения земного шара, женщины болеют чаще. За последние 10 лет заболеваемость увеличилась в 3 раза, это связано с химической промышленностью и большим количеством транспорта.

Этиология

Это полиэтиологическое заболевание:

1. Неинфекционные агенты – дым, пыльца растений, пыль, пищевые продукты, лекарственные вещества, домашний пылевой клещ, шерсть животных.

БА, причина которой неинфекц аллергены – *атопическая*.

2. инфекционные агенты – вирусы, бактерии, грибы, паразиты, простейшие. Это *инфекционно-аллергическая БА*.

3. Проф вредности – металлическая, древесная, силикат, хлопковая пыль, пары кислот и щелочей.

4. Физические и метеорологические агенты – физическое усилие, изменение температуры, влажности воздуха, колебания барометрического давления. Это *астма физических усилий*.

5. Нервно-психическое воздействие (стресс) – *неврогенная астма*.

Факторы, повышающие вероятность развития БА:

- респираторно – вирусные инфекции
- активное и пассивное курение
- загрязнение воздуха
- низкий вес при рождении
- паразитарные инфекции

Патогенез

В основе патогенеза лежит гиперреактивность бронхов – это свойство дыхательных путей отвечать бронхоспастической реакцией на разнообразные специфические (аллергические) раздражители и неспецифические стимулы (холодный воздух, резкие запахи).

Клиника:

Существует 4 периода

1. Период предвестников – за несколько минут или дней до приступа. Беспокойство, чихание, м\б зуд глаз, слезотечение, ринорея, головная боль, наруш сна, сухой кашель.

2. Приступ удушья

Возникает внезапно. Начинается с ощущения заложенности в носу, стеснения в груди, сопровождается надсадным кашлем с трудноотделяемой «стекловидной»



мокротой. Она образует слизистые пробки в бронхах, закупоривая их.

Во время приступа затруднен выдох (экспираторная одышка). При тяжелом приступе затруднен и вдох. Дыхание становится шумным, сопровождается дистанционными свистящими хрипами. Больной принимает вынужденное положение опираясь на руки, плечи приподняты и сдвинуты вперед, голова как бы втянута в плечи, грудная клетка выглядит расширенной (застывшей в положении вдоха – «бочкообразная гр кл»).

Вынужденное положение больного при приступе бронхоспазма



Ортопное

с фиксированным плечевым поясом

Аускультативно – в легких резко удлиннен выдох и большое количество сухих разнообразных хрипов. Пульс учащен. Тоны сердца приглушены.

Перкуторно – коробочный звук, нижняя граница легких опущена, ее подвижность ограничена.

Кожа бледная, сухая, цианоз. Напряжение вспомогательных мышц (межреберные, над и подключичные, мышцы шеи).

Во время приступа мокрота сначала отсутствует. Приступ продолжается от нескольких минут до нескольких часов.

3.Послеприступный период – характеризуется отхождением вязкой слизистой мокроты

4.Межприступный период – относительное благополучие.

Клиническая картина может осложняться *астматическим статусом*. Это синдром острой дыхательной недостаточности, развившийся у больного бронхиальной астмой вследствие обструкции дыхательных путей, резистентной к терапии бронхолитиками и симпатомиметиками (беротек, сальбутамол).

При этом наблюдается резкое затруднение и учащение дыхания с участием вспомогательной мускулатуры. Гипервентиляция сопровождается тахикардией, повышением АД. Отмечается четко **выраженная резистентность к бронхолитикам и симпатомиметикам**. При прогрессировании процесса состояние продолжает ухудшаться. Дыхание становится частым, поверхностным, при аускультации в легких дыхание не прослушивается, что связано с тотальной обструкцией и **развивается «немое легкое»**. При выраженных вентиляционных расстройствах нарастает гипоксемия и гиперкапния. При утяжелении состояния и неэффективности лечения наступает гиперкапническая кома с потерей сознания и выраженными гемодинамическими расстройствами.

Диагностика.

Диагностика.

ОАК (клинический общий анализ крови) – лейкоцитоз и ускоренная СОЭ, эозинофилия. При наличии эмфиземы и дыхательной недостаточности эритроцитоз с небольшим повышением уровня гемоглобина.

БАК (биохимический анализ крови) – повышение фибриногена, сиаловых кислот, С-реактивного белка.

Иммунологический анализ крови - повышение уровня иммуноглобулина Е (**IgE**)

Исследования мокроты:

ОАМ – слизистая, плотная, полупрозрачная («стекловидная») наличие эозинофилов, кристаллов Шарко-Лейдена, спиралей Куршмана.

БАМ (бактериологический анализ мокроты) – значительное количество микрофлоры (выявление возбудителя).

Исследование функций внешнего дыхания (ФВД) (спирометрия, спирография, пикфлоуметрия): снижение ЖЕЛ, увеличение остаточного объема легких, снижение форсированного выдоха (пиковой скорости выдоха), индекса Тиффно (это отношение максимального объема выдоха за 1 секунду (ФВ1) к общей ёмкости легких).

Рентгенологический метод (рентгенография органов грудной клетки, томография) – тяжистый легочный рисунок, повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, уменьшение ее подвижности, расширение межреберий, усиление рисунка в прикорневых зонах. «Легочное сердце» - правый желудочек увеличен, сердце занимает висячее вертикальное положение (обусловлено гипертонией малого круга кровообращения).

Рентгенография ОГК

- в межприступный период при неосложненной бронхиальной астме какие-либо изменения отсутствуют.
- Во время приступа выявляются повышенная прозрачность легочных полей, расширение грудной клетки, уплощение куполов диафрагмы.

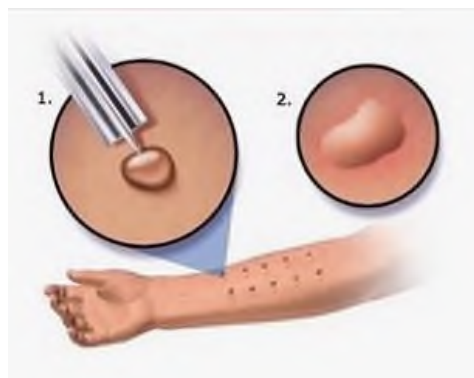


Аллергологическое тестирование.

Виды кожно-аллергической пробы: аппликационную, внутрикожную и скарификационную.

Скарификационная кожная проба (прик-тест).

Это самый распространенный тип аллергической пробы. Несколько капель аллергена капается на кожу, чаще всего на спине. Затем каждая капля прокалывается. Если в организме присутствует иммуноглобулин Е, реагирующий на определенный вид аллергена, покраснение, зуд кожи и возникновение на месте прокола папулы могут проявиться уже через 15 минут. Реакция размером более 3мм считается положительной (т.е. указывает на наличие аллергии).



Внутрикожная проба. Применяется, если результат прик-теста оказался отрицательным. В этом случае аллерген вводится непосредственно под кожу.



Та же методика используется и в пробе Манту для диагностики туберкулеза. Внутрикожная проба часто используется для выявления аллергии на внешние факторы и лекарственные препараты, однако непригодна для определения пищевой аллергии или аллергии на латекс.

Аппликационная проба. Во время этого теста несколько капель определенного аллергена наносится на специальный аппликатор (пластырь), который помещают на кожу. Если кожа покраснела, появились раздражение и зуд, это означает положительную реакцию на данный аллерген.



Особенности ухода и лечение. Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при бронхиальной астме должны быть направлены на все звенья патогенеза болезни и проводиться с учетом стадии и фазы воспалительных изменений в слизистой бронхов, симптомов заболевания, нарушения функции внешнего дыхания, побочных эффектов фармакотерапии, возможных осложнений с целью их предупреждения.

Медицинская сестра обеспечивает: выполнение назначенных врачом режима двигательной активности и режима питания; индивидуальной плевательницей, своевременную ее дезинфекцию; выполнение мероприятий по личной гигиене пациентов (уход за полостью рта, кожей, слизистыми, половыми органами при физиологических отправлениях); оказание доврачебной помощи при приступе удушья; четкое выполнение назначений врача; уточняет

аллергологический анамнез и своевременно выявляет симптомы побочных эффектов лекарственных препаратов; проводит контроль АД, ЧДД, пульса. Также она проводит: беседы о значении систематического приема необходимых лекарств; о значении контроля симптомов астмы пикфлоуметром; правилам пользования пикфлоуметром, ингалятором, спейсером, небулайзером.

Вне приступа режим назначается свободный, диета - гипоаллергизирующая. Увеличивается до 2 л в сутки количество потребляемой жидкости, исключаются рыба, молоко, цитрусовые, яйца, мясо птицы, шоколад, кофе. Обязательно проводится нелекарственное лечение. Оно включает:

1. санацию ЛОР-органов;
2. выявление и контроль над триггерами (провокаторами приступа);
3. дыхательную гимнастику;
4. психотерапию;
5. ЛФК;
6. физиотерапию.

Для лечения астмы применяют два вида лекарственных препаратов.

Первый вид лекарственных средств применяется для оказания экстренной помощи. К ним относятся препараты четырех групп:

1. ингаляционные бета-2-агонисты короткого действия (сальбутамол, фенотерол, беротек, беродуал и др.);

2. м-холинолитики (ипратропиум бромид, атровент), которые назначаются только в случаях непереносимости бета-2-агонистов или наличии выраженных побочных эффектов при их применении (повышение АД);

3. теофиллины короткого действия (эуфиллин);

4. кортикостероиды как системные (преднизолон, дексаметазон), так и ингаляционные (бекотид, фликсотид и др.). Они не вызывают прямого бронхорасширяющего действия, но улучшают эффективность бета-2-агонистов, блокируя позднюю астматическую реакцию после воздействия стимула (триггера).

Обычно для снятия приступа используется бета-2-агонист короткого действия. Если его нет, можно дать горячее щелочное питье, поставить горчичные ножные ванны, горчичники на грудную клетку или по назначению врача ввести 0,3 мл 0,1 % раствора адреналина под кожу.

При приступе нецелесообразно применение ацетилцистеина (усиливает кашель) антигистаминных и седативных препаратов.

К бронхолитическим препаратам пролонгированного (продленного) действия относятся ингаляционные бета-2-агонисты длительного действия сальметерол и серевент в дозированном аэрозоле. Они *применяются только при ночных симптомах астмы* для отсроченной бронходилатирующей терапии. Их

действие начинается спустя длительное время (2-3 ч) после приема и продолжается 12 и более часов. Принимаются они обычно вечером. *Для экстренной помощи их не принимают.* Неплохим эффектом обладают теофиллины длительного действия - теодур, теотард, теобилонг, теопэк. Назначаются они в таблетках с кратностью приема 1-3 раза в день.

Второй вид лекарственных препаратов составляет основу лечения бронхиальной астмы. Это противовоспалительные профилактические средства длительного действия. Сами они не снимают приступ, но в сочетании с препаратами первого вида способствуют купированию приступов астмы и предупреждают их появление. Лекарственные средства второго вида принимаются также в случае, если больной получает препараты для экстренной помощи чаще 3-4 раз в неделю.

К препаратам второго вида относятся четыре группы лекарственных средств:

1. нестероидные противовоспалительные средства несистемного действия: а) интал (кромогликат натрия) в капсулах для инъекций и дозированном аэрозоле; б) интал плюс - в ингаляциях) недокромил-натрий (тайлед) в ингаляциях; г) дитек (интал + фенотерол) в ингаляциях. Являются базисными препаратами в профилактическом течении бронхиальной астмы легкого и средней тяжести течения;

2. ингаляционные кортикостероиды пролонгированного действия: бекотид (беклометазон), будесонид, флунизолид (инга-корт), фликсотид (флютиказона пропионат). Являются лучшими средствами в лечении бронхиальной астмы любой степени тяжести;

3. антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Обладают противовоспалительным действием, улучшают ФВД, предотвращают бронхоспазм, спровоцированный внешним раздражителем. К ним относятся: зафирлукаст (аколат) и монтелукаст (сингуляр). Принимаются антагонисты лейкотриеновых рецепторов при аспириновой и атопической бронхиальной астме длительно в течение 6- 13 недель;

4. системные кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон и др.) Обычно они назначаются для лечения тяжелой астмы. Длительный их прием вызывает артериальную гипертензию, остеопороз, угнетение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, ожирение, истончение кожи, мышечную слабость, что должна учитывать медицинская сестра как потенциальные проблемы пациентов. К стероидам быстрого действия относятся гидрокортизон и кортизон с длительностью действия 8—12 ч, к стероидам среднего действия - преднизолон и метилпреднизолон; к препаратам длительного действия - бетаметазон, дексаметазон.

Вне приступа при лечении бронхиальной астмы применяются нелекарственные методы лечения: дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки, индуктотермия, иглорефлексотерапия, дозированная ходьба, психотерапия, разгрузочно-диетическая терапия, спелеотерапия, фитотерапия, ионизаторы, гомеопатия.

При лечении тяжелой астмы применяются гемосорбция, плазмаферез, лимфоцитозерез, облучение крови лазером или ультрафиолетом.

При бронхиальной астме противопоказаны или используют с большой осторожностью седативные средства (нейролептики, транквилизаторы), антигистаминные, успокаивающие и снотворные препараты.

Профилактика. *Первичная:* двигательная активность, рациональное питание, формирование навыков здорового образа жизни исключение вредных привычек. На производстве с вредными условиями труда - использование средств индивидуальной защиты (маски, респираторы), водяные завесы и др. *Вторичная:* проведение мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования астмы. При аллергической астме важно установить аллергены и устранить контакт с ними, а также регулярно принимать с профилактической целью интал (тайлед) в минимальных дозах по назначению врача. Перед контактом с триггером необходимо принять бета-2-агонист (например, принять беротек перед физической нагрузкой при астме физического усилия). В необходимых случаях рекомендуется исключить контакт с домашними животными (кошки, собаки, свинки, кролики), домашними цветами. При аспириновой астме требуется исключить прием любых противовоспалительных средств, фруктов и овощей желтого цвета. Проводится санация очагов хронической инфекции (кариозные зубы, аденоиды, хронический тонзилит), предупреждение ОРЗ и своевременное их лечение.

Обучение.

Самостоятельность пациента должна быть ограничена рамками индивидуального лечебного плана, разработанного совместно с лечащим врачом. Медсестра должна обучить больного самоконтролю за течением бронхиальной астмы: больной должен понимать сущность своего заболевания и методы лечения, эффективно и осознанно принимать лекарственные препараты согласно письменным инструкциям.

1. Бронхиальная астма - это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, характеризующееся повышенной чувствительностью бронхов к различным раздражителям и периодически возникающим спазмом мелких бронхов.

2. При приступе удушья происходит спазм мышечной оболочки мелких бронхов, отек слизистой оболочки, выработка большого количества вязкой

слизи.

3. Обострение бронхиальной астмы происходит при воздействии триггера, провокатора астмы. Это: контакт с пищевым или химическим аллергеном, наличие скрытого или явного очага инфекции в том числе респираторная вирусная инфекция, физическое усилие, вдыхание холодного или загрязненного воздуха, повышенная влажность, магнитные бури, психоэмоциональный стресс, прием аспирина или других НПВС.

4. Для предотвращения воздействия пыльцевых аллергенов в сезон цветения растений необходимо создать в квартире подобие безаллергенной комнаты (частая влажная уборка, кондиционеры, марлевые фильтры на форточки и др.).

5. При бытовой аллергии надо пользоваться антиаллергеновыми матрацами и подушками, постельные принадлежности стирать еженедельно; избавиться от вещей, накапливающих пыль (мягкая мебель, ковры, тяжелые шторы); застеклить книжные полки; ежедневно проводить влажную уборку, проветривание квартиры.

6. Если приступы бронхиальной астмы вызываются физическим усилием, выходом на холод, контактом с краской, дымом, резкими запахами, следует избегать воздействия причинных факторов, а если это невозможно, за 10-20 мин до их воздействия профилактически принять дозу одного из препаратов, купирующих приступ удушья.

7. Чтобы самому снять приступ удушья, надо сделать ингаляцию бронходилататора, выпить горячей воды, провести самомассаж или попросить одного из членов семьи сделать вибрационный массаж грудной клетки.

8. При учащении, утяжелении приступов, а также при повышении потребности в бронходилататорах, снижении эффективности проводимого лечения надо обратиться к врачу.

Необходимо постоянно иметь с собой и повседневно пользоваться «Карточкой больного бронхиальной астмой». Ее заполняет лечащий врач.

Пользование ингалятором. Встряхнуть, снять защитный колпачок, повернуть ингалятор вверх дном, сделать полный глубокий выдох, плотно обхватить мундштук ингалятора губами, начиная делать вдох, одновременно нажать на дно ингалятора и глубоко вдохнуть лекарство, задержать дыхание и только потом сделать спокойный выдох.

Спейсер. Пластиковая камера с мундштуком для рта и насадкой для ингалятора.

Спейсер рекомендуется при применении ингаляционных глюкокортикостероидов и у пациентов, которым сложно делать вдох одновременно с нажатием



на клапан ингалятора. Пользование спейсером: удалить защитный колпачок, встряхнуть ингалятор и вставить его в спейсер; обхватить губами ротовой конец спейсера; нажать на ингалятор так, чтобы лекарство попало в спейсер; глубоко, медленно сделать вдох; задержать дыхание на 5-10 с, затем сделать выдох; повторить вдох, не нажимая на ингалятор; отсоединиться от спейсера; через 30 с впрыснуть вторую дозу аэрозоля.

Небулайзер. Устройство для преобразования жидкости в мелкодисперсный аэрозоль. Ингалируемый препарат наливается в резервуар небулайзера, добавляется стерильный теплый изотонический раствор хлорида натрия до общего объема 3-4 мл. Присоединяется мундштук или маска для ингаляций (маска предпочтительна для тяжелобольных). Ингаляция проводится в течение 5-7 мин. После окончания ингаляции небулайзер отсоединяется от генератора. Части ингалятора промываются горячей водой, тщательно ополаскиваются, просушиваются.



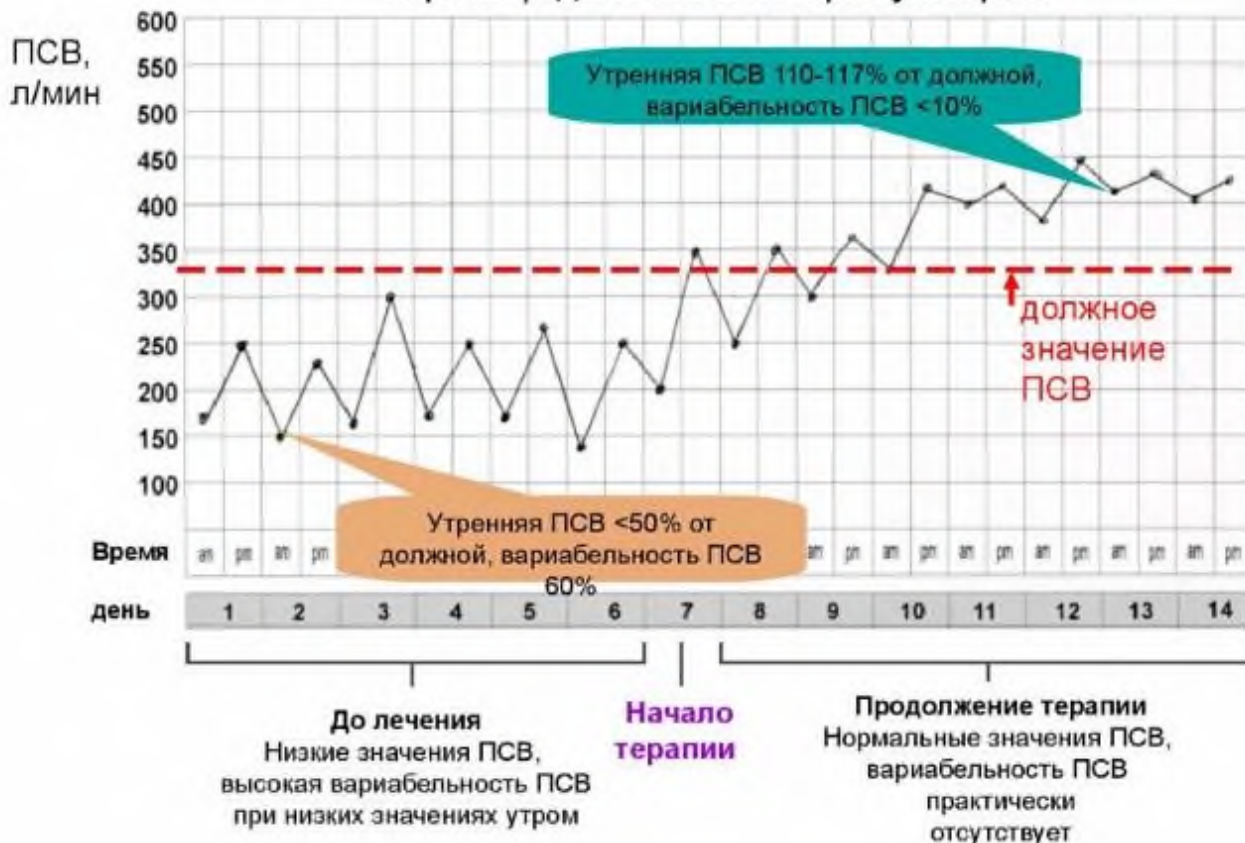
Пикфлоуметр. Применение определителя пиковой скорости выдоха с отметками зеленой, желтой и красной зон необходимо для диагностирования степени тяжести больного в данное время и разработки этапов лечебной программы. Предварительно значения зон для каждого пациента устанавливает врач в соответствии с его лучшими показателями. Измерение скорости выдоха проводится самим пациентом, медицинской сестрой или врачом по перемещению пластиковой стрелки, которая помещается в желобок напротив шкалы.

Зеленая зона обозначает, что симптомы астмы отсутствуют или минимальны.

Желтая зона. Отмечаются легкие симптомы астмы. Необходим медицинский контроль.

Красная зона. Обозначает тревогу. Отмечаются симптомы астмы в покое. Пациенту следует незамедлительно сделать два вдоха беротека или другого препарата короткого действия и обратиться за скорой медицинской помощью. Если утренние показатели ПСВ составляют 85 % от нормы, для этого больного необходимо удвоить дозу ингаляционных кортикостероидов. Если показатели составляют около 50 %, следует начать курс преднизолона или связаться с врачом или медицинской сестрой.

Пример дневника пикфлоуметрии



Правила пользования пикфлоуметром следующие:

- убедиться в том, что стрелка находится в нижней части шкалы;
- взять пикфлоуметр за ручку таким образом, чтобы пальцы не закрывали шкалу, желобок, отверстие на конце и щели по обеим сторонам загубника;
- при возможности встать, сделать глубокий вдох и, держа пикфлоуметр горизонтально, обхватить загубник губами. Затем сделать максимально быстрый и резкий выдох;
- зафиксировать значение на шкале, на которое указывает стрелка;
- вернуть стрелку на исходную позицию и повторить процедуру еще два раза. Отметить в дневнике максимальное из трех значений.

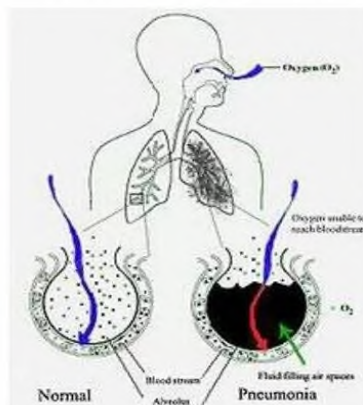
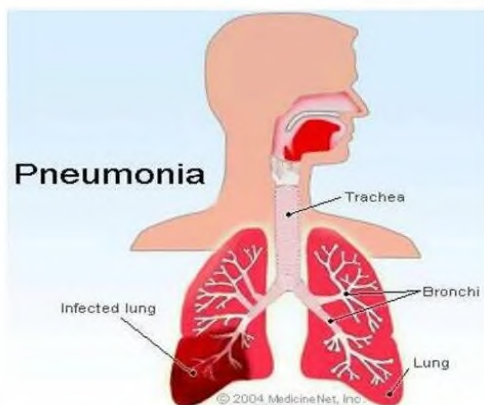


Применение пикфлоуметра для мониторинга бронхиальной астмы должно проводиться под контролем врача или обученной медицинской сестры.

Пневмония - острый инфекционный воспалительный процесс в легочной ткани с вовлечением всех структурных элементов легких, обязательным поражением альвеол и рентгенологически подтверждающимся инфильтратом. Воспаление может распространяться на ближайшие бронхи, сосуды и плевру с развитием сопутствующего бронхита, васкулита или плеврита. Пневмония

вызывается неспецифической патогенной или условно-патогенной флорой при нарушении естественных механизмов защиты организма.

Синдром воспалительной инфильтрации легочной ткани



- это патологическое состояние, сопровождающееся появлением в легком различных по величине **безвоздушных участков воспалительной природы**.

Острая пневмония занимает значительное место среди всех заболеваний внутренних органов. На заболеваемость пневмонией известное влияние оказывает время года: частота ее нарастает в январе – марте и уменьшается в апреле-октябре. Заболеваемость повышается также во время вспышек гриппа и сезонных респираторных вирусных инфекций. Заболевают чаще мужчины; у детей и в старческом возрасте пневмония протекает особенно тяжело.

В развитии пневмонии основную роль играет инфекция: бактериальная, вирусная, реже грибковая. В зависимости от распространенности процесса различают пневмонию, поражающую долю, - это крупозная, или плевропневмония, и поражающую ограниченный участок (дольку), - это очаговая, или бронхопневмония. Очаги воспаления могут быть единичными и множественными; возможно их слияние (сливная пневмония); они могут локализоваться одновременно и в разных участках обоих легких, преимущественно в нижних отделах.

Отличие этих двух пневмоний (крупозной и бронхопневмонии) состоит не только в площади поражения, но и в особенностях клинической картины.

Крупозная пневмония – это острый воспалительный процесс, захватывающий всю долю легкого или ее значительную часть; характеризуется определенной циклическостью патоморфологических изменений и стадийностью клинического течения.

В последнее время крупозная пневмония в типичной форме встречается редко, но по-прежнему отличается циклическим течением.

Очаговая пневмония (бронхопневмония)

Под термином «очаговая пневмония» объединяются разнообразные по своему происхождению и клиническим проявлениям формы пневмонии,

отличительной особенностью которых является *вовлечение в воспалительный процесс отдельных участков легкого в пределах сегмента, доли или ацинуса*. Очень часто очаговая пневмония начинается с поражения бронхов, что дало повод называть бронхопневмонией.

Очаговая пневмония может возникнуть как самостоятельное заболевание (первичная пневмония) или развиться на фоне различных патологических процессов (вторичная пневмония). В настоящее время встречается чаще, чем крупозная.

Этиология:

А) бактериальные: пневмококк, стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, легионелла;

Б) вирусные: гриппа, ОРВИ и др;

В) атипичные: микоплазма, хламидии;

Г) грибковые: кандиды, актиномицеты;

Д) смешанные.

Факторы риска:

- Постоянные стрессы, истощающие организм.
- Не полноценное питание (недостаточное употребление фруктов, овощей, свежей рыбы, нежирного мяса).
- Ослабленный иммунитет (снижение барьерных функций организма).
- Частые простудные заболевания, приводящие к формированию хронического очага инфекции.
- Курение.
- Хронический бронхит и хронические болезни лёгких (ХОБЛ).
- Алкоголизм, наркомания.
- Хронические заболевания (особенно пиелонефрит, сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца)

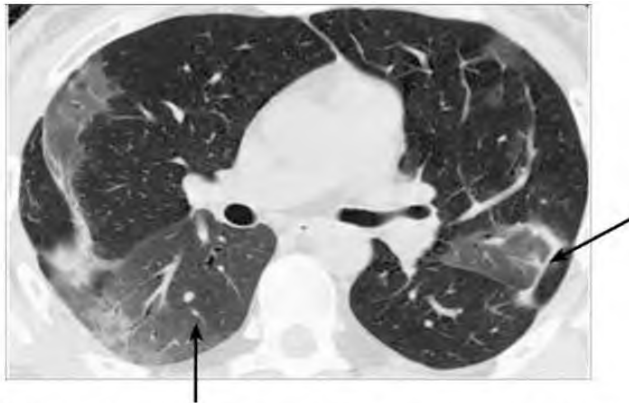
Клиника. Острое начало, высокая лихорадка, озноб, боль в грудной клетке (со стороны поражения, усиливаются при глубоком дыхании и кашле), вследствие этого пациент вынужден подавлять кашель и дыхание становится поверхностным. Мокрота слизистая, вязкая, быстро приобретает «ржавый» характер и ее количество увеличивается (не превышая 100 мл в сутки).

При осмотре может быть гиперемия щек (более выражена на стороне поражения), цианоз губ, акроцианоз, герпес на губах и крыльях носа. Дыхание поверхностное, частое, пораженная сторона отстает в акте дыхания. Выражены симптомы интоксикации: выраженная слабость, бессонница, раздражительность, головная боль. В тяжелых случаях изменение психики (возбуждение, спутанность сознания, бред, галлюцинации). Сопровождается тахикардией и снижением АД, иногда нарушение ритма.

Перкуссия – укорочение перкуторного звука над пораженной долей. Голосовое дрожание усилено.

Аускультация – дыхание в начале ослабленное, везикулярное, затем бронхиальное. Возможно крепитация, в небольшом количестве сухие и влажные хрипы, при распространении процесса на плевру (плеврит) шум трения плевры.

В диагностике ведущим является рентгенологически подтвержденный инфильтрат (затемнение соответствующей доли или сегмента).



Двусторонняя нижнедолевая пневмония, интерстициальный тип инфильтрации. Компьютерная томограмма: двустороннее понижение воздушности легочной ткани по типу «матового стекла» (стрелки).

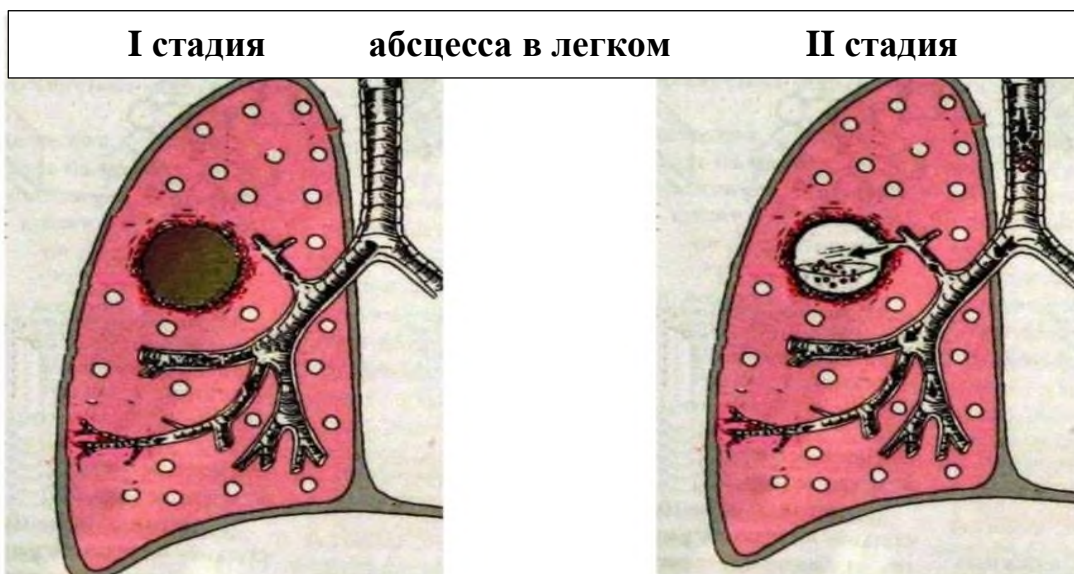


При вирусных пневмониях КТ («матовое стекло»).

Осложнения пневмонии: острая сердечно-сосудистая недостаточность; инфекционно-токсический шок, экссудативный плеврит, перикардит, абсцесс легкого, дыхательная недостаточность.

Абсцесс легкого

Абсцесс легких – это тяжелый процесс, сопровождающийся некрозом и расплавление легочной ткани с образованием четко отграниченных полостей. **Патогенез протекает в 2 стадии:** первая – созревание гнойника сопровождающееся некрозом; вторая – стадия полости, сопровождается прорывом гнойника.



Этиология связана с нарушением дренажной функции бронха, нарушением кровоснабжения и некрозом легочной ткани (хронический обструктивный бронхит, БЭБ, пневмония, туберкулез), присоединением инфекции, снижением реактивности макроорганизма.

Клиника.

Первая стадия (созревание гнойника) – постоянная или гектическая лихорадка с ознобом и обильным потоотделением, болями с пораженной стороны, кашлем сухим (или в соответствии с предшествующим заболеванием), выражены симптомы интоксикации (общая слабость, недомогание, снижение аппетита, головная боль, тахикардия).

Пальпация – отстаивание пораженной половины грудной клетки при дыхании, ослабленное голосовое дрожание над гнойником.

Перкуссия – тупой звук над гнойником.

Аускультация – дыхание везикулярное ослабленное.

При рентгенологическом исследовании округлая тень с четкими краями.

ОАК – лейкоцитоз (до $20 \times 10^9/\text{л}$), сдвиг лекоформулы влево, увеличенная СОЭ.

Вторая стадия (прорыв гнойника) – резкое появление большого количества мокроты («полным ртом») до 500-1000 мл со зловонным запахом (при отстаивании имеет два слоя). В мокроте могут быть прожилки крови (кровохарканье или даже легочное кровотечение обусловлено разрывом легочных сосудов при прорыве гнойника). При этом состояние улучшается (температура снижается, уменьшаются симптомы интоксикации).

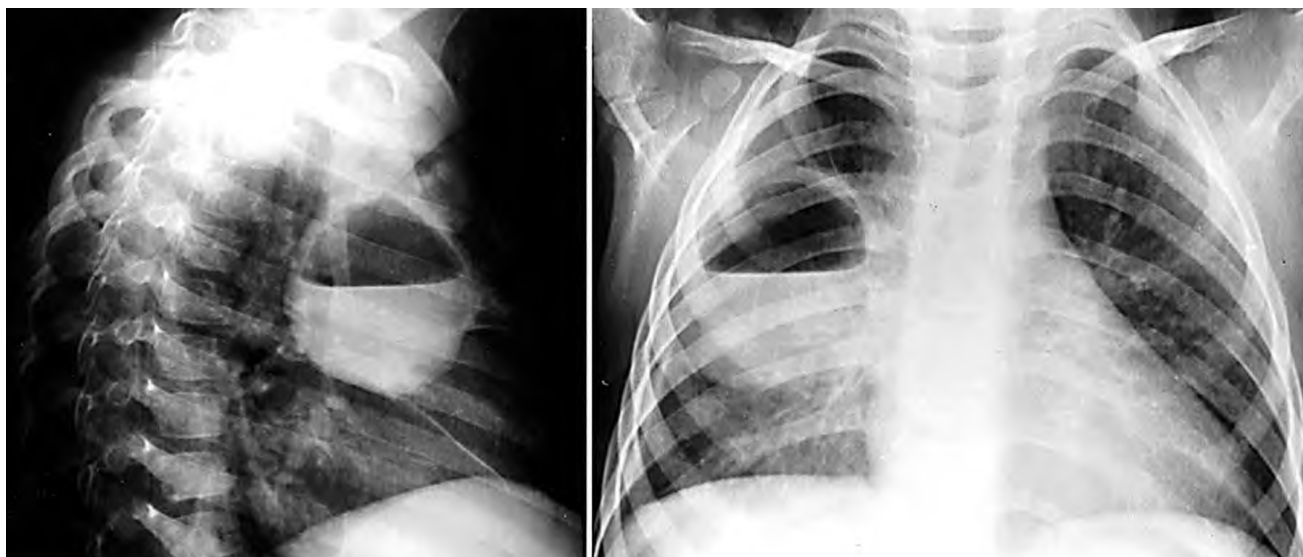
Пальпация – усиление голосового дрожания

Перкуссия – тимпанический звук.

Аускультация – дыхание бронхиальное, может быть амфорическое при соединении полости с бронхом через узкую щель. Если в полости сохраняется большое количество секрета, то выслушиваются круно- или среднепузырчатые хрипы.

При рентгенологическом исследовании округлая тень с четкими краями и горизонтальным уровнем.





ОАК – лейкоцитоз и увеличенная СОЭ, но с тенденцией к снижению.

В диагностике также уделяют внимание исследованию мокроты:

ОАМ – значительное количество лейкоцитов и эластические волокна.

БАМ – выявление возбудителя.

Особенности ухода и лечение. Лечение обычно проводится в условиях стационара. Нетяжело протекающие пневмонии можно лечить амбулаторно.

Медицинская сестра тщательно и точно выполняет назначения врача (ведет контроль приема медикаментов, переносимости лекарственных средств, своевременно выявляет симптомы побочных эффектов); следит за количеством и характером мокроты; осуществляет контроль АД, ЧДД, пульса; выполняет санитарно-противоэпидемический режим (влажная уборка, кварцевание, проветривание палат, обеспечение пациентов индивидуальной плевательницей, ее дезинфекция); осуществляет уход за кожей, слизистыми, проводит контроль за своевременной сменой нательного и постельного белья, соблюдением правил гигиены при физиологических отправлениях; осуществляет постановку горчичников, банок, согревающих компрессов; проводит кислородотерапию, при отсутствии инструктора - ЛФК. Также она проводит: обучение пациентов кашлевой культуре, дренажным положениям и упражнениям, правилам приема лекарств; проводит беседы: о значении дыхательной гимнастики; о характере питания при пневмонии, о мерах по предупреждению осложнений пневмонии, о вреде курения.

Режим на время лихорадки назначается постельный, питание ОВД. Питание должно состоять из легкоусваивающихся продуктов богатых витаминами и белками, полезны куриные бульоны. В первый период лихорадки необходимо больного уложить, тепло укрыть, согреть грелками, дать обильное горячее питье (около 2,5-3 литров жидкости в день: фруктовые соки, витаминные настои), следить за частотой и ритмом пульса, дыхания, АД, физиологическими отправлениями. Во втором периоде лихорадки необходимо

установить индивидуальный пост, постоянно проводить наблюдение за больным. Следует проводить умеренную гипотермию: положить холодный компресс на голову, пузырь со льдом на крупные сосуды, увеличить питьевой режим (клюквенный морс, соки, минеральная вода). Кормить в это время нужно полужидкой пищей 6-7 раз в день, иногда ночью, по 50-60 мл на прием. Усилить уход за полостью рта, так как на губах часто появляются трещины. Физиологические отправления лихорадящий больной совершает в постели, необходимо своевременно подать судно, мочеприемник. После акта дефекации нужно подмыть больного. Если больной в течение 6-8 ч не мочится, сообщить об этом врачу. Также нужно осуществлять контроль за сердечно-сосудистой деятельностью (измерять АД, подсчитывать частоту пульса, ритм, наполнение и напряжение) и вести наблюдение за частотой и ритмом дыхания. При нарушении их деятельности немедленно вызвать врача. Такой щадящий режим - одно из условий успешного лечения и предупреждения осложнений.

Критическое падение температуры тела (3-й период лихорадки) при лечении антибиотиками происходит очень редко, но тяжело переносится больными. Развивается обильное потоотделение, которое может сопровождаться развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности. Конечности становятся холодными, кожа покрывается холодным потом, появляется цианоз губ, одышка, пульс учащается, становится нитевидным. АД может значительно снизиться. В таком случае нужно: срочно вызвать врача, уложить больного горизонтально (убрать подушку), ножной конец кровати поднять на 30-40 см, обложить больного грелками, напоить горячим крепким чаем, сменить белье. Медикаментозную терапию проводить по назначению врача.

Чаще температура снижается в течение 1-2 суток (литически), что нужно учитывать при наблюдении за больными. Сразу после снижения температуры тела до субфебрильной можно расширить режим. Рекомендуются обильное питье, до 2 л жидкости в день (при отсутствии недостаточности кровообращения). При плохом аппетите дают крепкие бульоны, фрукты, фруктовые соки, кисломолочные продукты. Необходимо следить за полостью рта, который надо полоскать после каждого приема пищи.

У тяжелых больных следует протирать десны, слизистые оболочки неба, щеки, язык слабыми растворами перманганата калия, соды или перекиси водорода, герпетические высыпания в углах рта и на носу смазывать. Надо следить за физиологическими отправлениями и проводить после них гигиенические мероприятия. Функция кишечника регулируется пищевым рационом. При задержке стула показаны: чернослив, отварная свекла натощак, кефир, простокваша, черный хлеб. При отсутствии эффекта назначаются слабительные средства, очистительные и масляные клизмы. Пациента надо

научить культуре кашля, обеспечить индивидуальной плевательницей, своевременно проводить ее дезинфекцию. Помещение, в котором находится больной, должно систематически (не реже 2 раз в день) проветриваться в течение не менее 30 мин, необходимо проводить влажную уборку с дезинфицирующим раствором, кварцевание.

Антимикробная терапия лежит в основе лечения пневмонии и проводится строго по назначению врача.

Сразу назначаются антибиотики из различных групп, как в виде монотерапии, так и в комбинации. Наиболее часто используются следующие группы антибиотиков:

Группа пенициллинов:

ампициллин по 0,5 г 4 раза в сутки в/м или в/в; амоксициллин по 0,25-0,5 г 3 раза в сутки внутрь; бензилпенициллин по 2 млн Ед 4-6 раз в сутки и др;

Группа цефалоспоринов:

цефуроксим по 0,75-1,5 г 3 раза в сутки в/м или в/в; цефатоксим по 1-2 г 1 раз в сутки;

Группа макролидов:

Кларитромицин по 0,5 г 2 раза в сутки внутрь или в/м,

Эритромицин по 0,5 г 4 раза в сутки внутрь или в/м;

Тетрациклины:

Доксициклин по 0,1 г 2 раза в сутки внутрь или в/м,

Респираторные фторхинолоны:

Левифлоксацин 0,5 г 1 раз в сутки внутрь или в/м,

Моксифлоксацин 0,4 г 1 раз в сутки внутрь или в/м;

Применяются антибактериальные средства до исчезновения интоксикации, нормализации t тела (не менее 3-4 дней нормальной t), физикальных данных в легких, разрешения пневмонии по данным рентгенологического исследования. Обычно курс составляет 7-10 дней.

Также назначаются сульфаниламиды (сульфален, сульфадиметоксин, хиноксидин), эубиотики (бисольвин, бисептол), нитрофурановые препараты (фуразолидон, фурадонин) с адекватной состоянию пациентов кратностью приема и в соответствующих дозах. Особые трудности вызывает лечение атипичной пневмонии (внутриклеточная инфекция), так как требуется создание высокой концентрации антибиотика как в очаге поражения, так и в крови.

Для уменьшения интоксикации и улучшения микроциркуляции назначаются плазмозамещающие растворы (полиглюкин, реополиглюкин), гидролизаты белков (гидролизин, аминокепид, желатиноль), которые вводятся в/в капельно медленно (20 кап. в 1 мин) по 200-400 мл в сутки. Повторное вливание допустимо не ранее чем через 12 ч. Также в/в капельное вливание

изотонического р-ра натрия хлорида, 5% р-ра глюкозы.

С целью ликвидации воспалительного отека применяются: ацетилсалициловая кислота (по 0,5 г 2-3 раза в день), индометацин (ортофен, напроксен по 1 табл. (0,025 г) 2-3 раза в день). Эти препараты обычно назначаются после окончания антибактериальной терапии с целью лучшего рассасывания инфильтрации легочной ткани.

Для снятия бронхоспазма используется эуфиллин внутрь в таблетках (по 0,15 г 3 раза в день), внутривенно (по 10 мл 2,4 % раствора в 200-300 мл физиологического раствора или в 5 % растворе глюкозы капельно, медленно), реже в свечах. В случаях выраженного бронхоспазма эффективны беротек, вентолин, беродуал и др., которые принимаются в ингаляциях по 2 вдоха на прием.

Для улучшения дренажной функции легких применяются бронхолитики и секретолитики, а при сильном непродуктивном кашле - противокашлевые средства (либексин по 0,1-0,2г 3-4р в сутки, тусупрекс по 0,01-0,02г 3р в сутки). Для очищения бронхов используют дезоксирибонуклеазу (вводится ингаляционно по 3 мл 0,2 % раствора 1 раз в день в течение 2-5 дней), ретинола ацетат (по 1 драже или таблетке 1 раз/сут.).

При высокой t тела назначаются жаропонижающие ср-ва: парацетамол по 0,5г 2-3р в сутки, аспирин по 0,5г 2-3р в сутки, вольтарен по 0,025г 2-3р в день.

При выраженной интоксикации и бронхиальной обструкции применяются глюкокортикоидные препараты: гидрокортизон в дозе 125-250 мг, преднизолон по 30 мг/сут. в течение короткого периода (5-7 дней).

При недостаточности кровообращения назначают сердечно-сосудистые средства (сердечные гликозиды, антагонисты кальция, бета-блокаторы, ИАПФ).

При плевральных болях применяется анальгин. Наркотические анальгетики, угнетающие дыхательный центр (омнопон, эмедол, морфин), не применяются.

Периодически проводится ингаляция кислорода.

Для восстановления неспецифической резистентности организма показаны витамины С, Е, группы В.

После нормализации t тела при отсутствии осложнений проводят физиотерапию, в которую включаются: ингаляционная терапия, индуктотермия, электрофорез лекарственных средств, микроволновая СВЧ, иглорефлексотерапия и др.

Хороший эффект (отхождение мокроты и рассасывание воспаления) дает массаж грудной клетки.

При острых психозах, связанных с интоксикацией и гипоксией, пациент беспокоен, тревожен, возбужден. Могут быть зрительные и слуховые

галлюцинации устрашающего характера. В таких случаях требуется тщательное наблюдение за больным, необходима срочная консультация психиатра. При развитии выраженной острой дыхательной недостаточности необходим осмотр реаниматолога и перевод в реанимационное отделение для интенсивной терапии и возможного перевода на искусственную вентиляцию легких.

Реабилитация. Основной задачей реабилитации является возможно более раннее и полное восстановление функции органов дыхания, повышение адаптации к физическим нагрузкам. Проводится в зависимости от тяжести течения заболевания, распространенности воспалительного процесса, характера течения и сопутствующих заболеваний. Она начинается после купирования симптомов интоксикации. Больные пневмонией в остром периоде, как правило, лежат на больном боку. При проведении ЛФК начинают с поиска оптимального положения больного для уменьшения боли и профилактики спаечного процесса. Необходимо рекомендовать пациенту лежать на здоровом боку с валиком под грудной клеткой 3-4 ч в день, что улучшит вентиляцию в больном легком и предупредит образование плевральных спаек в реберно-диафрагмальном углу. Положение лежа на животе с разгрузкой больной стороны уменьшает образование спаек между диафрагмальной плеврой и задней стенкой грудной клетки. В период выздоровления применяются дозированные физические нагрузки, направленные на компенсацию нарушенных функций бронхолегочной системы и дыхательной недостаточности. Эти цели достигаются с помощью лечения положением, применения статических, динамических и специальных дыхательных упражнений, общеукрепляющих физических упражнений, ЛФК, спортивно-прикладных упражнений, расширяющих двигательную активность (ходьба, игры, занятия на тренажерах).

При улучшении общего состояния и снижения температуры до нормальной или субфебрильной медицинская сестра по назначению врача проводит статические дыхательные упражнения для усиления вдоха и выдоха. Необходимо научить пациента правильно дышать. Глубокий вдох делать носом, а медленный выдох - ртом, слегка надавливая руками на грудную клетку и верхнюю часть живота для усиления выдоха. На вдохе надо расправлять грудную клетку, включая плечевой пояс. Такие упражнения надо делать несколько раз в день. По мере улучшения общего состояния включаются упражнения для конечностей и туловища.

При переходе на полупостельный режим отдельные упражнения выполняются в исходном положении сидя и стоя, при свободном режиме показана дозированная ходьба.

Профилактика. *Первичная:* закаливание организма, предупреждение простудных заболеваний, исключение вредных привычек, рациональное

питание, двигательная активность. *Вторичная* (диспансеризация): наблюдение за реконвалесцентами после пневмонии с острым течением проводится после выписки 3 раза в течение 6 мес. (через 1, 3 и 6 мес.) по второй группе учета (практически здоровые). Обследование включает клинический анализ крови, флюорографию, спирографию, анализ мокроты (общий, через 1 и 6 мес), биохимическое исследование крови. Всем пациентам медсестра дает направления на консультацию к ЛОР-врачу и стоматологу. Пациентов на консультацию к пульмонологу направляет только врач. При отсутствии патологических изменений пациент переводится в первую группу учета, при наличии отклонений от нормы он остается во второй группе наблюдения еще 6 мес. для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий. Больные, перенесшие пневмонию, направляются в санатории с сухим и теплым климатом (Ялта, Гурзуф), курорты Северного Кавказа с горным климатом.

Обучение.

Самостоятельность пациента должна быть ограничена рамками индивидуального лечебного плана, разработанного совместно с лечащим врачом.

1. Пациент должен знать, что пневмония - серьезное заболевание, для излечения которого требуются усилия не только медперсонала, но и пациента, помощь семьи. Это - заболевание, требующее активного комплексного лечения.

2. Необходимо соблюдать щадящий режим, большую часть времени проводить в постели.

3. Питание дробное, до 4-6 раз в день, с достаточным содержанием витаминов. Набор продуктов - привычный.

4. Клиническое выздоровление опережает анатомическое и функциональное восстановление. Удовлетворительное состояние - еще не выздоровление, не сигнал к прекращению лечения. Лечение продолжается до нормализации клинико-лабораторных и рентгенологических показателей.

5. Необходимо повысить двигательную активность (ходьба, игры, занятия на тренажерах).

Туберкулез легких – это инфекционная патология, вызываемая бациллой Коха (микобактерия туберкулеза (МБТ)), характеризующаяся различными в клинико-морфологическом отношении вариантами поражения легочной ткани.

Факторы риска

Однако попадание МБТ в организм не всегда приводит к заболеванию. Факторами, на фоне которых туберкулез легких развивается особенно часто, считаются:

- неблагоприятные социально-бытовые условия
- курение и другие химические зависимости
- недостаточное питание

- иммуносупрессия (ВИЧ-инфекция, прием глюкокортикоидов, состояние после трансплантации органов)

- силикоз
- сахарный диабет
- ХПН
- онкологические заболевания и др.

В группе риска по развитию туберкулеза легких находятся мигранты, заключенные, лица, страдающие наркотической и алкогольной зависимостью. Также имеет значение вирулентность инфекции и длительность контакта с больным человеком.

Патогенез

При снижении местных и общих факторов защиты микобактерии беспрепятственно проникают в бронхиолы, а затем в альвеолы, вызывая специфическое воспаление в виде отдельных или множественных туберкулезных бугорков (tuberkulum). В дальнейшем инфильтраты могут



подвергаться распаду, и в центре бугорка наблюдается омертвление ткани (некроз, казеозный или творожистый, распад). Слияние отдельных бугорков приводит к образованию крупных очагов. Следствием некротических изменений легочной ткани является образование полостей – каверн. В случае выздоровления на месте бугорка развивается фиброз (рубцевание) или откладываются кальциевые соли (обызвествление или пертификация т.е. окаменение).

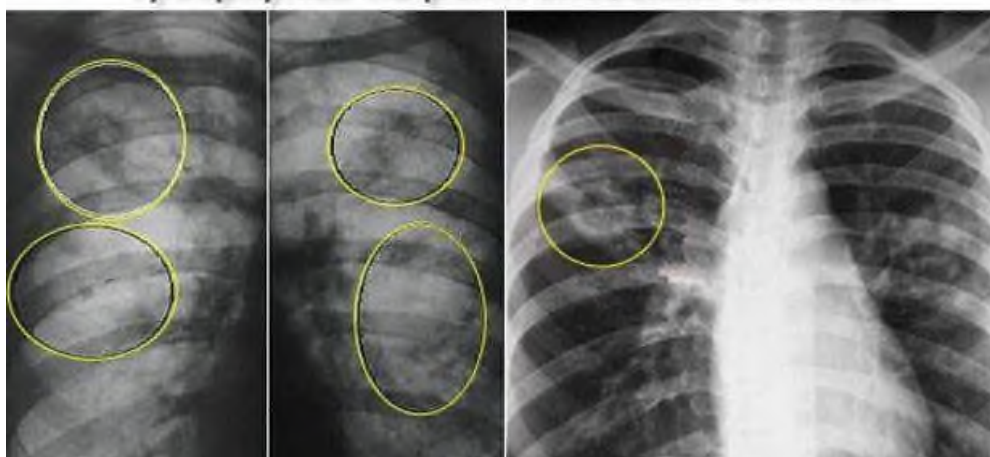
Клиника.

Наиболее типичны для туберкулеза легких респираторные нарушения (кашель, кровохарканье, одышка) и симптомы интоксикации (выраженная слабость, длительный субфебрилитет, потливость (ночные поты)).

В диагностике ведущими являются:

1. Рентгенологические методы (флюорография, рентгенография ОГК, КТ)

Туберкулез на рентгеновских снимках



2. Лабораторные исследования (мокрота на БК)

3. Туберкулинодиагностика (проба Манту, Диаскинтест)



Особенности ухода и лечение.

Лечение туберкулеза должно быть комплексным, т.е. включающим специфическую и неспецифическую терапию (консервативное лечение), а также хирургическое вмешательство.

К специфической терапии относится назначение антибактериальных препаратов, которое должно продолжаться до полного выздоровления больного.

К наиболее эффективным относят *изониазид* и *рифампицин*.

Промежуточную по эффективности группу составляют *стрептомицин*, *пиразинамид*, *этамбутол*, *канамицин*, *этионамид* и др.

Наименее эффективны *ПАСК* и *тиоацетазон*.

Через 3 и 6 месяцев проводят контрольное рентгенологическое исследование, после которого корректируют как сочетание препаратов, так и способы их введения.

При выборе сочетания антибактериальных препаратов обязательно учитывают чувствительность к ним микобактерий, по данным бактериологического исследования. Лечение проводится в специализированном стационаре в течение 8-12 месяцев.

Критериями выздоровления являются стойкое отсутствие выделения микобактерий туберкулеза и рентгенологических признаков активного туберкулеза и каверны, признаков туберкулезной интоксикации; нормализации функций организма; восстановление трудоспособности больного.

Лечение больных хроническими формами туберкулеза предполагает решение вопроса о возможности хирургического вмешательства. Подготовка больного к операции продолжается от 1 до 4 месяцев антибактериальными препаратами

К неспецифической терапии относятся соблюдение гигиенического режима и режима усиленного питания, применение симптоматической и стимулирующей терапии. Неспецифические методы лечения широко применяются в санаториях.

Санаторно-курортное лечение является обязательной составной частью

лечения больного. Все санатории для лечения больных туберкулезом делятся на местные и климатические. В местных санаториях больные соблюдают режим и получают антибактериальную терапию. Климатические курорты расположены в высокогорье, в приморских районах Южного берега Крыма, в степной полосе Сибири и др. в этих санаториях широко используются воздействие солнца, моря и других лечебных факторов. Продолжительность пребывания больных в санатории 1-3 месяца.

Прогноз. Благодаря проведению специфической терапии значительно повысился процент излечения больных первичным комплексом. При хронических формах вторичного туберкулеза, несмотря на проведение всего комплекса лечебных мероприятий, прогноз менее благоприятен.

Профилактика.

В профилактике туберкулеза различают социальную, санитарную и специфическую.

Социальная профилактика включает общегосударственные мероприятия, направленные на повышение жизненного уровня трудящихся, улучшение условий труда и быта.

Санитарная профилактика включает оздоровление очагов туберкулезной инфекции, санитарный и ветеринарный надзор, проведение санитарно-просветительной работы, а также раннее выявление и излечение впервые заболевших туберкулезом. Такая профилактика проводится в очаге туберкулезной инфекции.

Специфическая профилактика включает вакцинацию, ревакцинацию и химиопрофилактику.

Вакцинацию проводят всем новорожденным педиатры на 5-й, 7-й, 9-й день после рождения. Первая ревакцинация проводится (при отрицательной реакции Манту) детям 7 лет, а последующие при том же условии – через 5-7 лет.

Химиопрофилактика рекомендуется детям и подросткам, которые находятся в контакте с больным туберкулезом и излеченным от туберкулеза для предупреждения рецидива. Для химиопрофилактики применяют изониазид по 0,3 г 2 раза в сутки в течение 3 месяцев дважды в год (1-3 года).

Диспансеризация. Ее выполняют противотуберкулезные диспансеры и кабинеты.

Основными задачами являются организация раннего выявления, взятия на учет и лечение больных туберкулезом.

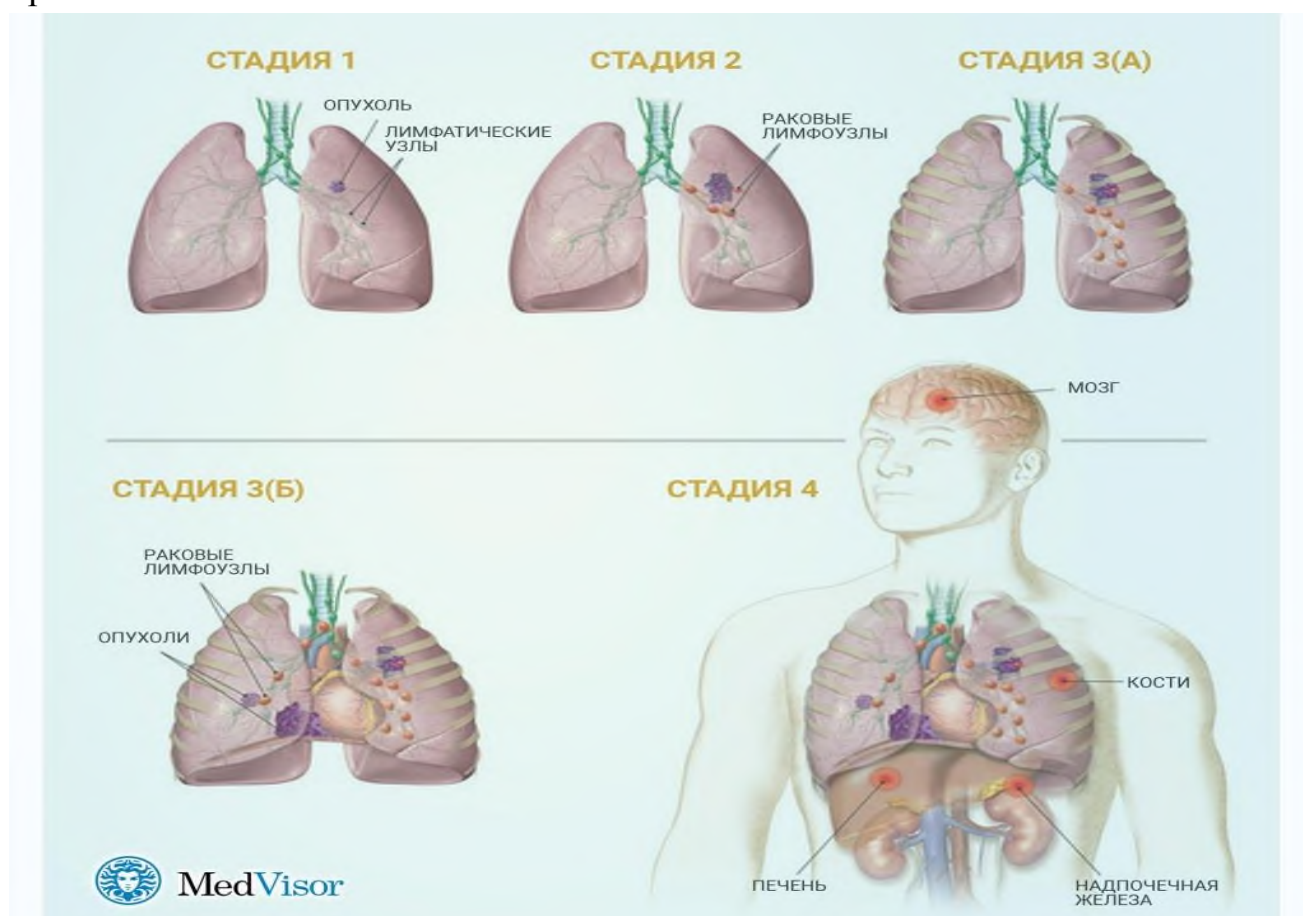
Обследованию с целью выявления туберкулеза подлежат допризывники, работники общественного транспорта, пищевой промышленности, службы быта и пр. введенное в стране ежегодное флюорографическое обследование также служит раннему выявлению туберкулеза.

Рак легкого - злокачественная опухоль из эпителия слизистой оболочки бронхов или эпителия легочных альвеол. Это одно из наиболее распространенных злокачественных заболеваний и занимает второе место в мире по частоте у мужчин после рака желудка и третье место у женщин после рака матки.

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

Раковая опухоль, локализуемая в легком, подразделяется на первичную (рак легкого) и вторичную (метастатическую), которая развивается в результате заноса в легкое раковых клеток из других органов, первично пораженных раком (преимущественно из желудка).

Рак легкого разделяют на центральный и периферический. Центральный рак исходит из эпителия главного, долевого или сегментарного бронха и обычно локализуется внутри его. Периферический рак растет из эпителия мелких бронхов или легочных альвеол.



Клиника. Характерные симптомы интоксикации: слабость, повышенная утомляемость, повышение температуры тела, похудание, что связано с

воздействием на организм продуктов жизнедеятельности самой опухоли. Начинает беспокоить кашель сухой или с небольшим количеством мокроты, иногда с прожилками крови. Появляются слабость, потливость, плохой аппетит, периодическое повышение температуры тела. Боли в грудной клетке обычно появляются в ночное время и связаны с поражением плевры или ателектазом.

Большое значение для ранней диагностики рака легкого имеет рентгенологический метод исследования. Прямым рентгенологическим признаком рака легкого является обнаружение самой опухоли. Чаще всего это бывает тень в прикорневой зоне, реже в периферических участках легочной ткани или опухоль при бронхоскопии (обязательно с биопсией). В крови может отмечаться лейкоцитоз, ускорение СОЭ. В мокроте, промывных водах желудка, бронхиальном секрете, плевральном экссудате определяются атипичные клетки (цитологическое исследование – назначается одним из первых). Для уточнения диагноза также проводятся бронхография, послойная томография, компьютерная томография, пневмомедиастинография и ангиопульмография.



Бронхоскопия. Центральная опухоль в бронхе



Особенности ухода и лечение. Независимые сестринские вмешательства при раке легкого включают: обеспечение санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка, кварцевание, проветривание палат, обеспечение пациентов индивидуальной плевательницей, ее дезинфекция); уход за кожей, слизистыми, своевременная смена нательного и постельного белья; соблюдение

правил гигиены при физиологических отправлениях; оказание доврачебной помощи при кровохарканье и легочном кровотечении; контроль общего состояния, частоты пульса, ЧДЦ, АД, массы тела, величины суточного диуреза. Взаимозависимые и зависимые вмешательства: своевременное и правильное выполнение назначений врача; подготовка больного и забор биологического материала на лабораторные и инструментальные исследования; оказание помощи врачу при проведении врачебных манипуляций. Медсестра обучает больных и их родственников уходу (самоуходу) с целью профилактики пролежней, правилам приема лекарственных препаратов, правилам контроля ЧДЦ, пульса.

Лечение осуществляется хирургическим путем, комбинированным способом (хирургическим в сочетании с лучевой терапией и химиотерапевтическими препаратами). Выбор лечебной тактики зависит от стадии заболевания, гистологического строения опухоли.

Радикальное лечение, направленное на ликвидацию опухоли и метастазов, возможно при 1, 2 и даже 3-й стадиях болезни. А также ведущими методами лечения являются химиотерапевтический и лучевой. Существует методика предоперационной лучевой терапии, которая предупреждает и уменьшает метастазирование во время операции и в послеоперационном периоде.

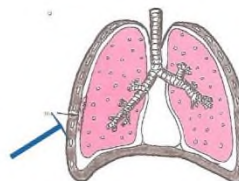
Паллиативное лечение (обезболивающие, седативные, нейролептики и др. препараты) проводится с целью улучшения качества жизни пациента и ослабления тягостных симптомов болезни. Уход за больным в неоперабельной стадии является главным, он предусматривает максимальное облегчение страданий больного, обеспечение его потребностей.

Профилактика. *Первичная:* борьба с курением, другими вредными привычками, экологическим загрязнением воздуха, проведение санитарно-гигиенических мероприятий на производстве с целью уменьшения запыленности рабочих мест, загазованности помещений, профессиональных вредностей. Формирование навыков здорового образа жизни. *Вторичная:* своевременное выявление и лечение начальных стадий заболевания. Больные раком легкого подлежат диспансерному наблюдению в онкологическом диспансере. Частота осмотров и профилактическое лечение проводятся по назначению врача-онколога.

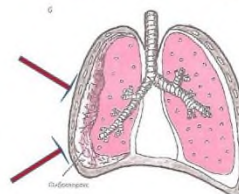
Плеврит - воспалительного процесса в плевральной полости.

Развитию плеврита способствуют другие острые и хронические инфекционные и неинфекционные (опухолевые) заболевания.

• Плеврит сухой



• Плеврит экссудативный



Плевральный выпот



Плевриты не являются самостоятельным заболеванием. Различают сухой и экссудативный (с образованием жидкости в плевральной полости).

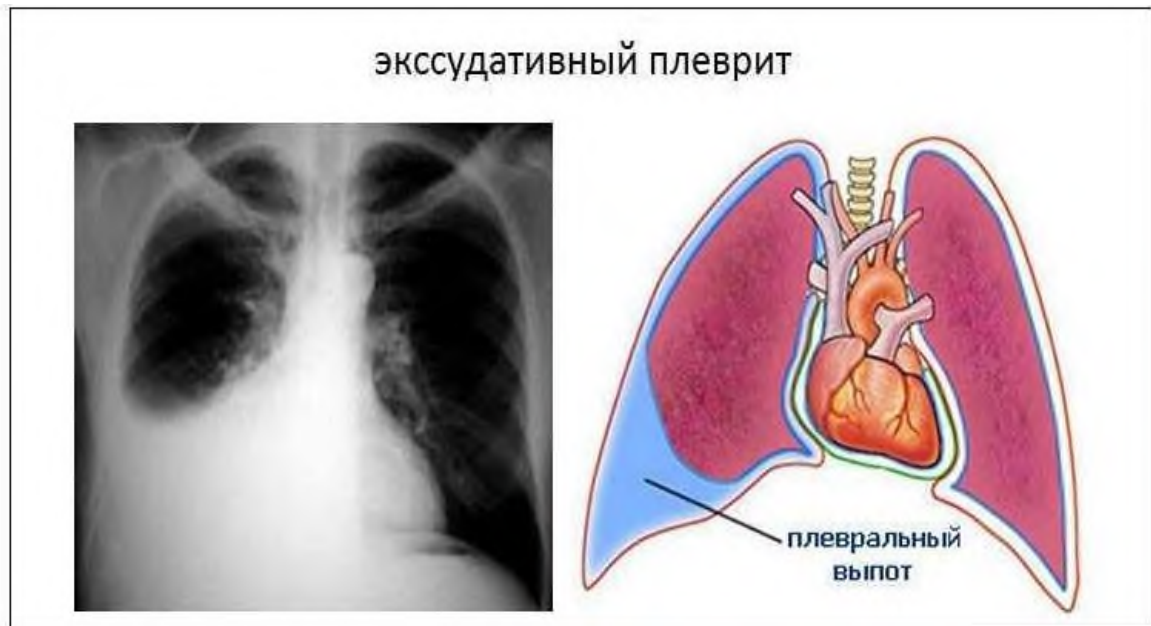
По характеру плевральный выпот может быть: серознофибринозным, геморрагическим, гнойным, хилезным и

смешанным.

Плевральный выпот различается и по размещению.

Заболевание начинается постепенно либо остро, с высокой температуры, сильными колющими болями в грудной клетке, усиливающимися при глубоком вдохе или сгибании в здоровую сторону и при кашле. Кашель сухой мучительный. Пациент демонстрирует вынужденное положение на больном боку, имеется одышка, цианоз, отставание больной стороны грудной клетки при дыхании.

При накоплении жидкости пациенты ощущают чувство тяжести с пораженной стороны.



Если жидкости много, то наблюдается смещение органов средостения в здоровую сторону и появляется выраженная одышка.

Пальпация – в зоне поджатого легкого (компрессионный ателектаз) усиление голосового дрожания и бронхофония.

Перкуссия – притупление, но тимпанический звук.

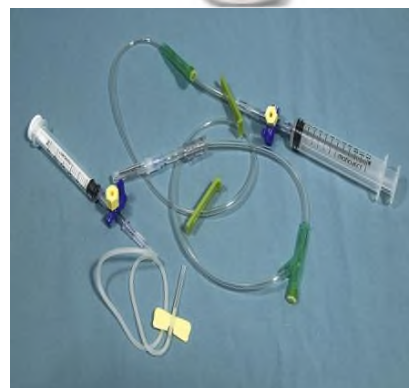
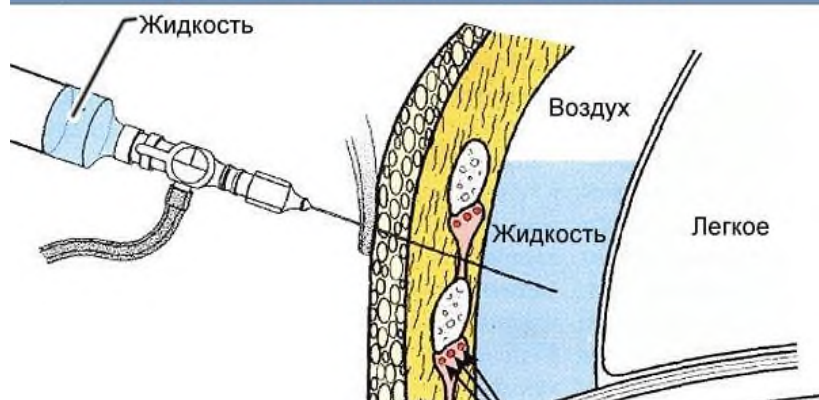
Аускультация – бронхиальное дыхание, в зоне гидроторакса (жидкость в плевральной полости) дыхание не определяется.

На рентгенограмме – затемнение с косой границей.

Важное диагностическое и лечебное значение имеет плевральная пункция (торакоцентез).



Торакоцентез - пункция плевры легкого

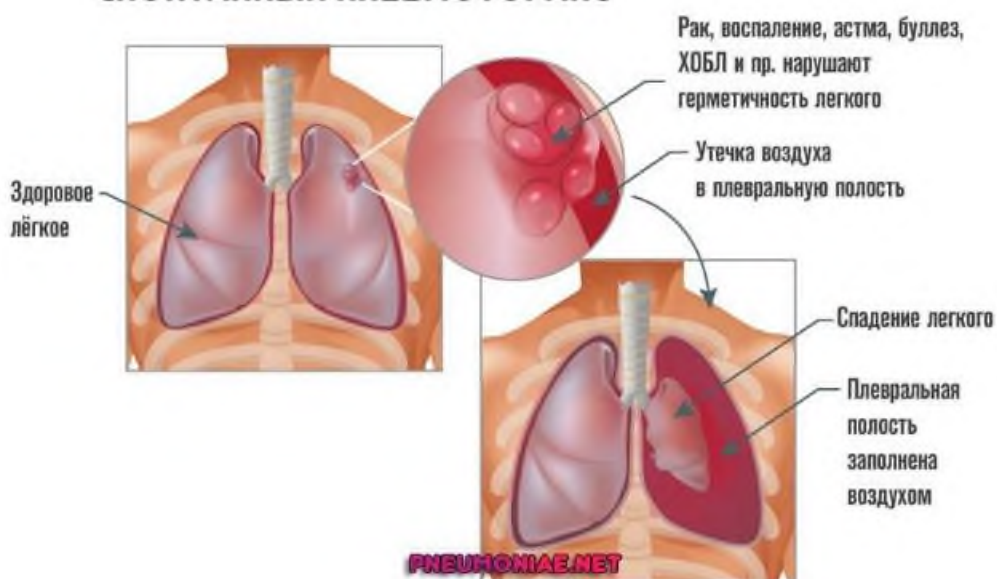


При получении пункциата определяют содержание в нем белка, плотность и характер экссудата.

Удаляют не более 500-1500 мл одновременно, во избежание быстрого смещения органов средостения в нормальное положение, что может привести к острой сосудистой недостаточности (коллапс).

Спонтанный пневмоторакс - внезапное поступление воздуха из легкого в плевральную полость, что приводит к повышению в ней давления и спадению легкого. Характеризуется *появлением внезапных болей на стороне поражения легкого и нарастающей одышкой.*

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС



Симптомы *чаще появляются при натуживании или кашле.*

При осмотре отмечается бледность кожных покровов, цианоз, **выбухание межреберных промежутков** и отставание половины грудной клетки на стороне поражения в акте дыхания.

При перкуссии на стороне поражения определяется **коробочный звук** иногда тимпанит; при аускультации дыхание ослаблено или не проводится.

Отмечаются тахикардия, снижение АД.

Диагноз подтверждается рентгенологически.



Лечение и уход при заболеваниях органов дыхания.

В лечении различают этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины), патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания) и симптоматическое (только устраняет симптомы заболевания на короткое время).

Этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины):

- 1. Антибактериальные препараты:** антибиотики различных групп с учетом чувствительности возбудителя;
- 2. Сульфаниламиды** (противомикробные средства);
- 3. Противовирусные средства** (при вирусной этиологии).

Патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания):

- 1. Противовоспалительные препараты** (НПВС и СПВ, ГКС);
- 2. Дезинтоксикационные средства** (направленных на очистку организма от вредных веществ, токсинов и шлаков. Этот процесс включает в себя использование специальных препаратов, растворов и методов);
- 3. Бронхолитические и отхаркивающие** (при бронхообструкции);
- 4. Тромболитические и антиагреганты** (профилактика тромбозов и эмболий);
- 5. Репаранты и иммунокорректирующие средства** (восстановление организма и поврежденных тканей);
- 6. Витаминотерапия** (повышение защитных сил организма);
- 7. Антигистаминные** (при наличии аллергического компонента).

Симптоматическое (устранение симптомов и облегчение состояния)

- 1. Жаропонижающие** (при высокой температуре);
- 2. Обезболивающие** (НПВС и анальгетики);
- 3. Противокашлевые** (при сухом кашле);
- 4. Муколитики** (при наличии кашля с мокротой);

5. Пробиотики (устраняют осложнения от лечения антибиотиков, восстанавливая кишечную микрофлору);

6. Гипертоники (при наличии падения АД);

7. Оксигенотерапия (для устранения гипоксии).

Для каждого заболевания и пациента индивидуальный подход в лечении, но основа всегда заключается в понимании этиологии, патогенеза, клинической картины и возможного развития осложнений.

Для составления плана сестринских вмешательств используйте методическое пособие «Методы исследования при заболеваниях терапевтического профиля в сестринской практике».

Пример плана сестринских вмешательств

Цель: устранить одышку, кашель сухой и выделение мокроты, кровохарканье, боль в грудной клетке и повышение температуры

Сестринские вмешательства

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим (в соответствии с состоянием: постельный, полупостельный и т.д) с исключением переохлаждений, физических нагрузок и т.д.	Для эффективного лечения и профилактики осложнений.
2. Организация лечебного питания (в зависимости от заболевания (ОВД, ВБД). - с достаточным потреблением жидкости до 2-2,5 литров, - витаминизированное (чай лимоном – вит С и т.д); - теплое щелочное питье (подогретая минеральная вода, молоко с содой)	Для эффективного лечения: дезинтоксикация; для повышения защитных сил организма; для разжижения и лучшего отхождения мокроты.
3. Организация диагностических методов с выпиской направлений: ОАК утром натошак из пальца (в клиническую лабораторию); БАК утром натошак из вены (в биохимическую лабораторию) ОА мокроты - утром собрать мокроту: предварительно не чистить зубы, прополоскать рот, сделать 2-3 глубоких вдоха и откашлять в сухую	Для качественной и своевременной диагностики

<p>чистую плевательницу с крышкой не касаясь краев (в клиническую лабораторию)</p> <p>КТ органов грудной клетки (в рентген кабинет)</p> <p>Бронхоскопия – строго натощак. Последний прием пищи должен быть не позднее 8–10 часов до начала исследования. Также нельзя пить и курить. Нельзя пить алкоголь, энергетики, крепкий кофе.</p> <p>До окончания процедуры не стоит принимать антикоагулянты.</p> <p>Процедура неприятна даже при использовании гибкого эндоскопа.</p> <p>Поэтому проходит под общей анестезией или требуется премедикация (п/к 0,5-1 мг атропина и 10-20 мг промедола, 25-50 мг пипольфена в/м за 45 мин до исследования или в/венно перед процедурой)</p>	<p>Отказ от еды позволяет избежать возможной аспирации содержимого желудка в дыхательные пути и предотвратить развитие осложнений, в частности, аспирационной пневмонии.</p> <p>Профилактика легочного кровотечения</p> <p>Общее обезболивание и профилактика бронхоспазма.</p>
<p>4.Организация ухода (в зависимости от проблем пациента):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обеспечить удобное положение в постели (на больной стороне), физический и психический покой - Обеспечить индивидуальной плевательницей - Объяснить преимущества поверхностного дыхания и ограничения физической активности 	<p>Для ограничения подвижности плевры и уменьшения боли</p> <p>Для предупреждения внутрибольничной инфекции</p> <p>Для уменьшения болей из-за ограничения подвижности плевральных листков</p>
<p>5.Проводить обучение пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> - приемам самовнушения и релаксации (<i>привести пример</i>) в течение недели ежедневно по 15 мин - самоконтролю за течением бронхиальной астмы (проведение пикфлоуметрии и ведение дневника) - применению карманного ингалятора 	<p>Для успокоения больного и адаптации к его состоянию</p> <p>С целью профилактики осложнений</p> <p>Для качественного оказания самопомощи и эффективного лечения</p>
<p>7.Обеспечить прием обезболивающих средств по назначению врача</p>	<p>Для купирования болевого синдрома</p>

8. Следить за цветом кожных покровов, температурой, пульсом, ЧДД, АД	Для контроля состояния и своевременной диагностики развития осложнений
9. Своевременно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного	Для предупреждения осложнений
10. Соблюдать этические и деонтологические правила при общении с пациентом и его родственниками	Для психоэмоциональной разгрузки больного и родственников


Если заболевание сопровождается развитием осложнений в виде неотложных состояний, в плане сестринских вмешательств на первом месте указывается применение алгоритма неотложной помощи! (См. методические рекомендации «Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях»)

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите заболевания, относящиеся к патологии трахеобронхиального дерева.
2. Дать определение понятию «бронхит» с указанием этиологии и патогенеза.
3. Дать определение понятию «бронхиальная астма» с указанием этиологии и патогенеза.
4. Дать определение понятию «ХОБЛ» с указанием этиологии и патогенеза.
5. Дать определение понятию «бронхоэктатическая болезнь» с указанием этиологии и патогенеза.
6. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
7. Перечислите заболевания, относящиеся к патологии легочной ткани.
8. Дать определение понятию «пневмония» с указанием этиологии и патогенеза.
9. Дать определение понятию «абсцесс легкого» с указанием этиологии и патогенеза.
10. Дать определение понятию «туберкулез» с указанием этиологии и патогенеза.
11. Дать определение понятию «рак легкого» с указанием этиологии и патогенеза.
12. Дать определение понятию «ателектаз» с указанием этиологии и патогенеза.
13. Дать определение понятию «пневмосклероз» с указанием этиологии и патогенеза.
14. Дать определение понятию «эмфизема» с указанием этиологии и патогенеза.
15. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
16. Перечислите заболевания, относящиеся к патологии с нарушением функции плевры.
17. Дать определение понятию «плеврит» с указанием этиологии и патогенеза.
18. Дать определение понятию «пневмоторакс» с указанием этиологии и патогенеза.
19. Перечислить лабораторные методы исследования, используемые для диагностики заболеваний органов дыхания.
20. Перечислить инструментальные (функциональные, рентгенологические, эндоскопические) методы исследования, используемые для диагностики заболеваний органов дыхания.
21. Перечислить препараты для лечения заболеваний органов дыхания, соблюдая принципы лечения (этиотропное, патогенетическое и симптоматическое).

Итоговая самооценка

1. Сделайте зарисовки патогенеза заболеваний трахеобронхиального дерева в таблице. Укажите отличительные признаки проблем пациента (согласно предложенным характеристикам в графе 1.).

1. Норма	2. Бронхит	3. Приступ бронхиальной астмы	4. Бронхоэктатическая болезнь
<p style="text-align: center;">Нормальные дыхательные пути</p>  <p style="text-align: center;">Слизистая оболочка Гладкая мышца</p>			
<p>1. Дыхание (характер одышки)</p> <p>2. Кашель</p> <p>3. Мокрота (характер)</p> <p>4. Хрипы</p>	1.	1.	1.

2. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

1. Основная причина развития бронхитов
 - а) алкоголизм
 - б) курение
 - в) бактериальная и вирусная инфекция
 - г) переохлаждение

2. Основным симптомом бронхита
 - а) головная боль
 - б) слабость
 - в) лёгочное кровотечение
 - г) кашель с мокротой

3. Основным фактором риска хронического бронхита
 - а) курение
 - б) бактериальная и вирусная инфекция
 - в) переохлаждение
 - г) гиповитаминоз

4. Основным симптомом обструктивного бронхита
 - а) головная боль
 - б) недомогание
 - в) повышение температуры
 - г) одышка
5. Характер мокроты при остром бронхите
 - а) слизистая
 - б) стекловидная
 - в) "ржавая"
 - г) розовая пенная
6. Осложнение хронического бронхита
 - а) лёгочное кровотечение
 - б) острая сосудистая недостаточность
 - в) острая сердечная недостаточность
 - г) хроническая дыхательная недостаточность
7. При кашле с отделением гнойной мокроты противопоказан
 - а) бромгексин
 - б) либексин
 - в) мукалтин
 - г) грудной сбор
8. Для разжижения густой вязкой мокроты используется
 - а) йодид калия
 - б) кодеин
 - в) сальбутамол
 - г) теофиллин
9. Регулярные занятия физическими упражнениями оказывают на дыхательную систему следующее действие
 - а) улучшают периферическое кровообращение
 - б) нормализуют процессы торможения и возбуждения в коре головного мозга
 - в) укрепляют мышцы грудной клетки
 - г) нормализуют АД
10. При лечении гнойного бронхита используются
 - а) амоксициллин, бромгексин
 - б) бекотид, интал
 - в) кодеин, либексин
 - г) кофеин, кордиамин

11. К базисному лечению бронхиальной астмы относится
- а) противовоспалительная терапия*
 - б) ферментативная терапия*
 - в) элиминационная терапия*
 - г) физиотерапия*
12. Основным симптомом при бронхиальной астме
- а) инспираторная одышка*
 - б) кашель с гнойной мокротой*
 - в) кровохарканье*
 - г) приступ удушья*
13. Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы
- а) горизонтальное*
 - б) горизонтальное с приподнятыми ногами*
 - в) лежа на боку*
 - г) сидя, с упором на руки*
14. Пациент должен тщательно полоскать рот после применения ингалятора
- а) вентолина*
 - б) бекотида*
 - в) беротека*
 - г) астмопента*
15. Небольшое количество вязкой стекловидной мокроты выделяется при
- а) абсцессе легкого*
 - б) бронхиальной астме*
 - в) пневмонии*
 - г) экссудативном плеврите*
16. При приступе удушья на фоне бронхиальной астмы применяется
- а) кодеин*
 - б) либексин*
 - в) сальбутамол*
 - г) тусупрекс*
17. Для профилактики приступов удушья при бронхиальной астме используется
- а) астмопент*
 - б) беротек*
 - в) интал*
 - г) теофиллин*

18. Пикфлоуметрия – это определение

- а) дыхательного объема*
- б) жизненной емкости легких*
- в) остаточного объема*
- г) пиковой скорости выдоха*

28. Основная причина приобретенных бронхоэктазов

- а) бронхиальная астма*
- б) пневмония*
- в) хронический бронхит*
- г) сухой плеврит*

29. Заболевание, характеризующееся развитием воспаления в расширенных бронхах

- а) абсцесс легкого*
- б) бронхоэктатическая болезнь*
- в) пневмония*
- г) экссудативный плеврит*

30. Основным симптомом бронхоэктатической болезни

- а) слабость*
- б) снижение аппетита*
- в) недомогание*
- г) кашель с гнойной мокротой*

31. Пациент выделяет мокроту по утрам полным ртом при

- а) бронхиальной астме*
- б) бронхоэктатической болезни*
- в) пневмонии*
- г) экссудативном плеврите*

32. Характер мокроты при бронхоэктатической болезни





- а) гнойная*
- б) "ржавая"*
- в) розовая пеннистая*
- г) стекловидная*

33. Наиболее информативный метод диагностики бронхоэктатической болезни

- а) бронхография*
- б) рентгеноскопия*
- в) спирометрия*
- г) флюорография*

34. Пальцы в виде "барабанных палочек" и ногти в виде "часовых стекол" встречаются при
- а) хронических заболеваниях дыхательной системы*
 - б) острых заболеваниях дыхательной системы*
 - в) острых заболеваниях пищеварительной системы*
 - г) хронических заболеваниях пищеварительной системы*
35. Дренажное положение придается пациенту с целью
- а) снижения лихорадки*
 - б) уменьшения одышки*
 - в) расширения бронхов*
 - г) облегчения отхождения мокроты*
36. Осложнения бронхоэктатической болезни
- а) лихорадка*
 - б) приступ экспираторного удушья*
 - в) кашель с гнойной мокротой*
 - г) легочное кровотечение*

3. Сопоставьте характеристики заболеваний легочной ткани, обозначив стрелками

Рисунок		Название	Клиника
		Пневмония	Кашель, кровохарканье, одышка, симптомы интоксикации (выраженная слабость, длительный субфебрилитет, потливость (ночные поты))
		Туберкулез легких	Слабость не мотивированная, похудание, кашель сухой или с небольшим количеством мокроты, иногда с прожилками крови, боль в грудной клетке
		Абсцесс легкого	Высокая лихорадка, озноб, боль в грудной клетке, кашель, дыхание становится поверхностным, мокрота слизистая, вязкая, быстро приобретает «ржавый» характер
		Рак легкого	1. Постоянная или гектическая лихорадка с ознобом и обильным потоотделением, болями с пораженной стороны, кашлем сухим 2. Резкое появление большого количества мокроты («полным ртом») со зловонным запахом

Выполняя тестовые задания сохраняйте номер вопроса указанный в тесте

4. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

19. Основной возбудитель пневмонии

- а) вирус*
- б) микобактерия*
- в) пневмококк*
- г) кишечная палочка*

20. Воспаление целой доли легкого наблюдается при

- а) острым бронхите*
- б) бронхиальной астме*
- в) пневмонии*
- г) сухом плеврите*

75. Основные симптомы пневмонии

- а) слабость, головная боль, стекловидная мокрота*
- б) боль в грудной клетке, одышка, лихорадка*
- в) длительный субфебрилитет, утомляемость*
- г) отеки, повышение АД, нарушение ритма*

21. "Ржавый" характер мокроты наблюдается при

- а) острым бронхите*
- б) бронхиальной астме*
- в) пневмонии*
- г) сухом плеврите*

22. Наиболее информативный метод диагностики пневмонии

- а) анализ крови*
- б) анализ мокроты*
- в) плевральная пункция*
- г) рентгенография органов грудной клетки*

23. Этиотропное лечение пневмонии – это применение

- а) бронхолитиков*
- б) отхаркивающих*
- в) антибиотиков*
- г) жаропонижающих*

24. Осложнение пневмонии

- а) лёгочное кровотечение*
- б) лихорадка*
- в) боль в грудной клетке*
- г) острая дыхательная недостаточность*

25. При критическом снижении температуры тела может развиваться
- а) острая дыхательная недостаточность*
 - б) коллапс*
 - в) острая коронарная недостаточность*
 - г) легочное кровотечение*
26. Частота дыхательных движений в норме в мин.
- а) 6-10*
 - б) 20-40*
 - в) 60-80*
 - г) 16-20*
27. Частота сердечных сокращений в норме в мин.
- а) 80-100*
 - б) 50-60*
 - в) 100-120*
 - г) 60-80*
37. Профилактика обострения бронхиальной астмы
- а) усиление питания*
 - б) устранение гиподинамии*
 - в) отказ от алкоголя*
 - г) прекращение контакта с аллергеном*
38. При сборе мокроты на общий анализ пациента необходимо обеспечить
- а) сухой пробиркой*
 - б) сухой банкой*
 - в) стерильной пробиркой*
 - г) стерильной банкой*
39. При выделении гнойной мокроты пациента необходимо обеспечить
- а) чашкой Петри*
 - б) стерильной банкой*
 - в) индивидуальной плевательницей*
 - г) стерильной пробиркой*
40. Индивидуальная карманная плевательница должна быть заполнена на 1/4
- а) водой*
 - б) физраствором*
 - в) 25% раствором соды*
 - г) хлорамином*

41. При выделении большого количества гнойной мокроты в питании пациента рекомендуется
- а) увеличить количество соли*
 - б) увеличить количество белка*
 - в) уменьшить количество соли*
 - г) уменьшить количество белка*
42. Рентгенологическое исследование бронхов с применением контрастного вещества
- а) бронхоскопия*
 - б) бронхография*
 - в) томография*
 - г) флюорография*
43. Абсцесс легкого – это
- а) воспаление легкого*
 - б) воспаление плевры*
 - в) образование полости с гноем*
 - г) накопление жидкости в плевральной полости*
44. Заболевание, которое может осложниться абсцессом легкого
- а) острый бронхит*
 - б) пневмония*
 - в) бронхиальная астма*
 - г) сухой плеврит*
45. Внезапное появление обильной гнойной мокроты на фоне гектической лихорадки наблюдается при
- а) абсцессе легкого*
 - б) бронхиальной астме*
 - в) пневмонии*
 - г) сухом плеврите*
46. Для абсцесса легкого характерна лихорадка
- а) волнообразная*
 - б) гектическая*
 - в) извращенная*
 - г) постоянная*
47. Приоритетная проблема пациента после прорыва абсцесса легкого в бронх
- а) лихорадка*
 - б) слабость*
 - в) кровохарканье*
 - г) кашель с гнойной мокротой*

48. Осложнения абсцесса легкого

- а) недомогание*
- б) головная боль*
- в) кашель с гнойной мокротой*
- г) легочное кровотечение*

49. Характер мокроты при абсцессе легкого

- а) гнойная*
- б) слизистая*
- в) стекловидная*
- г) "ржавая"*

50. При лечении абсцесса легкого используются препараты

- а) антибиотики*
- б) диуретики*
- в) антигистаминные*
- г) кортикостероиды*

51. При длительном применении антибиотиков у пациента могут развиваться

- а) отёки*
- б) лихорадка*
- в) дисбактериоз*
- г) увеличение массы тела*

52. Неспецифические включения в мокроте при бронхиальной астме

- а) лейкоциты*
- б) эластические волокна*
- в) атипичные клетки*
- г) эозинофилы*

53. Похудание, кровохарканье, боль в грудной клетке наблюдаются при

- а) остром бронхите*
- б) бронхиальной астме*
- в) очаговой пневмонии*
- г) раке легкого*

54. Фактор риска рака легкого

- а) ожирение*
- б) переохлаждение*
- в) инфекция*
- г) курение*

55. Решающее значение в диагностике рака лёгкого имеет

- а) спирография*
- б) лабораторная диагностика*
- в) ЭКГ*
- г) рентгенография органов грудной клетки*

56. Потенциальная проблема пациента при раке легкого

- а) лихорадка*
- б) прибавка массы тела*
- в) головная боль*
- г) легочное кровотечение*

57. Метод ранней диагностики рака легкого

- а) бронхография*
- б) анализ крови*
- в) анализ мокроты*
- г) флюорография*

58. При раке легкого в мокроте определяются

- а) атипичные клетки*
- б) микобактерии*
- в) пневмококки*
- г) эозинофилы*

5. Разберите соответствие названия препарата и название группы лекарственных средств. Выпишите из таблиц препараты и группы препаратов в должном соответствии.

«Путаница»

Название препарата	Фармакологическая группа
Амброгексал	Муколитик
Цефтриаксон	Бронхолитик
Эфедрин	Отхаркивающий
Термопсис	Антибиотик

Название препарата	Фармакологическая группа
Корень алтея	Бронхолитик
Эуфиллин	Противокашлевой
Кодеин	Отхаркивающий
Промедол	Наркотический анальгетик

Название препарата	Фармакологическая группа
Лазолван	Антибиотик
Сальбутамол	Муколитик
Амоксиклав	Бронхолитик
Преднизолон	Глюкокортикостероид

6. Заполните таблицу осложнений (дополнительно см.МР «Неотложные состояния»)

Название	Клиника	Неотложная помощь
Приступ БА		
Легочное кровотечение		
Спонтанный пневмоторакс		

Выполняя тестовые задания сохраняйте номер вопроса указанный в тесте

7. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

59. Осложнение рака легкого

- а) бронхиальная астма*
- б) хронический бронхит*
- в) эмфизема легких*
- г) экссудативный плеврит*

60. При легочном кровотечении характерна мокрота

- а) алая, пенистая*
- б) темная, со сгустками*
- в) цвета "кофейной гущи"*
- г) вязкая, стекловидная*

61. Независимое сестринское вмешательство при легочном кровотечении

- а) введение хлорида кальция внутривенно*
- б) введение аминокaproновой кислоты*
- в) тепло на грудную клетку*
- г) холод на грудную клетку*

62. Зависимое сестринское вмешательство при легочном кровотечении

- а) введение хлорида кальция внутривенно*
- б) введение гепарина*
- в) банки на грудную клетку*
- г) горчичники на грудную клетку*

63. Заболевание, которое может осложниться плевритом

- а) бронхит*
- б) бронхиальная астма*
- в) рак легкого*
- г) эмфизема легких*

64. Основной симптом при сухом плеврите

- а) одышка*
- б) слабость*
- в) лихорадка*
- г) боль в грудной клетке*

65. Основной симптом экссудативного плеврита

- а) боль в грудной клетке*
- б) слабость*
- в) кровохарканье*
- г) нарастающая одышка*

66. Пациент занимает вынужденное положение лежа на больной стороне при

- а) бронхите*
- б) бронхиальной астме*
- в) бронхоэктатической болезни*
- г) сухом плеврите*

67. Зависимое сестринское вмешательство при сухом плеврите – это применение

- а) анальгетиков*
- б) спазмолитиков*
- в) нитратов*
- г) цитостатиков*

68. Скопление воспалительной жидкости в полости плевры наблюдается при

- а) бронхите*
- б) бронхиальной астме*
- в) экссудативном плеврите*
- г) эмфиземе легких*

69. Для плевральной пункции медсестра готовит

- а) иглу длиной 10-15 см*
- б) иглу Дюфо*
- в) иглу Кассирского*
- г) троакар*

70. Плевральную пункцию с лечебной целью проводят при

- а) бронхиальной астме*
- б) пневмонии*
- в) хроническом бронхите*
- г) экссудативном плеврите*

71. Подготовка пациента к плевральной пункции

- а) поставить очистительную клизму*
- б) промыть желудок*
- в) опорожнить мочевой пузырь*
- г) разъяснить сущность манипуляции*

72. При проведении плевральной пункции врачом одновременно извлекается жидкости не более (в литрах)

- а) 0,5*
- б) 1-1,5*
- в) 3*
- г) 5*

73. Повышенная воздушность легких – это

- а) гидроторакс*
- б) гемоторакс*
- в) пневмосклероз*
- г) эмфизема*

74. Основным симптомом эмфиземы легких

- а) боль в грудной клетке*
- б) влажный кашель*
- в) кровохарканье*
- г) одышка*

8. Решите клинические задачи в сборнике задач

По мере решения в сборнике подпишите над задачей определенный диагноз или неотложное состояние, а в самой задаче маркером выделите ведущие симптомы (3-4 симптома).

Задачи также используются для индивидуального задания по составлению плана сестринских вмешательств.

Эталоны ответов к тестовым вопросам: 1 в, 2 г, 3 а, 4 г, 5 а, 6 г, 7 б, 8 а, 9 в, 10 а, 11 а, 12 г, 13 г, 14 б, 15 б, 16 в, 17 в, 18 г, 19 в, 20 в, 21 в, 22 г, 23 в, 24 г, 25 б, 26 г, 27 г, 28 в, 29 б, 30 г, 31 б, 32 а, 33 а, 34 а, 35 г, 36 г, 37 г, 38 б, 39 в, 40 г, 41 б, 42 б, 43 в, 44 б, 45 а, 46 б, 47 г, 48 г, 49 а, 50 а, 51 в, 52 г, 53 г, 54 г, 55 г, 56 г, 57 г, 58 а, 59 г, 60 а, 61 г, 62 а, 63 в, 64 г, 65 г, 66 г, 67 а, 68 в, 69 а, 70 г, 71 г, 72 б, 73 г, 74 г, 75 б.

Критерии оценки:

0 – 7 ошибок – «5»

8 - 15 ошибки – «4»

16 - 24 ошибки – «3»

25 и более ошибок – «2»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБОУ ПО Пензенский областной медицинский колледж
Кузнецкий филиал

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

для студентов 2 курса

специальность 34.02.01 «Сестринское дело»

**ПМ 04. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ**

**МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов
терапевтического профиля разных возрастных групп**

**Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях
терапевтического профиля**

**Тема 2.3 Сестринский уход при заболеваниях органов сердечно-
сосудистой системы**



Составитель: Павлова О.В.

преподаватель высшей
квалификационной категории

2024

Пояснительная записка

Уважаемый студент!

Учебно – методическое пособие для студентов создано для самостоятельной внеаудиторной подготовки по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов сердечно-сосудистой системы», а также может использоваться на практических занятиях по теме.

В пособии отражен и систематизирован теоретический материал по данной теме и включает основные вопросы:

- ✓ Определения заболеваний наиболее часто встречающихся;
- ✓ Этиология, патогенез и клиническая картина заболеваний;
- ✓ Диагностические методы;
- ✓ Особенности лечения;
- ✓ Особенности сестринского ухода;
- ✓ Осложнения и неотложные состояния.

Пособие содержит вопросы промежуточного контроля и раздел «Итоговая самооценка» для определения итогового уровня знаний после работы с пособием, для закрепления и обобщения полученной новой информации.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС и рабочей программой МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля, рекомендуется для преподавателей дисциплины и студентов специальности «Сестринское дело» 2 курса.

Указания по работе

I. Освоение нового материала основывается на базовых знаниях, полученных при изучении ряда дисциплин и МДК на первом и втором годах обучения.

1. ОП 02 «Анатомия и физиология человека»
2. ОП 03 «Основы латинского языка с медицинской терминологией»
3. ОП.04 «Основы патологии»
4. ОП.05 «Основы микробиологии и иммунологии»
5. ОП.06 «Генетика человека с основами медицинской генетики»
6. ОП.07 «Фармакология»
7. ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи МДК.01.01 Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации
8. ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности, находящегося в распоряжении медицинского персонала МДК.02.01 Документирование и контроль в профессиональной деятельности
9. ПМ.03 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни МДК.03.01 Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний МДК.03.02 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению

II. Для более точного осмысления и понимания нового материала, Вам необходимо внимательно ознакомиться с теоретическим материалом.

III. Изучите теоретический материал по теме, отвечая на вопросы самоконтроля. Законспектируйте кратко материал.

IV. Выполните задания в разделе «Итоговая самооценка» для закрепления, систематизации новой информации. После сверьте результаты с эталонами, при низкой оценке вернитесь к теоретическому материалу еще раз.

V. Для более глубокого изучения материала по данной теме воспользуйтесь списком дополнительной литературы, выполните задания для внеаудиторной работы.

Формируемые компетенции

1.1.1. Перечень общих компетенций

ОК 01.	<i>Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам</i>
ОК 02.	<i>Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности</i>
ОК 03.	<i>Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях</i>
ОК 04.	<i>Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде</i>
ОК 05.	<i>Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста</i>
ОК 06.	<i>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</i>
ОК 07.	<i>Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях</i>
ОК 08.	<i>Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности</i>
ОК 09.	<i>Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках</i>

1.1.2. Перечень профессиональных компетенций

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
ВД 4	Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях
ПК 4.1.	<i>Проводить оценку состояния пациента</i>
ПК 4.2.	<i>Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту</i>
ПК 4.3.	<i>Осуществлять уход за пациентом</i>
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

1.1.3. В результате освоения, обучающийся должен:

Иметь практический опыт	<p>проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированием лечащего врача;</p> <p>выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту;</p> <p>осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии;</p> <p>обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;</p> <p>проведения мероприятий медицинской реабилитации</p>
Уметь	<p>проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении;</p> <p>выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>выявлять факторы риска падений, развития пролежней;</p> <p>проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике;</p> <p>осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода;</p> <p>выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни;</p> <p>проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли;</p> <p>выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту:</p> <ul style="list-style-type: none">- оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов;- введение лекарственных препаратов внутривенно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи;

	<p>- катетеризацию периферических вен;</p> <p>- внутривенное введение лекарственных препаратов;</p> <p>проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача;</p> <p>собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача;</p> <p>проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача;</p> <p>обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов;</p> <p>ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;</p> <p>осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;</p> <p>выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни;</p> <p>оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям);</p> <p>проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача;</p> <p>получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения поведения.</p>
Знать	<p>основы теории и практики сестринского дела, методов определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>диагностических критериев факторов риска падений, развития</p>

пролежней и контактного дерматита у пациентов;

анатомо-физиологических особенностей и показателей жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правил измерения и интерпретации данных;

технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;

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

правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам;

медицинских изделий (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемых для проведения лечебных и (или) диагностических процедур и вмешательств;

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

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

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

правил транспортной иммобилизации;

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

современных технологий медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;

особенности и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;

порядка оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента;

процесса и стадий умирания человека, клинических признаков, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенности сестринского ухода;

признаков биологической смерти человека и процедур, связанных с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке;

психологии общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам

(законным представителям);

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

физических и психологических особенностей пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

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

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

показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

правил оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Литература

3.2.1. Основные печатные издания

1. Лычев В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 552 с
2. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела: практикум : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования / Т. П. Обуховец ; под ред. Б.В. Кабарухина. – 3- е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2020. – 688 с.
3. Смолева, Э. В. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учебное пособие / Э. В. Смолева. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. — 475 с. — ISBN 978-5-222-35201-4;

3.2.2. Основные электронные издания

1. Антропова О. В. Теория и практика сестринского дела. Курс лекций : учебное пособие для спо / О. В. Антропова. — 2-е стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 84 с. — ISBN 978-5-8114-8670-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/179153> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Двойников, С. И. Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников : учеб. пособие / под ред. С. И. Двойникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4094-0. - Текст : электронный // URL : <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440940.html> (дата обращения: 11.01.2022). - Режим доступа : по подписке
3. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С.А. Тарновская И.И. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2019, 2020. – 368 с. Доступ из ЭБС «Конс. студ.»
4. Повх Л. А. Сестринский уход в терапии. Сборник задач : учебное пособие / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2020. — 116 с. — ISBN 978-5-8114-5660-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/143711> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3.2.3. Дополнительные источники

1. ГОСТ Р 52623.1–2008 Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования. – Введ. 01.09.2009 – Москва: Стандартинформ, 2009. – 35 с.
2. ГОСТ Р 52623.3 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 220 с.
3. ГОСТ Р 52623.4 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 88 с.

В период дистанционного обучения в открытом доступе представлен электронный дидактический материал (методические рекомендации, учебные пособия, рабочие тетради по ПМ 04.МДК 04.02) на сайте Кузнецкого филиала ГБОУ ПО «ПОМК» <http://kuzmedcoll.narod.ru> в разделе: «Дистанционное обучение».

Электронный адрес ведущего преподавателя:

pavlovaolga.72@mail.ru

Теоретический материал

МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп

Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля Тема 2.3 Сестринский уход при заболеваниях органов сердечно-сосудистой системы



Сердечно-сосудистая система человека – это комплекс органов, обеспечивающих снабжение всех участков организма (за небольшим исключением) необходимыми веществами и удаляющих продукты жизнедеятельности. Именно сердечно-сосудистая система обеспечивает все участки тела необходимым кислородом, а потому является основой жизни. Нет кровообращения только в некоторых органах: хрусталик глаза, волос, ноготь, эмаль и дентин зуба.

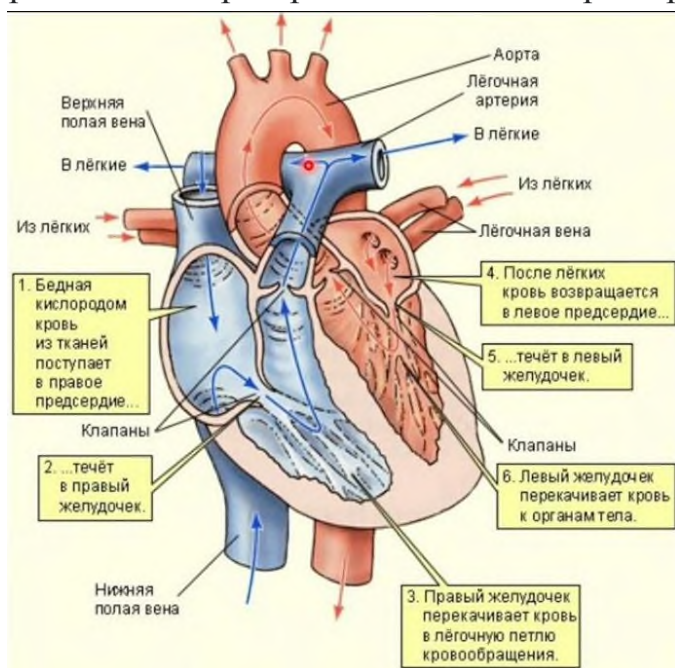
Строение системы кровообращения

Анатомия системы кровообращения подразумевает ее разделение на 3 компонента. Они значительно различаются по строению, но в функциональном отношении представляют собой единое целое. Это следующие органы:

- сердце;
- сосуды;
- кровь.

Сердце

Своеобразный насос, перекачивающий кровь по сосудам. Это мышечно-фиброзный полый орган. Находится в полости грудной клетки. Гистология органа различает несколько тканей. Самая главная и значительная по размерам – мышечная. Внутри и снаружи орган покрыт фиброзной тканью. Полости сердца разделены перегородками на 4 камеры: предсердия и желудочки.



У здорового человека частота сердечных сокращений составляет от 55 до 85 ударов в минуту. Это происходит на протяжении всей жизни. Так, за 70 лет происходит 2,6 млрд сокращений. При этом сердце перекачивает около 155 млн литров крови. Вес органа колеблется от 250 до 350 г. Сокращение камер сердца называется систолой, а расслабление – диастолой.

Сосуды

Это длинные полые трубки. Они отходят от сердца и, многократно разветвляясь, идут во все участки

организма. Сразу по выходу из его полостей сосуды имеют максимальный диаметр, который по мере удаления становится меньше. Различают несколько типов сосудов:

- Артерии. Они несут кровь от сердца к периферии. Сама крупная из них – аорта. Выходит из левого желудочка и несет кровь ко всем сосудам, кроме легких. Ветви аорты делятся многократно и проникают во все ткани. Легочная артерия несет кровь к легким. Она идет из правого желудочка.
- Сосуды микроциркуляторного русла. Это артериолы, капилляры и венулы – самые маленькие сосуды. Кровь по артериолам идет в толще тканей внутренних органов и кожи. Они ветвятся на капилляры, которые осуществляют обмен газами и другими веществами. После чего кровь собирается в венулы и течет дальше.
- Вены – сосуды, несущие кровь к сердцу. Они образуются при увеличении диаметра венул и их многократном слиянии. Самые крупные сосуды данного типа – нижняя и верхняя полые вены. Именно они непосредственно впадают в сердце.

Кровь

Своеобразная ткань организма, жидкая, состоит из двух главных компонентов:

- плазма;
- форменные элементы.

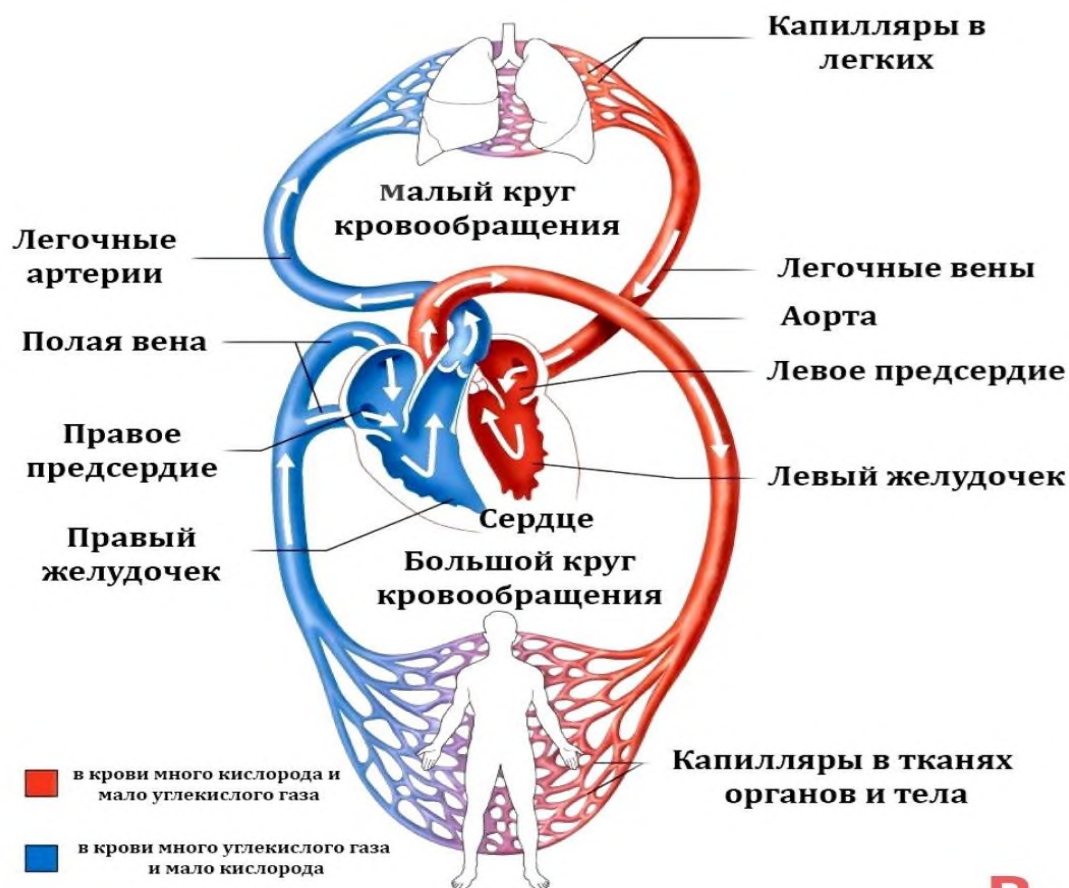
Плазма – жидкая часть крови, в которой находятся все форменные элементы. Процентное соотношение - 1:1. Плазма представляет собой мутную желтоватую жидкость. В ней содержится большое количество белковых молекул, углеводов, липидов, различных органических соединений и электролитов.

К форменным элементам крови относят: эритроциты, лейкоциты и тромбоциты. Они образуются в красном костном мозге и циркулируют по сосудам всю жизнь человека. Только лейкоциты при некоторых обстоятельствах (воспаление, внедрение чужеродного организма или материи) могут проходить через сосудистую стенку в межклеточное пространство.

У взрослого человека содержится 2,5-7,5 (зависит от массы) мл крови. У новорожденного - от 200 до 450 мл. Сосуды и работа сердца обеспечивают важнейший показатель кровеносной системы - артериальное давление. Оно колеблется от 90 мм рт.ст. до 139 мм рт.ст. для систолического и 60-90 - для диастолического.

Круги кровообращения

Все сосуды образуют два замкнутых круга: большой и малый.



B

Это обеспечивает бесперебойное одновременное снабжение кислородом организма, а также газообмен в легких. Каждый круг кровообращения начинается из сердца и там же заканчивается.

Малый идет от правого желудочка по легочной артерии в легкие. Здесь она несколько раз ветвится. Кровеносные сосуды образуют густую капиллярную сеть вокруг всех бронхов и альвеол. Через них происходит газообмен. Кровь, богатая углекислым газом, отдает его в полость альвеол, а взамен получает кислород. После чего капилляры последовательно собираются в две вены и идут в левое предсердие. Малый круг кровообращения заканчивается. Кровь идет в левый желудочек.

Большой круг кровообращения начинается от левого желудочка. Во время систолы кровь идет в аорту, от которой ответвляются множество сосудов (артерий). Они делятся несколько раз, пока не превратятся в капилляры, снабжающие кровью весь организм - от кожи до нервной системы. Здесь происходит обмен газов и питательных веществ. После чего кровь последовательно собирается в две крупные вены, идущие в правое предсердие. Большой круг заканчивается. Кровь из правого предсердия попадает в левый желудочек, и все начинается заново.

Функции

Сердечно-сосудистая система выполняет в организме ряд важнейших функций:

- Питание и снабжение кислородом.
- Поддержание гомеостаза (постоянства условий внутри всего организма).
- Защита.

Снабжение кислородом и питательными веществами заключается в следующем: кровь и ее компоненты (эритроциты, белки и плазма) доставляют кислород, углеводы, жиры, витамины и микроэлементы до любой клетки. При этом из нее они забирают углекислый газ и вредные отходы (продукты жизнедеятельности).

Постоянные условия в организме обеспечиваются самой кровью и ее компонентами (эритроциты, плазма и белки). Они не только выступают переносчиками, но и регулируют важнейшие показатели гомеостаза: pH, температуру тела, уровень влажности, количество воды в клетках и межклеточном пространстве.

Непосредственную защитную функцию играют лимфоциты. Эти клетки способны обезвреживать и уничтожать чужеродную материю (микроорганизмы и органические вещества). Сердечно-сосудистая система обеспечивает их быструю доставку в любой уголок организма.

Заболевания органов сердечно-сосудистой системы.

На наличие сердечно-сосудистой патологии может указывать повышенная утомляемость, отсутствие или снижение аппетита, отеки нижних конечностей, одышка, тахикардия, головокружения, нарушения сознания, потеря сознания,

болезненные ощущения в области грудной клетки, тяжесть в области правого подреберья, кашель, бледность кожных покровов, повышение температуры тела, повышение или понижение давления, приступы тошноты, рвота.

Отдельные симптомы складываются в синдромы, в зависимости от патологического процесса.

Ревматизм (острая ревматическая лихорадка) – инфекционно-аллергическое заболевание с системным воспалительным поражением соединительной ткани преимущественно в сердечно-сосудистой системе.

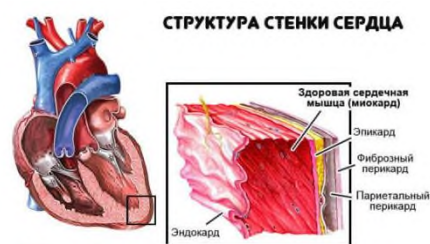
Этиология. Первичная роль в развитии ревматизма принадлежит стрептококку (β -гемолитическому стрептококку группы А) и тесно связано с предшествующей острой или хронической носоглоточной инфекцией, которая локализуется в миндалинах, придаточных пазухах носа и зубах (ангины, фарингит, гайморит и т.д.).

Патогенез. Этот возбудитель вызывает аллергическую перестройку организма и формирует реакцию на собственную соединительную ткань, формируя воспалительные процессы в различных органах (ревмакардит, полиартрит, гломерулонефрит и т.д.).



Воспалительные заболевания сердца включают в себя:

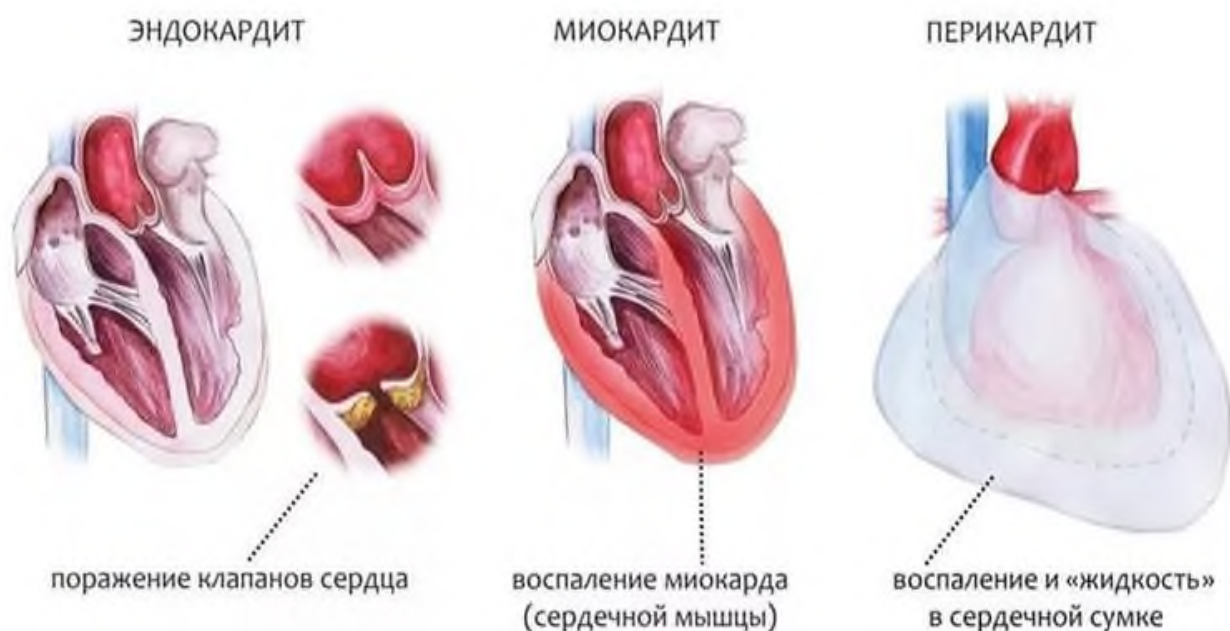
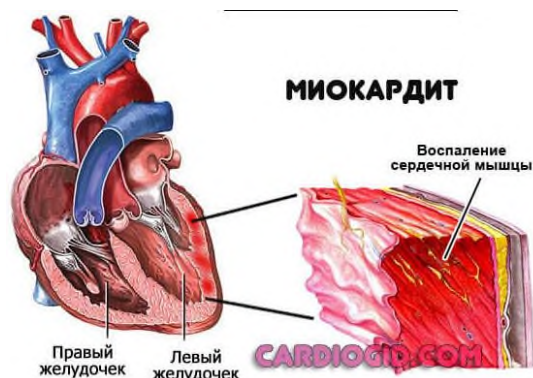
Эндокардит – воспаление эндокарда (внутренней оболочки сердца). Поражается в 60-70% с поражением клапанов (чаще митрального, в два раза реже аортального и гораздо реже



трикуспидального и легочного) и стенки полостей сердца, приводит к развитию пороков, может осложняться тромбозом и эмболией.

Миокардит – воспаление миокарда. Поражается в 100% случаев. Может протекать остро и хронически.

Перикардит – воспаление околосердечной сумки. Встречается в 5-12% случаев, обычно при ревмокардите.



Ревмокардит – это повреждение сердечных клапанов и сердечной мышцы в результате воспаления и рубцевания, вызванного ревматической лихорадкой.

Клиника. Чрезвычайно разнообразна. Выделяют 3 основных периода:

первый период обусловлен сенсibilизацией организма стрептококковой инфекцией (после ангины, фарингита через 1,5-2 недели) и характеризуется наличием общих симптомов в виде недомогания, потливости, артралгии, головных болей, субфебрилитета. В крови могут быть обнаружены стрептококковый антиген, повышение титра антител;

второй период характеризуется гиперергической реакцией с определенной клинической органной симптоматикой: ревматический полиартрит, кардит, хорея или их сочетания. Развитие клинической картины рассматривается как начало болезни, как первая атака ревматизма. В крови выявляются повышенные титры АСЛ-0, АСГ, АСК;

третий период характеризуется возвратным течением, рецидивом ревматического процесса. Он отражает глубокие иммунологические, воспалительные и дистрофические процессы в соединительной ткани вообще и особенно в пораженных органах. В острый период отмечается повышение СОЭ, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом. На ЭКГ – изменение зубца Т, нарушение возбудимости. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Типичным внесердечным

проявлением является поражение суставов, для которого характерно симметричность, летучесть, поражение крупных суставов и благоприятный исход. Поражение почек наблюдается в 80% случаев и проявляется протеинурией, микрогематурией. Ревматическое поражение ЦНС проявляется хореей (непроизвольные, беспорядочные некоординированные движения верхних конечностей). Ревматические поражения кожи характеризуются узловатой и кольцевой эритемой, ревматическими узелками, расположенными в области суставов, по ходу сухожилий и иногда на волосистой части головы.

Кардит - воспалительное заболевание сердца различной этиологии, не связанное с ревматизмом или другими системными заболеваниями и проявляющееся одновременным поражением двух или трех оболочек сердца.

Это воспалительное заболевание сердечной мышцы инфекционной, инфекционно-аллергической или инфекционно-токсической природы.

Этиология. Вирусная и бактериальная инфекция, гнойно-септические заболевания, дифтерия, брюшной тиф, бруцеллез, туберкулез, сыпной тиф. Также могут возникнуть при ожоговой и лучевой болезни, при токсикозе беременных.

Клиника во многом обусловлена этиологией, продолжительностью процесса, а также вовлечением в процесс проводящей нервной системы сердца.

Больные предъявляют жалобы на общую слабость, субфебрильную температуру, быструю утомляемость, одышку при незначительной физической нагрузке и иногда по ночам, чувство тяжести и дискомфорта в области сердца, иногда боли по типу ангинозных (симптомы, возникающие вследствие нарушения кровообращения в сердечной мышце).

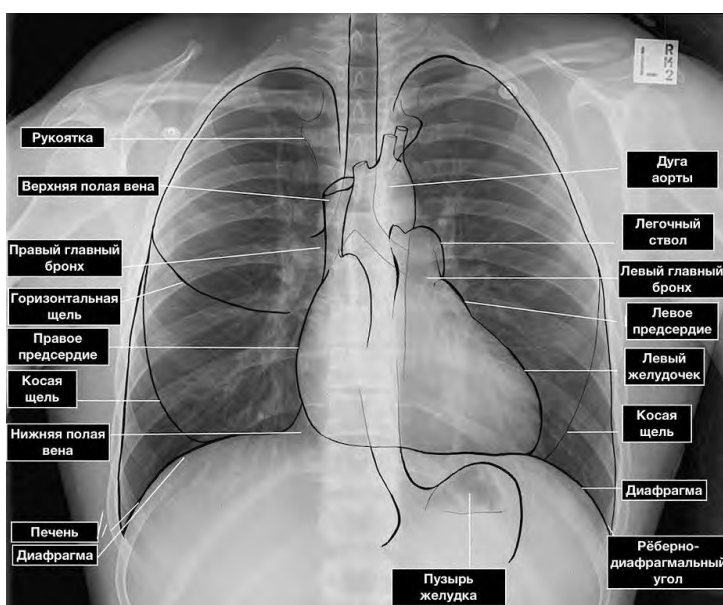
При осмотре отмечается цианоз (иногда в сочетании с бледностью), отеки на нижних конечностях и на пояснице, набухание яремных вен. Пульс может быть слабого наполнения, учащен, АД (особенно систолическое) может быть снижено.

При перкуссии границы относительной сердечной тупости несколько увеличены.

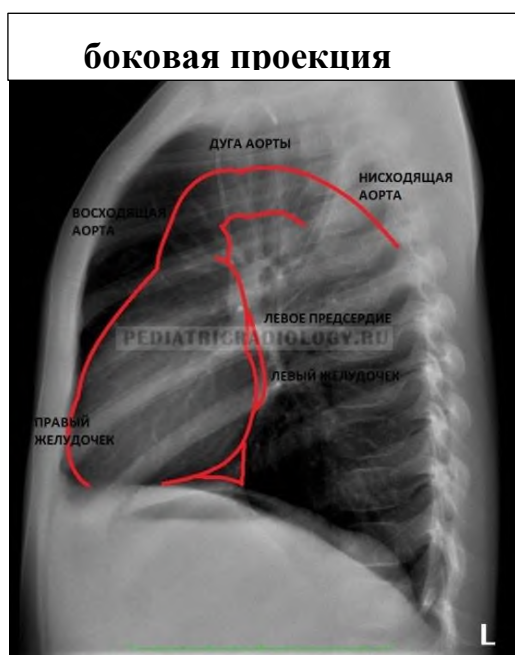
Левожелудочковый толчок ослаблен. При аускультации 1-й тон на верхушке ослаблен и может выслушиваться систолический шум (обусловлен относительной недостаточностью митрального клапана), ритм галопа.

В крови отмечается умеренный лейкоцитоз, эозинофилия, ускоренная СОЭ; изменение белковых фракций, увеличение СРБ, сиаловых кислот; высокий титр антител к стрептококку.

Инструментальные методы подтверждают наличие кардита и порока сердца.



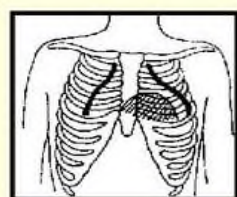
Рентгенография грудной клетки выполняется в трех проекциях – прямой, косой и боковой.



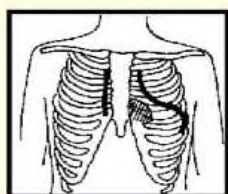
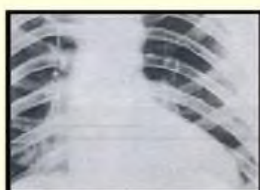
Увеличение границ сердца при кардите

Изменения конфигурации сердца зависит от локализации патологического процесса (оболочки сердца, клапаны сердца и сосуды).

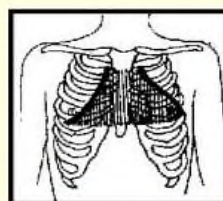
Примеры других патологий сердца



Митральная



Аортальная



Трапецевидная



**Шаровидная,
«бычье сердце»**

Компьютерная томография (КТ) с исследованием сосудов сердца проводится с болюсным введением рентгенконтрастного вещества.

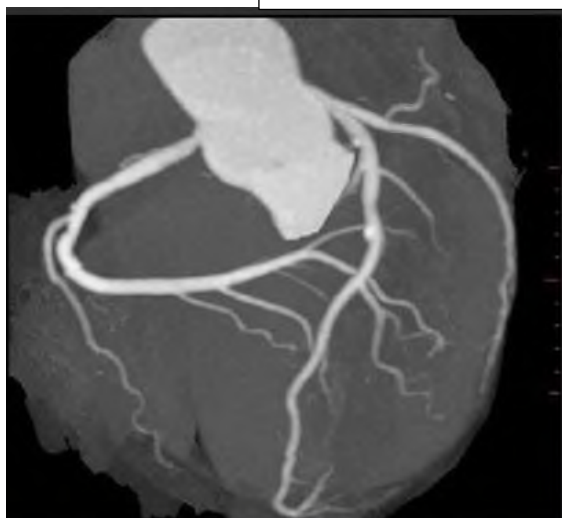
При КТ рентгеновские лучи направлены на область исследования со всех сторон, что позволяет получить серию изображений и оценить работу органа

МРТ (магнитно-резонансная томография) используют на втором этапе диагностики для

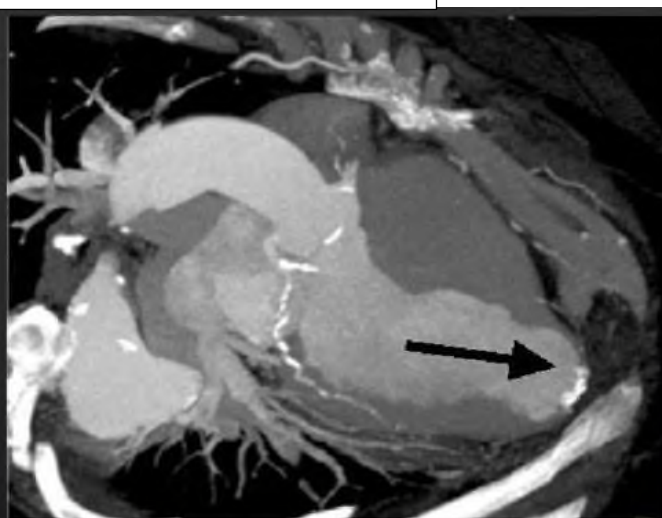


уточнения патологических процессов.

МРТ сердца и сосудов



МРТ-коронарография



МРТ в режиме «Bright blood» с визуализацией разрыва Межжелудочковой перегородки

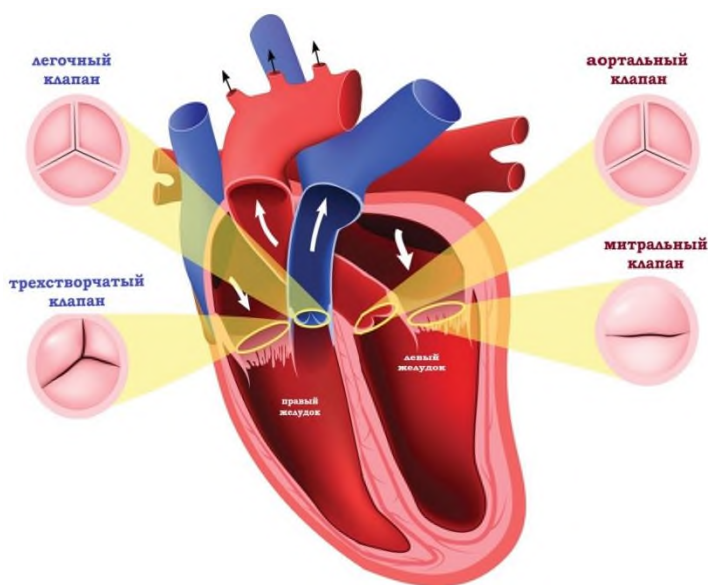
Порок сердца – это деформация и патологические изменения в структуре клапанов, перегородок и стенок камер, которые ведут к неправильной работе органа и нарушению внутрисердечной гемодинамики.

Заболевание бывает врожденным и приобретенным. Вероятность передачи врожденного порока сердца от матери ребенку составляет от 3% до 50%. У клинически здоровых родителей риск рождения ребенка с такой патологией равен 1%.

Приобретенные пороки сердца развиваются в течение жизни. Они вызваны функциональными и структурными изменениями в органе при инфекционных поражениях, воспалительных и аутоиммунных процессах в его тканях. Также провоцирующим фактором считается избыточная нагрузка на камеры сердца, например, когда одна камера вынуждена перекачивать кровь через суженную (стеноз) аорту, когда в камеру поступает дополнительный объем крови из другой камеры при несрастании отверстия между ними (не заращение межжелудочковой и межпредсердной перегородок и т.д) или при недостаточности клапана (неполное смыкание створок клапана, из-за которого кровь во время сердечных сокращений течёт в обратную сторону).

Причинами приобретенных пороков могут быть атеросклероз, сифилис, ревматизм (составляет 50% всех пороков) или патология, вызванная эндокардитом, сепсисом, аутоиммунными реакциями и др.

Клиника зависит от степени выраженности нарушения гемодинамики (общей оценке гемодинамики пороки сердца бывают **компенсированными, субкомпенсированными или декомпенсированными**). По числу пораженных

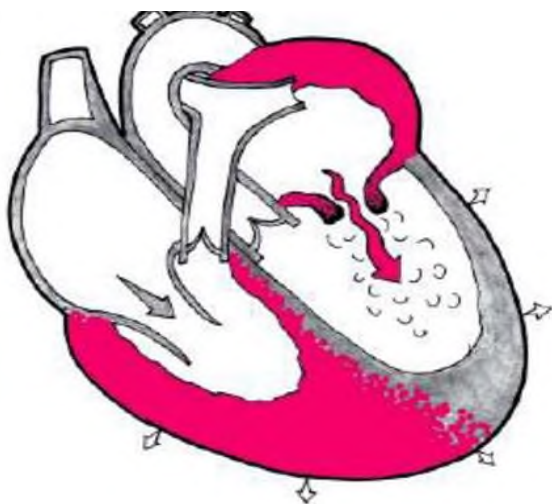


клапанов выделяют **сочетанный** (сложные, многоклапанные пороки сердца характеризуются одновременным поражением сразу нескольких клапанов) или **комбинированный** порок сердца (при наличии и **стеноза** (сужения клапанного отверстия), и **недостаточности** одного клапана (неполное смыкание створок клапана)) и комбинированными. Что ведет к недостаточности в работе кругов

кровообращения (малый и большой) с развитием застоя крови в них.

Митральные пороки - группа аномалии и дефектов клапанного аппарата, расположенного между левым предсердием и левым желудочком, которые нарушают внутрисердечную и общую гемодинамику, что собственно препятствует адекватному кровоснабжению внутренних органов с возможным развитием сердечной недостаточности.

Стеноз



Недостаточность



В стадии компенсации, которая протекает без признаков сердечной недостаточности, пациенты не жалуются на свое самочувствие и длительное время могут не попадать в поле зрения врача. И уже только при развитии декомпенсации появляются следующие жалобы и признаки:

цианоз (данные пороки называют **синюшными**) - на фоне бледной кожи резко очерченный румянец щек с цианотичным оттенком, цианоз губ и кончика носа (связано



«митральный румянец»

с застоем в венах МКК);

одышка – связана с повышением давления в малом круге кровообращения (МКК);



Набухание шейных вен

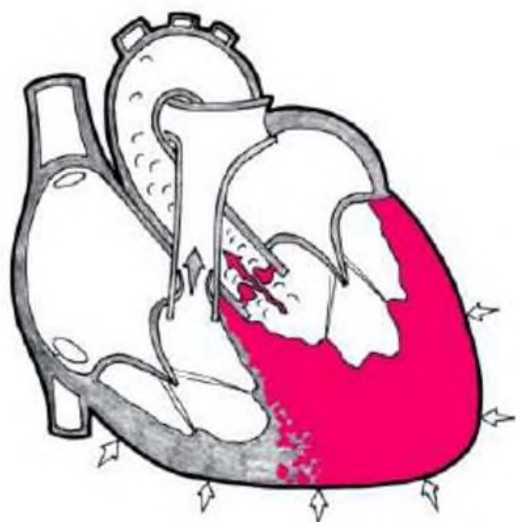
кровохарканье – вследствие пропотевания форменных элементов крови при выраженном застое в венах МКК;

тугие кардиалгии, перебои в работе кардиальной системы – сердцебиения, аритмии, фибрилляция предсердий, экстрасистолы.

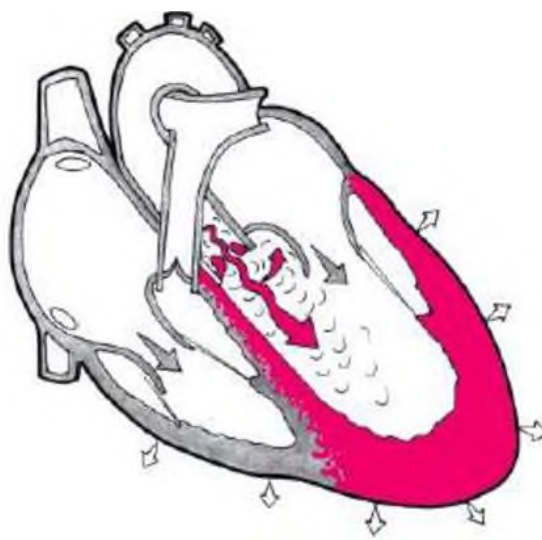
Сочетанный (не комбинированный) порок митрального клапана очень быстро декомпрессируется, в результате чего к нему присоединяется застой крови в большом круге кровообращения, что клинически проявляет себя **набуханием шейных вен, тяжестью в правом подреберье и увеличением печени (гепатомегалия), отеками нижних конечностей.**

Аортальные пороки - группа аномалии и дефектов клапанного аппарата, проявляющееся в неполном смыкании клапана аорты или сужении устья аорты, или их сочетании. Стеноз устья представляет собой уменьшение просвета отходящей от сердца аорты, приводящее к затруднению оттока крови из левого желудочка сердца.

Стеноз



Недостаточность



Появляется затруднение выхода крови из левого желудочка в аорту, что увеличивает нагрузку на левый желудочек и приводит к его гипертрофии.

Клиника. Данные пороки называют «бледными» вследствие особенностей кровенаполнения артериальных сосудов большого круга кровообращения и признаками застоя крови с венах малого круга. Проявляется следующими симптомами:

- **головокружение, обмороки** при нагрузке или быстрой перемене положения тела;

- **быстрая утомляемость, слабость** при физической нагрузке;

- **боли в области сердца** (приступы типичной стенокардии) из-за коронарной недостаточности;

- **одышка** при нагрузке, а затем и в покое (следствие застоя в МКК);

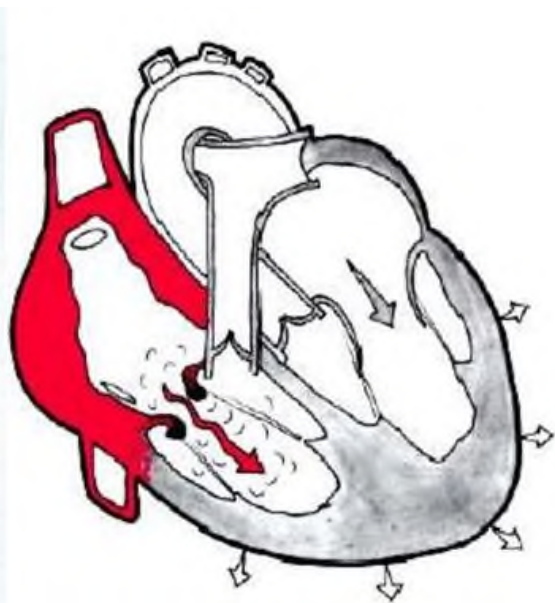
- в тяжелых случаях — **приступы удушья** (сердечная астма или отек легких), т.е. левожелудочковая недостаточность, приводящая к застою в МКК;

- **«кошачье мурлыканье»** - это пальпаторный симптом проявляется в виде местного дрожания грудной клетки, сравним с ощущением, получаемым при поглаживании спины мурлыкающей кошки. «Кошачье мурлыканье» возникает в тех случаях, когда кровь проходит через суженное клапанное отверстие;

- **изменение АД** (при стенозе - систолическое АД ↓, диастолическое АД N или ↑, пульсовое давление ↓; при недостаточности - систолическое АД ↑, диастолическое АД ↓, пульсовое давление ↑).

Трикуспидальные пороки - группа аномалии и дефектов клапанного аппарата, проявляющееся в неполном смыкании правого предсердно-желудочкового (трёхстворчатого) клапана или сужении его отверстия, приводит к гипертрофии правого предсердия и застою в венах большого круга кровообращения.

Стеноз



Недостаточность



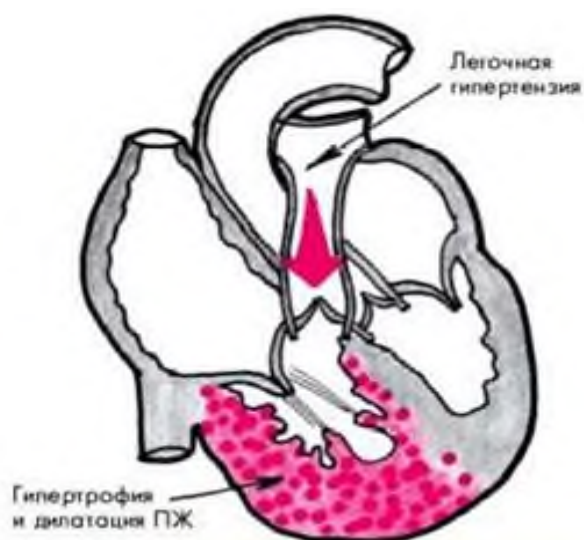
Клиника. Ввиду ограниченных компенсаторных возможностей предсердия, рано возникают признаки застоя в большом круге кровообращения: **повышается венозное давление, увеличивается печень, появляется положительный**

венный пульс (набухание вен шеи в период систолы желудочков), «сердечный горб», акроцианоз.

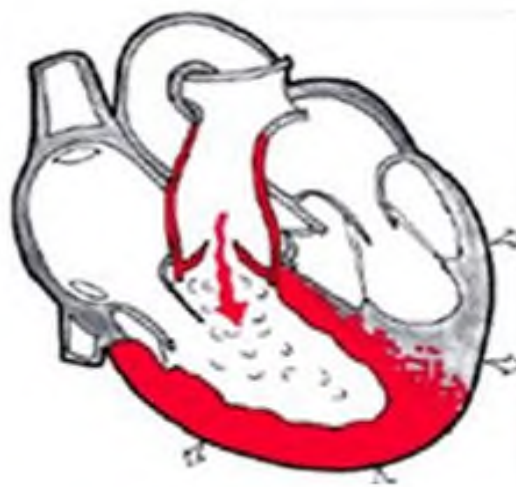
Пороки клапана легочной артерии - группа аномалии и дефектов клапанного аппарата, проявляющееся в неполном смыкании клапана легочной артерии или сужении его отверстия, приводит к гипертрофии правого желудочка, легочной гипертензии и застою в венах большого круга кровообращения.

Клиника - до декомпенсации порока сводятся, в основном, к изменениям, выявляемым при исследовании сердца. Возможны жалобы на ощущения **сердцебиений, утомляемость, приступы сухого кашля, склонность к частым острым бронхитам** или развитие хронического бронхита. В стадии декомпенсации наблюдается **одышка при физическом напряжении**, формируется картина **правожелудочковой сердечной недостаточности (акроцианоз, отеки, увеличение печени и др.)**. Сердечный толчок усилен; границы относительной сердечной тупости по данным перкуссии в стадии декомпенсации порока расширены вправо. Пальпаторно определяется усиленная пульсация стенки правого желудочка под мечевидным отростком.

Стеноз



Недостаточность



Проявления также зависят от степени стеноза. При небольшом сужении устья легочного ствола порок длительное время бывает компенсированным, больные не предъявляют жалоб или они ограничиваются ощущением сердцебиения при физической нагрузке. При выраженном стенозе переносимость нагрузки значительно снижается; больные жалуются на боли в груди при физической нагрузке (не во всех случаях соответствующие стенокардии), одышку.

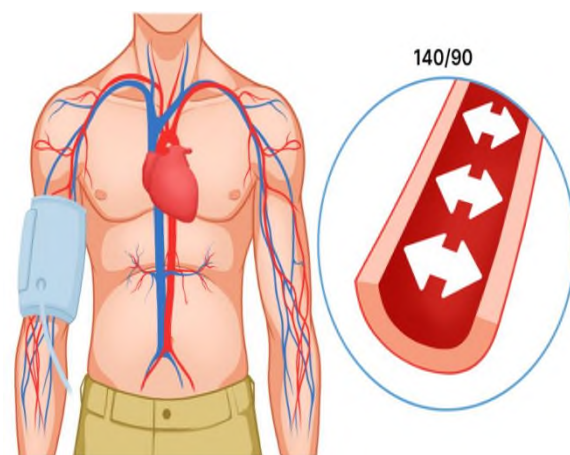
Декомпенсация порока характеризуется картиной нарастающей правожелудочковой недостаточности. Основным аускультативный признак стеноза устья легочного ствола — грубый систолический шум во втором межреберье слева от грудины.

Артериальная гипертензия (АГ) (Гипертоническая болезнь) – заболевание при котором отмечается повышения систолического артериального давления (САД) от 140 мм рт. ст. и выше, и одновременно или самостоятельно — диастолического АД (ДАД) \geq 90 мм рт. ст.

Систолическое давление — давление крови на стенку артерии в момент сокращения сердца



Диастолическое давление — давление крови на стенку артерии в момент расслабления сердца



Артериальную гипертензию делят:

- **первичную эссенциальную** (гипертоническую болезнь) гипертензию, которая наблюдается у 90% больных;

- **вторичную (симптоматическую).**

Различают степени повышения АД:

I степень (мягкая) – АД систолическое – 140-159 мм рт. ст., диастолическое – 90-99 мм рт. ст.;

II степень (умеренная) – АД систолическое 160-179 мм рт. ст., диастолическое 100-109 мм рт. ст.;

III степень (тяжелая) - АД систолическое более 180 мм рт. ст., диастолическое более 110 мм рт. ст..

Этиология. Помимо имеющейся у некоторых людей генетической предрасположенности, среди таких факторов риска находятся:

- избыточная масса тела и ожирение;
- малоподвижность;
- избыточное потребление поваренной соли, алкоголя;
- хронический стресс;
- курение.

А также многие заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, поликистоз, диабетическая нефропатия, стеноз (сужение) почечных артерий и др.), ряд эндокринных болезней (опухоли надпочечников, гипертиреоз, болезнь и синдром Кушинга), синдром обструктивного апноэ во сне, некоторые другие, более редкие болезни.

Регулярный приём таких лекарств, как, например, глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), оральные контрацептивы, тоже может приводить к стойкому повышению АД.

Перечисленные выше заболевания и состояния приводят к развитию так называемых вторичных, или симптоматических, артериальных гипертензий.



Клиника. Основными жалобами являются ощущение тяжести в голове, головная боль, мелькание перед глазами, тошнота, головокружение, шум в ушах, бессонница, слабость, снижение трудоспособности, неустойчивость при ходьбе.

Объективно: лицо гиперемировано, вены шеи и височные выбухают, утолщены. Пальпаторно определяется уселенный верхушечный толчок, пульс становится твердым и напряженным, учащенным. Перкуторно смещение границ сердечной тупости влево (это признаки гипертрофии левого желудочка).

Гипертоническая болезнь с течением времени (обычно многих лет) приводит к поражению различных органов (их в данном контексте называют «органы-мишени»), то это может проявиться снижением памяти и интеллекта, инсультом либо преходящим нарушением мозгового кровообращения, увеличением толщины стенок сердца и, как следствие, развитием сердечной недостаточности, ускоренным формированием атеросклеротических бляшек в сосудах сердца и других органов, инфарктом миокарда или стенокардией, снижением скорости фильтрации крови в почках (почечной недостаточностью) и т. д. Соответственно, клинические проявления будут обусловлены уже этими осложнениями.

Гипертонический криз — это внезапное повышение систолического и диастолического артериального давления до индивидуально высоких величин у больных, страдающих гипертонической болезнью или симптоматической АГ, сопровождающееся нарушением вегетативной нервной системы и усилением расстройств мозгового, коронарного и почечного кровообращения.

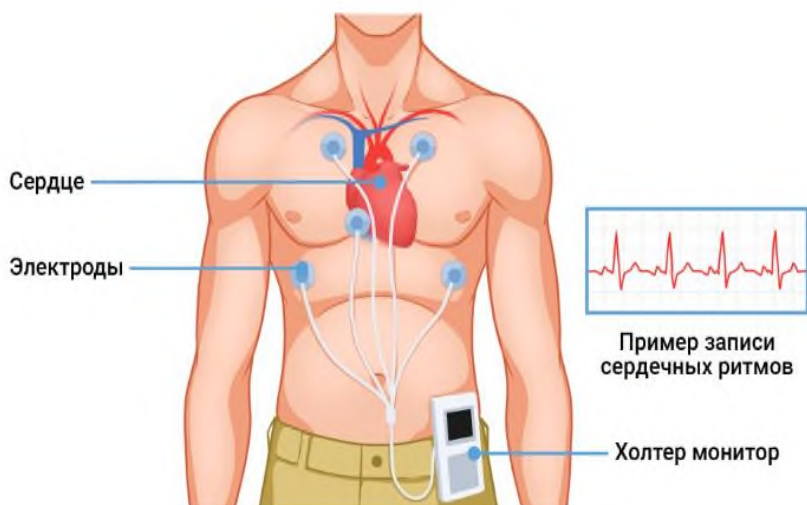
Диагностика.

Функциональные методы диагностики:
измерение АД – повышенные показатели.

СМАД (суточное мониторирование АД) –



с помощью специальных компактных приборов позволяет оценить изменения АД в ходе



Холтер ЭКГ и СМАД в одном исследовании

привычного для пациента образа жизни. Данное

исследование необходимо не во всех случаях — в основном, если измеренное на приёме у врача АД значительно отличается от измеренного дома, при необходимости оценить ночное АД, при подозрении на эпизоды гипотонии, иногда — для оценки эффективности проводимого лечения.

Холтер ЭКГ (суточное холтеровское мониторирование)

Основным признаком гипертонии на ЭКГ выступает гипертрофированное состояние миокарда левого желудочка. Патология проявляется: отклонением в левую сторону электрической оси сердечной мышцы; образованием высоких R-зубчиков в отведениях V4-V6 грудной клетки; повышением мышечной массы левого миокарда.



Деформации формы сердца позволят ему перегонять большие объемы крови за единицу времени, а это и есть повышение артериального давления.

Лабораторные методы исследования: на первом этапе проводится общий (клинический) анализ крови (гемоглобин/гематокрит, лейкоциты, тромбоциты), исследование уровня глюкозы в венозной крови, исследование уровня креатинина в сыворотке крови, расчет скорости клубочковой фильтрации, общий (клинический) анализ мочи с микроскопическим исследованием осадка мочи, количественная оценка альбуминурии или отношения альбумин/креатинин, исследование уровня общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой плотности, холестерина липопротеинов низкой плотности и триглицеридов в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови.

Дополнительными методами являются: рентгенография органов грудной клетки, УЗИ сердца, ФКГ (фонокардиография), осмотр глазного дна.

Увеличение левого желудочка	УЗИ сердца и ФКГ	Глазное дно	
		<p>НОРМАЛЬНОЕ ГЛАЗНОЕ ДНО</p> 	<p>РЕТИНОПАТИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ</p> 
		При	диагностике

необходимо учитывать риск развития осложнений.



Уход и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный прием больными лекарственных препаратов; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и величины суточного диуреза; подготовку больных к обследованию (анализы мочи, крови, ЭКГ, ЭхоКГ, ФКГ, УЗИ); проведение ЛФК; в необходимых случаях кислородотерапию. Также она проводит: беседы с больными и их родственниками о влиянии курения и приема алкоголя на повышение АД, о значении систематического приема лекарственных средств, об ограничении жидкости и соли; обучение больных и их родственников определению АД, ЧДД, пульса, распознаванию первых признаков гипертонического криза, оказанию доврачебной помощи при гипертоническом кризе, методам релаксации (расслабления) для снятия чувства тревоги, напряженности.

В основе лечения начальных проявлений гипертонической болезни лежат нелекарственные методы лечения, создание оптимальных условий труда (исключаются тяжелые физические нагрузки, выполнение работы с наклоном головы вниз) и отдыха, полноценного сна не менее -10 ч.

Нелекарственные методы являются обязательными на всех этапах лечения АГ как самостоятельно, так и в дополнение фармакотерапии.

Диета (ОВД) с ограничением жидкости и поваренной соли. Уменьшение потребления поваренной соли. Физиологическая норма суточного потребления поваренной соли составляет 5—7 г (1 чайная ложка с горкой). Нельзя досаливать пищу. Для этого можно заменить соль другими веществами, улучшающий вкус пищи (соусы, перец, уксус и др.). Ограничение потребления поваренной соли до 6 г/сут. приводит к статистически значимому снижению уровней систолического и диастолического АД у больных АГ. Следует увеличить потребление калия и магния принимая больше свежих фруктов и овощей, кураги, изюма, чернослива, печеного картофеля.

Снижение избыточной массы тела. Необходимо ограничить потребление жиров животного происхождения, увеличить потребление фруктов, овощей, рыбы, морепродуктов и хлеба грубого помола. Следует избегать жареного, жирного, сладкого.

Уменьшение потребления алкоголя. Существует линейная зависимость между употреблением алкоголя и уровнем АГ. Прием алкоголя обычно сопровождается отрицательными факторами риска (избыточный прием пищи, курение, гиподинамия). Частое употребление алкоголя приводит к алкогольной миокардиодистрофии. Допустимые дозы алкоголя/сут. мужчинам: 720 мл пива, или 300 мл сухого вина, или 60 мл водки. Женщинам — в 2 раза меньше.

Увеличение физической активности. Статические физические нагрузки: жимы, подъем тяжестей, упражнения на брусьях, перекладине, кольцах, акробатика

вызывают повышение АД у больных АГ. При гиподинамии (сидячая работа >5 ч/сут; физическая активность <10 ч/нед.) рекомендуются регулярные динамические физические тренировки на открытом воздухе умеренной интенсивности: на растяжение мышц и суставов, ходьба пешком различной интенсивности, бег, плавание не менее 4 раз/нед, продолжительностью 30—45 мин.

Прекращение курения. Никотин и окись углерода оказывают парализующие действие на периферические центры вегетативной нервной системы, вызывают резкие нарушения регуляции сосудистого тонуса и деятельности сердца, способствуют выбросу в кровь катехоламинов и кортикостероидов, повышают адгезивность тромбоцитов и образование тромбов, увеличивают концентрацию липидов в крови и проницаемость артериальной стенки для липопротеидов, что вызывает осложненное течение АГ.

Фитотерапия. Рекомендуются: сушеница болотная, душица, боярышник кроваво-красный, бессмертник, донник, пустырник, володушка, черноплодная рябина, листья смородины, цветы одуванчика, спорыш, укроп. Лицам с АГ полезно принимать лечебные ванны с настойками пустырника и валерианы (по 1 флакону на ванну) или из настоев трав: сушеница болотная, душица, почки березы, цветы липы, шалфей, чабрец, шишки хмеля (по 5 г каждого ингредиента на ванну), которые улучшают сон, снимают головокружение, уменьшают сердцебиение.

Лечебная физическая культура. Является важнейшим методом лечения больных первичной артериальной гипертонией. Пациент должен вести дневник самоконтроля, фиксируя в нем интенсивность нагрузки, самочувствие, АД и частоту сердечных сокращений в 1 мин. Предельно допустимым считается частота пульса 140—160 в 1 мин. При плохой переносимости нагрузок необходим врачебный контроль.

Физиотерапия. Магнито- и лазеротерапия, души, бальнеотерапия, массаж оказывают седативное, спазмолитическое, гипотензивное действие, улучшают коронарную, церебральную и почечную гемодинамику, нормализуют обменные процессы у больных АГ. Однако некоторые пациенты плохо переносят эти процедуры. Поэтому перед проведением процедур требуется определение показаний и противопоказаний.

Массаж. Особенно благоприятное воздействие оказывает |щадящий массаж головы, шеи и воротниковой зоны.

Климато-, талассотерапия и гелиотерапия. Назначаются по режиму слабого воздействия больным АГ без выраженных клинических проявлений атеросклероза, приступов стенокардии и ангиоспастических реакций.

Морские купания. Купаться в море разрешается больным АГ с хорошей толерантностью к физическим нагрузкам при температуре воды не ниже 20 °С. Плавать разрешается в медленном темпе с отдыхом на спине. Продолжительность

плавания должна составлять 2—10 мин.

Антигипертензивная фармакотерапия делится на два ряда. К первому ряду (основному) относятся следующие препараты.

Диуретики (гидрохлортиазид, индапамид, фуросемид и др.). Являются одними из наиболее часто применяемых антигипертензивных препаратов. Их отличает низкая или умеренная стоимость, высокая эффективность, положительное влияние на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Противопоказания: почечная недостаточность, сахарный диабет, подагра.

Бета-адреноблокаторы (атенолол, пиндолол, пропранолол и др.). Эффективные, безопасные и относительно недорогие антигипертензивные средства. Абсолютные противопоказания: обструктивные заболевания легких (бронхиальная астма, ХОБЛ), заболевания периферических сосудов, нарушения сердечной проводимости.

Антагонисты кальция (нифедипин, верапамил, дилтиазем, амлодипин, изоптин-ретард и др.). Являются эффективными и хорошо переносимыми антигипертензивными препаратами. Побочные явления: головная боль, отеки голеней, покраснение кожных покровов, задержка стула. Противопоказания: внутрисердечные блокады, синусовая тахикардия (для группы верапамила).

Ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл, рамиприл и др.). Безопасные и эффективные антигипертензивные средства. Побочные эффекты: непродуктивный мучительный кашель; ангионевротический отек; нарушение вкуса; гиперкалиемия, артериальная гипотония (обморок, коллапс). Чтобы уменьшить риск внезапной артериальной гипотонии (обморока), надо прекратить прием диуретика или другого антигипертензивного препарата за несколько дней до приема ингибитора АПФ. Противопоказания: хроническая почечная недостаточность, гиперкалиемия.

Альфа-1-адреноблокаторы (празозин, доксазозин). В настоящее время применяют при истинной рефрактерной АГ (отсутствие эффекта от приема не менее трех гипотензивных препаратов разного механизма действия) как в качестве монотерапии, так и в комбинации. Противопоказания: стенокардия напряжения, склонность к ортастатической гипотонии.

К антигипертензивным препаратам второго ряда (резерва) относят:

- прямые (миотропные) вазодилататоры (миноксидил, гидралазин) находят ограниченное применение из-за выраженных побочных эффектов в виде тахикардии, головной боли, задержки натрия и воды. Миноксидил показан при злокачественной гипертензии. Противопоказания: почечная недостаточность, сердечная недостаточность, стенокардия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма;

- стимуляторы имидазолиновых рецепторов в ЦНС (моксонидин, рилменадин) оказывают стойкий гипотензивный эффект без побочных явлений,

характерных для клофелина;

- агонисты ЦНС (клофелин, метилдофа) относятся к группе центральных альфа-адренорецепторов (угнетают сосудодвигательный центр), обладают коротким гипотензивным эффектом (4—6 ч). Оказывают седативный эффект, поэтому несовместимы с приемом алкоголя, седативных препаратов. При лечении может развиваться привыкание, а при отмене или резком снижении дозы — синдром отмены с развитием гипертонического криза. В исключительных случаях клофелин назначают пациентам с первичной АГ, которые не переносят препараты других классов и чувствительны к приему клофелина;

- постганглионарные нейронные ингибиторы (раунатин, адельфан и др.) оказывают влияние на механизмы центральной регуляции АД. Их применение сопровождается множественными побочными эффектами: брадикардия, вазомоторный ринит, обострение стенокардии и др.;

- ганглиоблокаторы (гексоний, пентамин, триамтерен) являются артериоло-венулодилататорами быстрого действия.

Применяют у больных, находящихся на строгом постельном режиме из-за опасности развития ортостатического коллапса.

АГ требует постоянного лечения нелекарственными методами и индивидуально подобранными препаратами. Курсовое, прерывистое лечение не допустимо.

Синдром отмены гипотензивных препаратов. Развивается обычно в течение 24 ч после внезапной отмены. Клиника гипертонического криза, энцефалопатии, транзиторной ишемической мозговой атаки, дестабилизации стенокардии, инфаркта миокарда. Часто синдром отмены развивается после отмены клофелина, метилдопы, гуанетидина, реже бета-адреноблокаторов.

Тактика. Возобновить прием препарата.

Обучение.

Самостоятельность пациента должна быть ограничена рамками индивидуального лечебного плана, разработанного совместно с лечащим врачом.

1. Успешное лечение пациентов с АГ невозможно без их активного участия. Необходимо обучить пациентов ранней диагностике осложнений заболевания, тактике поведения при их возникновении. В домашней аптечке у больного должны быть все необходимые препараты для постоянного контроля АД и при возникновении неотложных ситуаций.

2. Для здорового человека достаточным считается сон не менее 7—8 ч/сут. При АГ индивидуальная норма сна может быть больше — до 9—10 ч. Требуется дневной отдых в горизонтальном положении, лучше с закрытыми глазами.

3. Масса тела должна приближаться к оптимальной. Для этого суточная

калорийность пищи должна, в зависимости от массы тела и характера работы, колебаться от 1500 до 3000 ккал. Желательно вести дневник питания. Пациенту настоятельно рекомендуется избегать жирных, сладких блюд, отдавать предпочтение овощам, фруктам и хлебу грубого помола.

4. Потребление соли надо ограничить до 5—6 г/сут. Нельзя подсаливать пищу. Следует заменять соль другими веществами, улучшающими вкус пищи (соусы, небольшое количество перца, уксуса и др.).

5. Увеличить потребление калия. Его много в свежих фруктах, овощах, изюме, кураге, печеном картофеле.

6. Прекратить или ограничить курение.

7. При гиподинамии (сидячая работа более 5 ч/сут.) проводить регулярные физические тренировки не менее 4 раз в неделю по 30—45 мин. Предпочтительны пешие прогулки, теннис, езда на велосипеде, ходьба на лыжах, работа в саду. При физической нагрузке число сердечных сокращений не должно увеличиваться более чем на 20—30 в 1 мин.

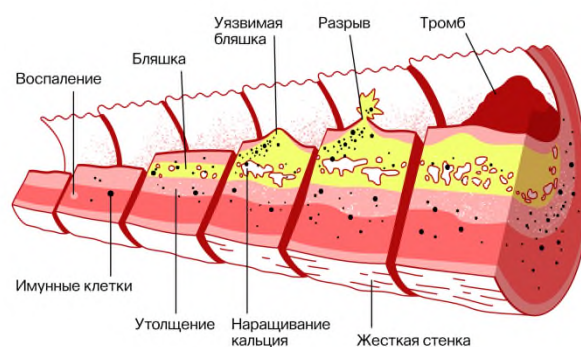
8. Овладеть методикой измерения АД, вести дневник АД с фиксацией данных в ранние утренние часы, днем, вечером.

9. В ходе лекарственной терапии пациент должен быть осведомлен об ожидаемом эффекте, изменениях самочувствия и качестве жизни, возможных побочных эффектах и способах их устранения.

Профилактика. *Первичная:* устранение психоэмоциональных перегрузок, рациональное питание, уменьшение потребления соли, здоровый образ жизни, двигательная активность. *Вторичная:* диспансерное наблюдение, нелекарственные методы коррекции факторов риска, отдых в горизонтальном положении днем в течение не менее 30 мин, систематическая антигипертензивная терапия.

Атеросклероз - это заболевание артерий эластического (аорта, ее ветви) и мышечно-эластического типа (церебральные, коронарные и др.), характеризующееся нарушением жирового обмена с отложением и накоплением в их интиме липопротеидов с последующим реактивным разрастанием соединительной ткани и **образованием на внутренней оболочке холестериновых бляшек.** Повреждения незамедлительно активируются тромбоцитарные и коагуляционные звенья системы гемостаза,

Как образуются холестериновые бляшки в сосудах?



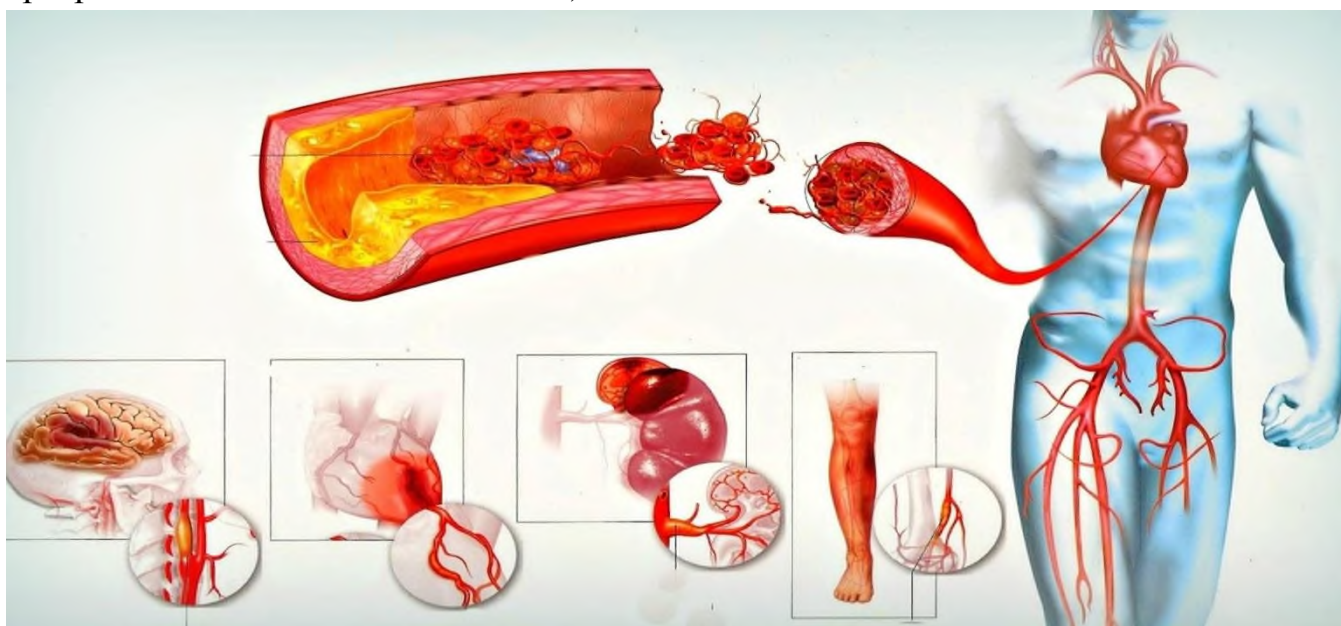
что приводит к образованию тромба. Что приводит к опасным состояниям, вплоть до закупорки сосуда и **летального исхода.**

Этиология. Большинство ученых придерживается полиэтиологичности развития атеросклероза, когда сочетание факторов риска приводит к развитию болезни не только в пожилом, но и в молодом возрасте.

Основные причины: стресс, избыточное потребление жирной, богатой легко всасываемыми углеводами пищи, болезни обмена веществ и эндокринные заболевания.

Факторы риска: артериальная гипертония, мужской пол, курение, гиподинамия, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет, избыточная масса тела, **высокий уровень в крови триглицеридов, холестерина,** отягощенная наследственность, снижение функции щитовидной железы, подагра, мягкая питьевая вода.

Клиника зависит от локализации процесса (аорта, коронарные артерии, мозговые артерии, почечные артерии, мезентериальные артерии, легочные артерии, артерии нижних конечностей и т.д.).



В начальный (скрытый) период жалобы отсутствуют. В крови определяется повышенный уровень холестерина, бета-липопротеидов низкой плотности, триглицеридов.

Появление симптомов связано, прежде всего, с проявлениями снижения кровотока (ишемия) в пораженном сосуде. Если такое поражение связано с хроническим ограничением кровотока, возникают симптомы хронической ишемии (последствий снижения кровотока) соответствующего органа.

Атеросклероз коронарных артерий

Если атеросклеротические бляшки значительного размера ограничивают кровоток в сосудах сердца, развивается так называемая "стенокардия напряжения"

— боль в грудной клетке или дискомфорт (тяжесть, жжение, сдавливание в груди) при физической нагрузке — ходьбе, беге, подъеме тяжестей.

Атеросклероз артерий нижних конечностей

Если то же самое происходит в артериях нижних конечностей, развивается симптоматика, которая получила название "перемежающаяся хромота", при которой во время ходьбы появляется боль, жжение или резкая усталость в мышцах ног. Эти симптомы довольно быстро проходят, если остановиться, но возникают через некоторое время опять при продолжении ходьбы.

Атеросклероз сосудов головного мозга

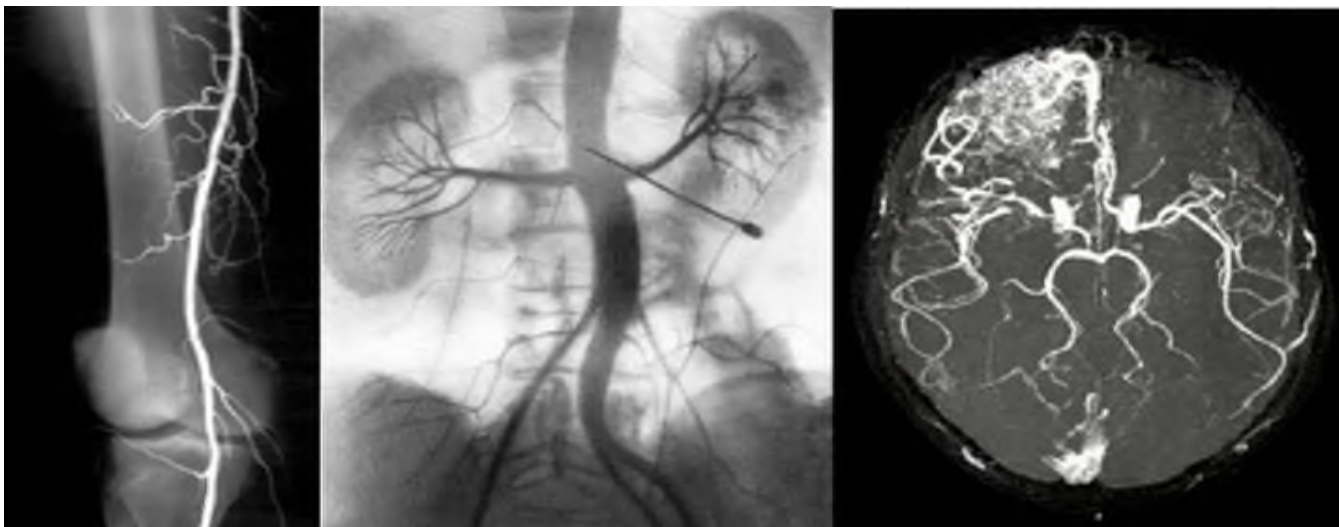
Наиболее серьёзными проявлениями атеросклероза сосудов головного мозга является ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака.

Атеросклероз почечной артерии

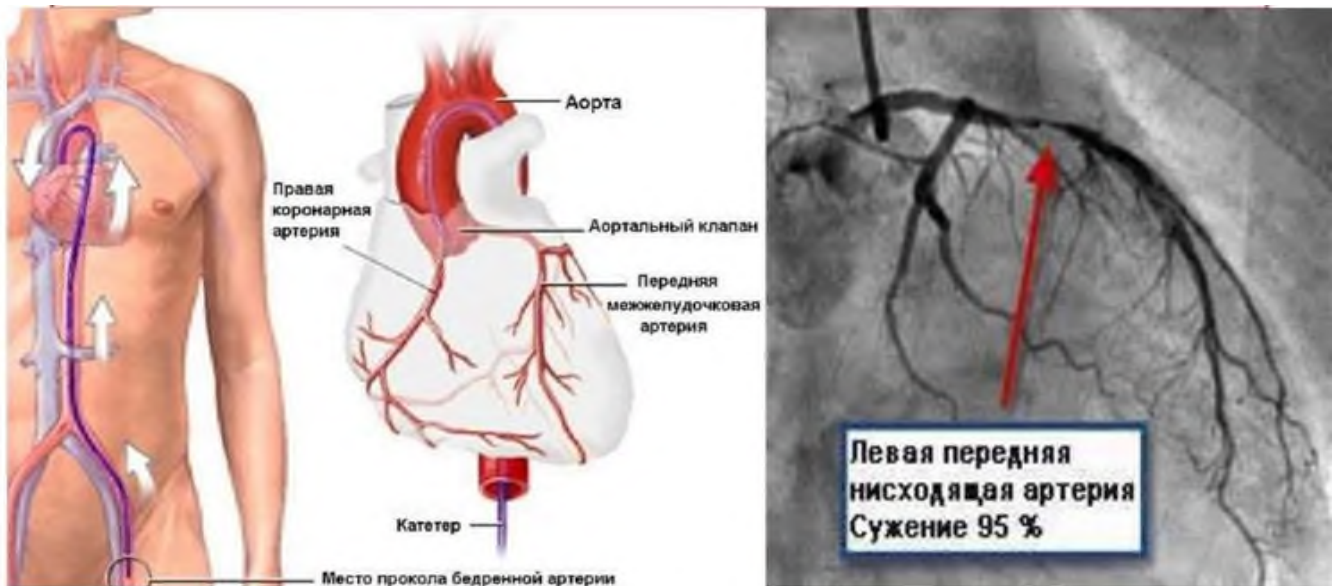
Атеросклероз почечных артерий может приводить к артериальной гипертензии, в том числе устойчивой к лечению.

Инструментальные методы диагностики:

Аортография – рентгенологическое исследование грудного или брюшного отдела аорты и ее сосудистых ветвей после предварительной катетеризации и заполнения контрастом. (1. Сосуды нижних конечностей, 2. Брюшная аорта, артерии почек и артерии кишечника, 3. Сосуды головного мозга).



Коронарография - рентгеновское исследование, при котором в сосуды сердца с помощью гибкого тонкого зонда вводят специальное контрастное вещество.



Дуплексное сканирование сосудов — диагностический метод, основанный на ультразвуковой технологии. Это исследование занимает центральное место в диагностике сосудистых заболеваний. Оно объединяет сразу два вида сканирования: ультразвуковое исследование прилегающих тканей и доплерографию сосудов. Методика полностью безопасна, безболезненна и высокоинформативна.

Ультразвуковая доплерография



ИБС - это острое или хроническое поражение мышцы сердца, возникающее в результате несоответствия между потребностями миокарда в кислороде и его

перфузией (доставкой) вследствие поражения коронарных артерий. Наиболее частой причиной этого является накопление атеросклеротических бляшек в коронарных артериях (95%).

Этиология также имеет другие причины: врожденные аномалии развития коронарных артерий, аортальные пороки сердца, сифилитический аортит и др.

Факторы риска ИБС:

1. немодифицирующие (неизменяемые): возраст старше 50-60 лет, пол (мужской), отягощенная наследственность.

2. модифицируемые (изменяемые): дислипидемия (гиперхолестеринемия, высокий уровень триглицеридов и атерогенных липопротеинов, низкий уровень антиатерогенных липопротеинов), артериальная гипертензия, курение, ожирение, сахарный диабет, гипергликемия, гиподинамия, нерациональное питание.

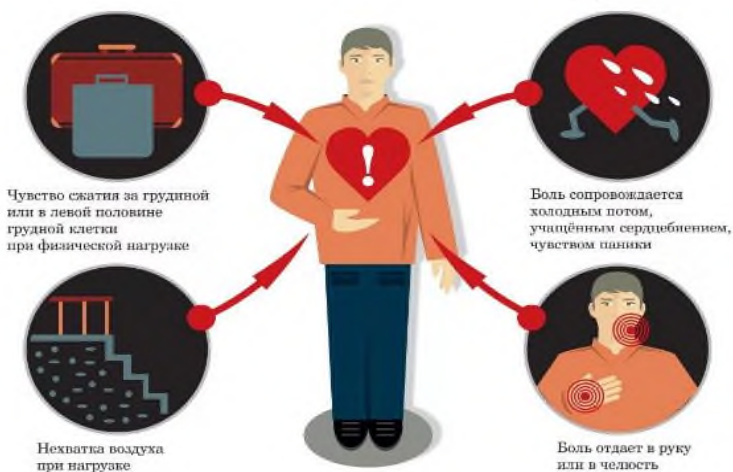
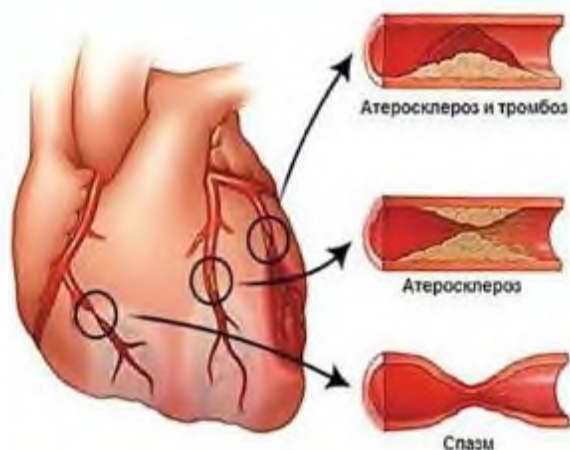
В **патогенезе** выделяют 3 ведущих фактора поражения коронарных артерий:

А – атеросклероз

Т – тромбоз

С - стеноз

Клиника появляется при нарушении равновесия между потребностью сердечной



мышцы в кислороде и его доставкой. Как правило, это возникает при физической нагрузке и повышенном эмоциональном фоне.

К формам ИБС относятся:

1. Внезапная сердечная смерть (первичная остановка сердца).

2. Стенокардия:

- Стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса: 1-й ФК – боли при значительной физической нагрузке; 2-й ФК – боли при ходьбе более 500 м по ровному месту, подъем выше 1-го этажа; 3-й ФК – боли при ходьбе на расстояние 100-500 м, подъем на 1-й этаж; 4-й ФК – боли при ходьбе менее 100 м, или в покое, или во время сна).

- Нестабильная стенокардия: впервые возникшая, прогрессирующая, спонтанная.

3. Болевая ишемия миокарда.

4. Инфаркт миокарда: ИМ с зубцом Q (крупноочаговый)
ИМ без зубца Q (мелкоочаговый)

5. Постинфарктный кардиосклероз

6. Сердечная недостаточность

7. Нарушение сердечного ритма и проводимости

Стенокардия – одна из форм ИБС, развивающаяся в результате уменьшения коронарного кровотока и характеризующаяся ишемией миокарда, но без развития некроза. Проявляется приступом боли или дискомфорта за грудиной или в области сердца.

Признаки типичного приступа стенокардии:

1. боли сжимающего, давящего, жгучего характера за грудиной, иррадиация боли в левую руку, плечо, нижнюю челюсть, шею, интенсивность боли различная, может быть без болевая форма.

2. связь боли с физической (или эмоциональной) нагрузкой;

3. продолжительность приступа до 15-20 минут;

4. купирование приступа приемом нитратов (нитроглицерина и др.) сублингвально или покоем.

Инфаркт миокарда – ишемический некроз сердечной мышцы, развивающийся в результате острой недостаточности коронарного кровообращения.

Клиника.

Острейший период – от момента возникновения ишемии до начала формирования очага некроза (до 2 часов от начала ИМ).

- **Основной симптом** – длительный болевой приступ в области сердца и за грудиной.

- **Характер боли:** сильная давящая, сжимающая (сравнивают с обручем или железными клещами, сдавливающими грудную клетку) или жгучая интенсивная («пожар в груди», «ощущение кипятка») или более выраженные чем при приступе стенокардии.

- **Локализация боли** – загрудинная область, захватывает всю переднюю поверхность грудной клетки, иногда локализуется в эпигастральной области.

- **Иррадирует** как правило в левую руку, левую кисть, лопатку, межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, реже в правое плечо, правую руку.

- **Продолжительность боли** всегда более 20-30 минут, иногда несколько часов.

- **Купирование боли.** При ИМ боль не купируется нитроглицерином. Купируют наркотическими анальгетиками (морфин в/в), нейролептоанальгезией, наркозом закисью азота.

- **Во время приступа** пациенты испытывают чувство страха смерти, обреченности, тоски, они беспокойны, возбуждены. Мечутся от боли, кричат, стонут, часто меняют положение в постели, встают, беспокойно ходят по комнате. Сердцебиение, перебои, ощущение замирания в области сердца. Общая слабость, потливость (на лбу выступает холодный пот). Одышка или ощущение нехватки воздуха. Головокружение, обморочное состояние. Тошнота, рвота. Артериальное давление может незначительно повышаться, но затем нормализуется. При обширном ИМ (ИМ с зубцом Q – трансмуральный) часто наблюдается гипотензия.

Острый период – формируется очаг некроза (до 10 дней от начала заболевания).

- Сохраняется боль при расширении зоны некроза.
- Артериальное давление – сохраняется тенденция к снижению
- Пульс – тахикардия.
- Высокий риск развития осложнений
- t тела повышается на 2-3 день, достигает 37,1-37,9°, длительность повышения t около 3-7 дней.

Подострый период характеризуется полным замещением некротических масс грануляционной тканью и формированием соединительнотканного рубца на месте очага некроза (с 10 дня до конца 4-8 недели). При неосложненном ИМ подострый период протекает благоприятно.

- Общее состояние пациента удовлетворительное.
- Болевой синдром, как правило, отсутствует.
- Пациенты психологически адаптированы к тому, что перенесли ИМ.
- АД, ps обычно в пределах нормы.

Постинфарктный период (после 4-8 недели) – период постинфарктного кардиосклероза продолжается на протяжении всей оставшейся жизни пациента. В этом периоде возможно возобновление стенокардии, развитие прогрессирующей сердечной недостаточности, возникновение различных нарушений ритма и проводимости.

Атипичные варианты ИМ.

Абдоминальный вариант – наблюдается при заднем ИМ и проявляется интенсивными болями в эпигастральной области, иногда в области правого подреберья или во всей правой половине живота, часто сопровождается тошнотой и рвотой, не приносящей облегчение, отрыжкой воздухом, вздутием живота. В редких случаях бывают поносы.

Астматический вариант – протекает с типичной клинической симптоматикой острой левожелудочковой недостаточности: возникающее внезапно ночью или в ранние утренние часы удушье, сопровождающееся чувством нехватки воздуха, кашлем с пенистой мокротой, испугом, общей слабостью, бледностью, похолоданием конечностей, снижением АД. Чаше развивается у лиц пожилого возраста, страдающих гипертонической и ишемической болезнью, хронической сердечной недостаточностью.

Аритмический вариант начинается приступом пароксизмальной мерцательной аритмии, пароксизмальной тахикардии, нарушениями проводимости. Боль может отсутствовать.

Церебральный вариант проявляется признаками динамического нарушения мозгового кровообращения – головная боль, головокружение, чувствительные и двигательные расстройства.

Диагностика.

1. **ОАК** - лейкоцитоз, небольшой палочкоядерный сдвиг формулы крови влево появляется через несколько часов, держится 3-7 суток, увеличение СОЭ через 1-2 дня, через 3-4 недели возвращение к норме.

2. **БАК** - в крови повышается уровень грубодисперсных фракций белка (глобулины, фибриноген, серомукоид, сиаловые кислоты), появление СРБ. Повышенный уровень холестерина (при атеросклерозе).

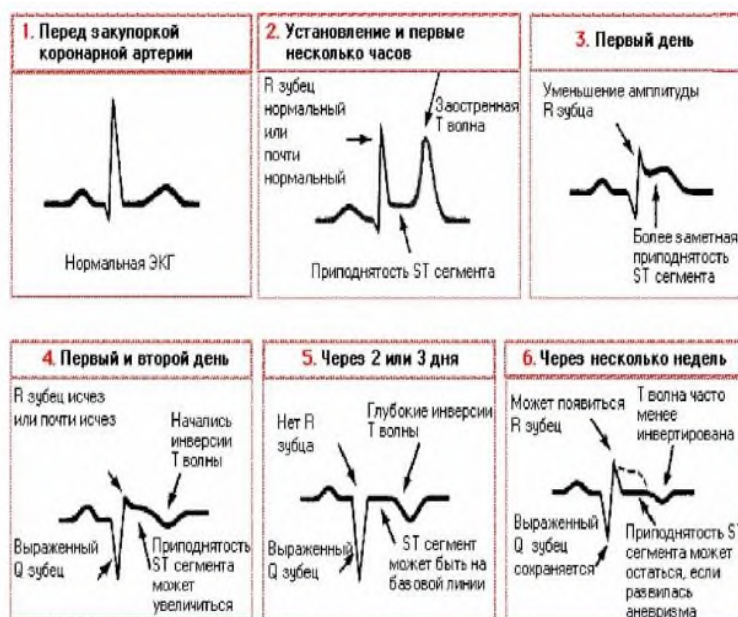
Появление в крови ферментов – маркеров некроза кардиомиоцитов: КФК, КФК-МВ, ЛДГ, АЛТ, тропонинов, миоглобина.

3. ЭКГ – диагностика.

Существует 3 основных признака, используемые для диагностики ИМ и установления величины повреждения:

- Инверсия зубца Т – ишемия.
- Подъем сегмента ST выше изолинии.
- Острая стадия сформировался глубокий, широкий зубец Q – некроз.
- В подострой стадии сегмент ST на изолинии, сформирован глубокий отрицательный зубец Т («коронарный»).

- Рубцовая стадия – сохраняется патологический зубец Q, амплитуда «коронарного зубца» Т уменьшилась.



Дополнительно проводится

Эхокардиография: позволяет оценить состояние систолической фракции левого желудочка, имеющей важное прогностическое значение.

Коронарография: дает информацию о наличии стенозирующих изменений коронарных артерий и их тяжести.

Осложнения ИМ:

Ранние осложнения:

- ⇒ нарушения ритма
- ⇒ нарушения проводимости
- острая недостаточность кровообращения
- ⇒ кардиогенный шок
- ⇒ острая аневризма левого желудочка сердца
- ⇒ внешние (тампонада сердца) и внутренние (отрыв папиллярных мышц) разрывы миокарда
- ⇒ асептический перикардит
- ⇒ тромбоэмболии

Поздние осложнения:

- ✓ **ранняя постинфарктная стенокардия**
- ✓ **застойная сердечная недостаточность**
- ✓ **синдром Дресслера (аутоиммунное поражение перикарда, плевры и легких)**
- ✓ **хроническая аневризма левого желудочка сердца**

Уход и лечение.

Для лечения больного с ОИМ применяют мероприятия:

1. купирование болевого приступа:

Если предварительный повторный прием нитроглицерина (по 0,0005г в таб под язык) боль не снял, необходимо *введение наркотических анальгетиков:*

- морфин 1% 1,0 в/в на физ. р-ре до 20 мл (1мл полученного раствора содержит 0,5 мг активного вещества) и вводят 2-5 мг каждые 5-15 мин до полного устранения болевого синдрома либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты) не рекомендуется вводить более 60 мг морфина в течение 12 часов. При необходимости в/в атропин в дозе 0,5 мг позволяет сгладить гипотензию и брадикардию и купирует тошноту и рвоту (иногда применяют церукал, реглан).

- промедол 2% 1,0 в/в.

- пантонол 2% 1,0 в/в.

Также для снятия болевого синдрома используют *нейролептаналгезию:*

- фентанил 0,005% 2,0 в комбинации с дроперидолом 0,25% 2,0, усиливающим обезболивающий эффект.

- таломанал.

Иногда боли удается снять только применением *наркоза с закисью азота*, обладающей седативным и анальгезирующим действием, в смеси с кислородом. Начинают с ингаляции кислорода в течение 1-3 мин, затем используется закись азота (20%) с кислородом (80%) с постепенным повышением концентрации закиси азота до 80%. При выходе из наркоза дают чистый кислород в течение 10 мин.

2. антикоагулянтная и фибринолитическая терапия:

Для прекращения начавшегося тромбоза в коронарной артерии, профилактики нового тромбоза и предупреждения тромбоэмболических осложнений.

- гепарин 5000ЕД в/в или эноксипарин 70ЕД/кг, фраксипарин п/к 12500ЕД 2 раза в день.

- стрептокиназа 1500000ЕД разводятся в 100 мл физ р-ра в/в за 30 минут с одновременным введением преднизолона 60-90 мг в/в.

или урокиназа в/в капельно. Перед инфузией дается «нагрузочная» доза аспирина (250мг-разжевать)

3. профилактика осложнений и купирование нарушений ритма

Для купирования болевого синдрома, уменьшение размеров инфаркта миокарда назначают

- нитроглицерин в/в капельно или перлинганит, изокет, изосорбит очень медленно (10 мкг/мин) обычно 6-8 капель в мин под К АД продолжительность инфузии 24-48 часов.

При выраженной артериальной гипотензии (систолическое АД менее 70 мм рт ст) в/в капельно вводят норадренолин, если АД составляет 70-90 мм рт ст вводят допамин, дофамин.

Профилактика жизненно опасных аритмий.

- при желудочковой экстрасистолии:

р-р лидокаина 2% - 4мл в/в медленно на изотоническом растворе хлорида натрия и р-р лидокаина 10% - 4мл в/м

- в остальных случаях обзидан 40 мг разжевать (при отсутствии гипотонии).

Также для купирования болевого синдрома и ограничения зоны некроза вводят в/в β-адреноблокаторы (пропранолол, обзидан) при отсутствии противопоказаний. В дальнейшем переходят на пролонгированные формы (атенолол, метопролол) – минимальная продолжительность терапии не менее 12-18 мес.

Для разгрузки миокарда применяют АПФ на 2 – 4 –е сутки (каптоприл, эналаприл, моноприл, периндоприл и др.).

На ряду с антиишемическими препаратами с первого дня лечения всем больным показано назначение *антиагрегантов*:

- малых доз аспирина (на первый прием разжевать 100-300 мг, далее 1 раз в сутки),
- тромбоасс,
- кардиомагнил и др.

В БИТе пациент соблюдает строгий постельный режим, но при неосложненном инфаркте миокарда постепенная активизация проводится уже с первых дней после купирования болевого приступа. Пациент не должен совершать резких движений, не должен волноваться и раздражаться, не должен напрягаться. Когда врач разрешит садиться в кровати, необходимо помогать пациенту делать это плавно, без резких движений. Можно использовать кроватьную опору для помощи при усаживании в кровати. Садиться и вставать в первые дни пациент должен в присутствии ухаживающего персонала. Контроль за АД и пульсом так часто, как предписано врачом, но не реже, чем 3 раза в день в течение первых 10 дней. Контроль за частотой стула пациента. Контроль за количеством выпитой и выделенной жидкости. Контроль за своевременным и полноценным приемом назначенных лечащим врачом лекарств.

К концу 1-ой недели под контролем методиста ЛФК пациент садится на кровати, на 10-11-й день ему разрешается сидеть и ходить до туалета, к концу 2-й недели пациент совершает прогулки по коридору на 100-200м в 2-3 приема, к 21 дню - разрешаются длительные прогулки.

Если ИМ протекает с осложнениями, то темпы активизации замедляются, активизация проводится под контролем пульса и АД

Диета (ОВД, гипохолестериновая). Легкоусвояемая пища. Отказ от продуктов, вызывающих метеоризм (капуста, черный хлеб, квас). Кормление пациента дробное, небольшими порциями, не реже 4 раз в сутки. Последняя еда не позднее, чем за 3 часа до ночного сна. Пища с пониженной энергетической ценностью (1400-1500 ккал в сутки). Ограничение жирных сортов мяса, рафинированных углеводов с преобладанием овощей, фруктов, нежирных сортов рыбы (лучше морской). Питание дробное, 5-6 раз в сутки. Необходимо следить за стулом, избегать запоров.

Начиная с 3-го дня заболевания необходимо активно опорожнять кишечник, рекомендуются послабляющие клизмы (масляная), масляное слабительное или чернослив, кефир, свекла. Солевые слабительные нельзя из-за опасности коллапса. При осложненном ИМ объем физической активности подбирается индивидуально.

Помнить о возможных осложнениях по периодам заболевания и действовать четко по стандарту помощи при неотложных состояниях (кардиогенный шок, острая левожелудочковая сердечная недостаточность, аритмии).

Так как пациент длительное время соблюдает постельный режим, который сам по себе способствует замедлению кровотока в периферических отделах сосудистой системы, следует правильно проводить профилактику пролежней.

Для смены белья осторожно поворачивают в постели, кроме того для профилактики развития венозных тромбозов 3 раза в день поворачивают с бока на бок. Во время этой процедуры пациент не должен делать резких движений, не должен напрягаться.

Вставать с постели должен постепенно: вначале он садится, для чего к спинке кровати привязывают полотенце, за конец которого пациент держится, когда садится. В первые дни пациент должен садиться и вставать в присутствии медсестры. При этом необходимо следить за его пульсом и АД.

Реабилитационные мероприятия. Выделяют 3 фазы реабилитации пациентов с ИМ:

- 1) больничную
- 2) фазу конвалесценции (выздоровления)
- 3) фазу постконвалесценции (поддерживающую)

Существует 2 программы больничной реабилитации ИМ: 3-5 и 5 недельная. Реабилитационные мероприятия после выписки из специализированного отделения проводятся в реабилитационных центрах или в специализированных отделениях. Структура индивидуализированных реабилитационных мероприятий зависит от функционального состояния сердечнососудистой системы, возраста пациента, сопутствующих заболеваний. Используется ЛФК, дозированная ходьба, диетотерапия, психотерапия. По показаниям - медикаментозная терапия: антикоагулянты непрямого действия, диуретики, сердечные гликозиды, препараты, влияющие на липидный обмен. В ряде случаев лечение осуществляется в дневном стационаре или поликлинике.

Временная нетрудоспособность пациентов, перенесших инфаркт миокарда, определяется индивидуально. В среднем для мелкоочагового инфаркта она составляет 50-60 дней (25-30 дней - стационар, 24 дня - реабилитационное лечение, 10-17 дней - поликлиника), для крупноочагового инфаркта 80-105 дней (стационар-30-35 дней, реабилитационное лечение -24 дня, поликлиника-30-35 дней). При осложненном течении заболевания эти сроки удлиняются. Возможно установление инвалидности.

Санаторно-курортное лечение. После перенесенного ИМ давностью более 1-го года без приступов стенокардии или с редкими нетяжелыми приступами(1, 2 функционального класса), без нарушений сердечного ритма, при НК не выше 1-ой стадии – возможно лечение, как в местных кардиологических санаториях, так и на климатических курортах, (кроме горных). Пациенты с постинфарктным

кардиосклерозом при НК I стадии и ГБ не выше 2-ой стадии могут лечиться в местных кардиологических санаториях.

Обучение.

1. Уменьшить общее потребление жиров. Резко уменьшить употребление насыщенных жирных кислот (животные жиры, сливочное масло, сливки, яйца) и увеличить потребление клетчатки и сложных углеводов (овощи, фрукты). Следует придерживаться диеты, основу которой составляют овощи, фрукты, морская рыба, домашняя птица. Полезны пищевые добавки с волокнами, хлеб грубого помола, отруби, овес. При избыточной массе тела рекомендуется гипокалорийная диета.

2. Ограничить потребление соли до 5 г/сут.

3. Алкоголь можно употреблять в умеренных количествах, лучше в виде красного сухого вина.

4. Курение вредно, от него лучше отказаться.

5. Физическая активность полезна, желательно, чтобы она была постоянной для пациента и его семьи. Показаны пешие прогулки, работа в саду, лыжи и др.

Профилактика. *Первичная:* общие гигиенические мероприятия, формирование здорового образа жизни, достаточный сон; пребывание на свежем воздухе; двигательная активность; отказ от вредных привычек; рациональное питание. *Вторичная:* диспансерное наблюдение, проведение курсов профилактического лечения гиполипидемическими препаратами в весенние и осенние месяцы (никотиновая кислота, никотинамид, пробукол, симвастатин и др.).

В амбулаторных условиях при работе с группой риска и реконвалесцентами следует:

- поощрять у пациента устранение факторов риска;
- прекращение курения, уменьшение эмоциональных нагрузок и т.д.;
- научить вести контроль АД и липидов;
- способствовать выполнению предписанных врачом рекомендаций по приему ЛС;
- дозированной физической нагрузки.

Сердечная недостаточность - это неспособность сердца к нормальному наполнению и опорожнению, что приводит к нарушению кровоснабжения органов в соответствии с потребностями организма.

Есть понятие **острой** (развивающейся быстро и внезапно) и **хронической сердечной недостаточности** (с постепенным развитием: начальная I ст.-компенсированная, II ст.: застойные явления выражены значительно и вначале распространяются на один круг кровообращения - II А ст, застойные явления распространяются на оба круга кровообращения - II Б ст., III ст. - конечная, дистрофическая).

Острая левожелудочковая недостаточность - это внезапно развившееся снижение сократительной функции миокарда левого желудочка, приводящее к

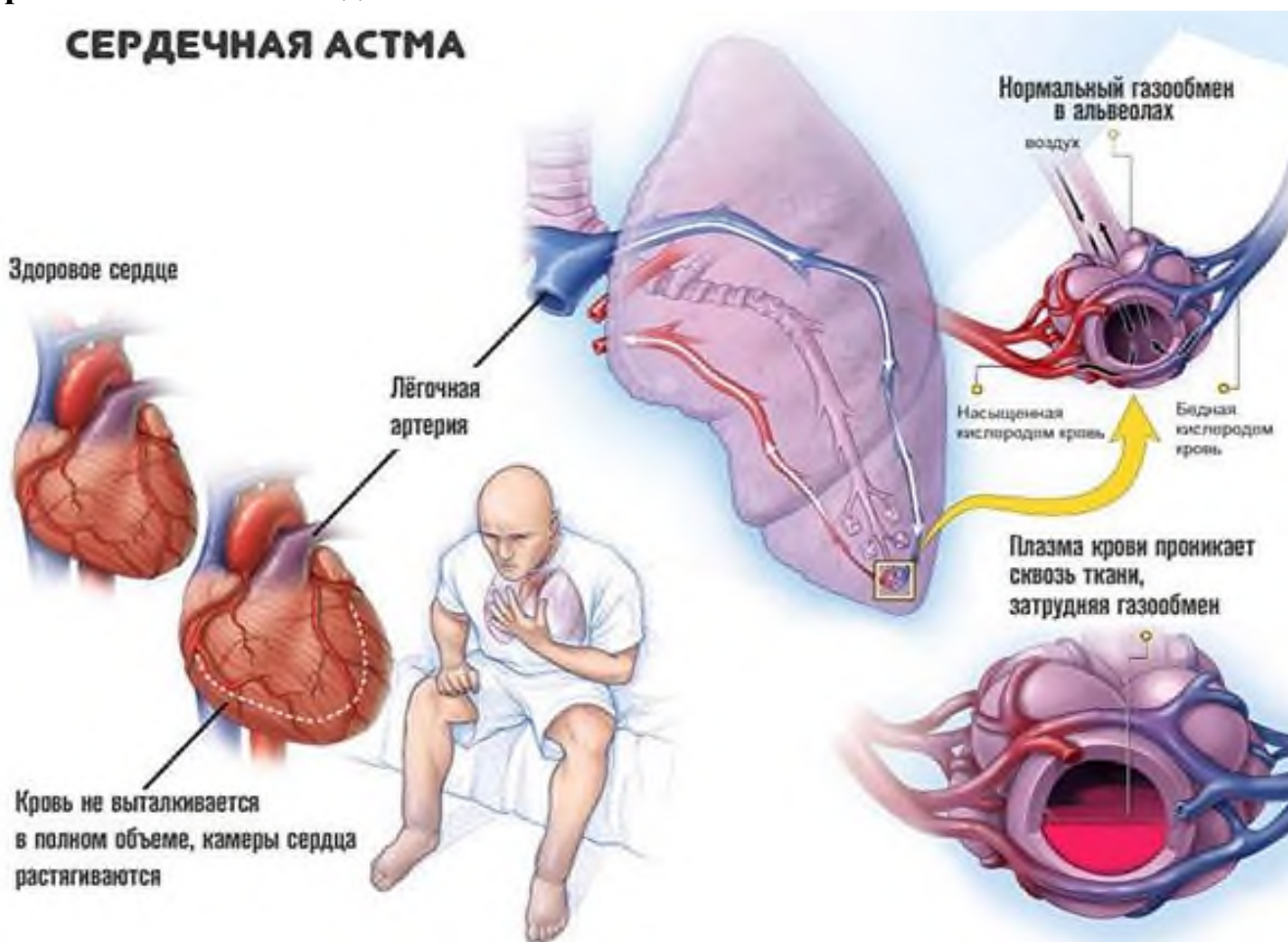
нарушению внутрисердечной гемодинамики и легочного кровообращения (застой в малом круге кровообращения). Протекает в виде **сердечной астмы (интерстициальный отек)** и отека легких (**альвеолярный отек**).

Основные причины:

- острый инфаркт миокарда, кардиосклероз после инфаркта;
- гипертоническая болезнь;
- нарушение сердечного ритма (аритмия);
- порок сердца (врожденный, приобретенный);
- бронхиальная астма, хронический бронхит;
- последствия перенесенных ОРВИ, инфекционных заболеваний (корь, скарлатина, грипп);
- патологии почек;
- черепно-мозговые травмы;
- отравление токсическими веществами.

Приступ сердечной астмы возникает, как правило, ночью: появляется **удушие (инспираторная одышка)**, сухой кашель. Больной занимает вынужденное положение с приподнятым головным концом или сидя на кровати с опущенными ногами (**ортопное**). Кожные покровы **бледные с цианотическим оттенком**, **дыхание жесткое, ослабленное везикулярное с мелкопузырчатыми влажными хрипами в нижних отделах легких**.

СЕРДЕЧНАЯ АСТМА



Если **сердечная астма** переходит в **отек легких**, то состояние больного становится более тяжелым, **удушье усиливается**, появляется **кашель с**



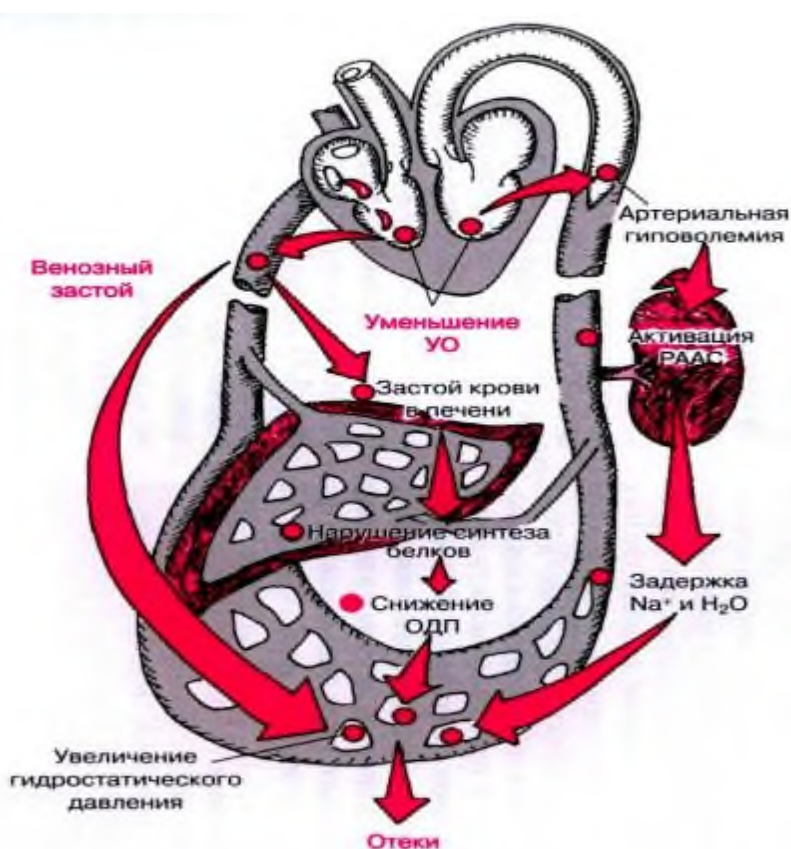
пенистой розовой (кровянистой) мокротой, при аускультации выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы, возникает **клокочущее дыхание**. Появляется и нарастает **цианоз лица**. Пульс частый. Вены шеи набухают.

Острая правожелудочковая недостаточность.

Часто развивается при инфаркте миокарда правого желудочка, разрыве межжелудочковой перегородки и при тромбоэмболии легочной артерии.

Клиника связана с застоем в большом круге кровообращения: **перебои и боли в области сердца, боли в правом подреберье, отеки; резкое увеличение печени.**

Объективно: сильнейший диффузный цианоз, **набухание шейных вен, отеки ног**. Пульс частый, слабого наполнения, нередко аритмичный; тахикардия, тоны сердца глухие, нередко ритм галопа, систолический шум на мечевидном отростке, усиливающийся на вдохе. **Печень резко увеличена**, болезненная, надавливание на нее вызывает резкое **набухание шейных вен** (симптом Плеша).



Хроническая сердечная недостаточность - это снижение насосной функции, что приводит к неспособности сердца снабжать органы и ткани кровью и кислородом на уровне,

соответствующем их метаболическим потребностям в покое или при легкой физической нагрузке.

Основными причинами дисфункции могут быть любые заболевания ССС: поражения миокарда (постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, дилатационная кардиомиопатия, миокардиты, миокардиодистрофии, алкогольное, лекарственные и токсические поражения), гемодинамическая перегрузка сердечной мышцы артериальной и легочной гипертензией, пороки сердца. А также анемия, ожирение, тиреотоксикоз.

Клиника. Зависит от стадии заболевания. **Первая стадия** ХСН (начальная, I ст., компенсированная) проявляется сердцебиением и одышкой, возникающими при значительной физической нагрузке и сохраняющимися дольше, чем у здорового человека при той же нагрузке. Правильный режим позволяет обходиться этим больным без медикаментозного лечения.

При **второй стадии** застойные явления выражены значительно и вначале распространяются на один круг кровообращения II А ст.). При **поражении левых отделов сердца** наблюдаются застойные явления в малом круге кровообращения - **При поражении правых отделов сердца** наблюдаются застойные явления в большом круге кровообращения.

Если застойные явления распространяются на оба круга кровообращения (II Б ст.), появляется интенсивная одышка, которая беспокоит больного даже при небольшом физическом или эмоциональном напряжении. Отмечаются влажные хрипы в легких, расширяются яремные вены, печень увеличивается и становится плотной, отеки распространяются на голени, бедра. Определяется асцит и/или

СИМПТОМЫ

- ОДЫШКА** в покое или при нагрузке
- ОТЕКИ** нижних конечностей
- УЧАЩЕННОЕ** или неритмичное сердцебиение
- ДИСКОМФОРТ** в области сердца лежа на левом боку
- ОГРАНИЧЕНИЕ** возможности передвижения (в тяжелых случаях до размеров квартиры)
- ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ** вялость

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

ОСЛОЖНЕНИЯ

- НАРУШЕНИЕ** ритма и проводимости сердца
- УХУДШЕНИЕ** течения гипертонической болезни (кризовое течение)
- ХРОНИЧЕСКАЯ** сердечная недостаточность
- ХРОНИЧЕСКАЯ** болезнь почек с исходом в почечную недостаточность
- ИНВАЛИДИЗАЦИЯ** с выраженным снижением качества жизни
- ОТЕК** легких
- ВНЕЗАПНАЯ** сердечная смерть

выпот в плевральной полости (гидроторакс). В результате лечения застойные явления могут уменьшаться.

Третья стадия - конечная, дистрофическая. Проявляется тяжелой одышкой в покое, ортопноэ, ночными приступами удушья, гидротораксом, гидроперикардом, асцитом, анасаркой, резким расширением яремных вен, значительным увеличением печени. Присоединяются изменения в эндокринной системе, развивается кардиальная кахексия. Лечение может лишь несколько улучшить общее состояние.

Уход и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: проведение проветривания и кварцевания палат, влажную уборку; уход за полостью рта больных, их кожей, слизистыми, половыми органами при физиологических отправлениях, профилактику пролежней; четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный прием лекарственных препаратов; контроль за передачами родственников; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и величины суточного диуреза; проведение ЛФК; кислородотерапии; подготовку к дополнительным исследованиям (лабораторные, инструментальные). Также она проводит: беседы с больными и их родственниками о вредном влиянии курения и алкоголя на прогрессирование ХСН, о значении систематического приема сердечных средств и мочегонных в предупреждении прогрессирования ХСН, о значении диеты с ограничением жидкости и соли; обучение больных и их родственников определению АД, ЧДД, пульса, распознаванию первых признаков сердечной декомпенсации с целью профилактики.

Эффективный уход за больными ХСН требует выполнения следующих мероприятий:

- контроль массы тела - 2 раза в неделю или ежедневно в одинаковых условиях, в случае прибавки 2 кг за три дня - немедленно сообщить об этом врачу;
- ограничение потребления поваренной соли при I ст. < 3 г/сут.; II ст. - 1,2-1,8 г/сут.; III ст. - менее 1 г/сут.; ограничение приема жидкости (до 750 мл/сут.); разгрузочные дни - 1 раз в 7-10 дней; достаточная физическая активность.

Необходимо информировать пациента о симптомах его заболевания, прогнозе, исключении вредных привычек, пользы физической активности.

Общие правила фармакотерапии ХСН:

1. При отсутствии противопоказаний все больные с ХСН получают неограниченно долго ингибиторы АПФ.
2. Лечение ИАПФ сочетается с приемом диуретиков, даже при отсутствии видимых отеков.
3. Бета-адреноблокаторы (бисопролол, карведилол) назначаются также неограниченно долго дополнительно к ингибиторам АПФ, диуретикам, сердечным гликозидам.

4. Прием сердечных гликозидов (строфантин, коргликон, дигоксин (ланикор), целанид (изоланид), дигитоксин, мепросцилларин (клифт) требует постоянного контроля медицинской сестры из-за выраженных побочных действий - сердцебиение, перебои в работе сердца, аритмии; ухудшение аппетита, тошнота, рвота, боли в животе; головная боль, головокружение, бессонница, парестезии; нарушения зрения - мелькание «мушек», «желтых пятен». О появлении указанных признаков медицинская сестра должна немедленно сообщить врачу.

При тяжелых формах ХСН назначаются диуретики в сочетании ИАПФ, антагонистами кальция, сердечными гликозидами, что приводит к гипокалиемии и требует постоянного контроля содержания калия в плазме крови на протяжении всего периода лечения, коррекции диеты с увеличением калийсодержащих продуктов (курага, изюм, чернослив и др.).

В лечении пациентов с ХСН широко используются средства, корригирующие электролитный обмен, улучшающие метаболизм миокарда: калия хлорид, панангин, аспаркам, «поляризующий раствор» (20 % раствора глюкозы 200 мл, 4 % раствора хлористого калия 100 мл, 5-10 мл 25 % раствора сульфата магния, 8-10 ед. инсулина).

Всем больным проводится *оксигенотерапия* централизованно с помощью носового катетера или лицевой маски.

Витамины, особенно их коферментные формы (кокарбоксилаза) и анаболические стероиды (неробол) при ХСН улучшают внутриклеточный обмен. Применяются в обычных дозах.

ЛФК. Динамические упражнения, ходьба, езда на велосипеде, плавание, садоводство и огородничество проводятся с той интенсивностью, которая комфортна для пациента. Постельный режим - важная часть лечения ХСН, однако физическая активность и ЛФК также необходимы. Потому что даже короткие периоды постельного режима приводят к уменьшению переносимости физических нагрузок, появлению страха перед выполнением домашней работы. Необходимо всячески поощрять регулярную, умеренную (с учетом состояния пациента) физическую активность. Совершать пешие прогулки 3-5 раз в неделю в течение 20-30 мин, которые улучшают мышечный тонус и уменьшают выраженность симптомов ХСН.

Профилактика.

Первичная: формирование навыков здорового образа жизни, рациональное питание, исключение вредных привычек, своевременное и адекватное лечение заболеваний сердца.

Вторичная: диспансерное наблюдение по основному заболеванию.

Обучение.

1. Диета (ОВД, гипохолестериновая) должна содержать достаточное

количество белков (50-90 г), жиров (50-70 г), углеводов (300-400 г), солей К и Mg. Количество поваренной соли ограничивается до 2-3г/сут., при II Б ст. - III ст. соль периодически исключается полностью, так как она задерживается в организме. Питание дробное, 4-5 раз в день. Суточное потребление жидкости до 1 л. При ожирении необходимо снизить массу тела, при кахексии рекомендуются пищевые добавки.

2. Режим двигательной активности при начальной сердечной недостаточности - умеренные физические нагрузки; дозированная ходьба в темпе 50-60 шагов в минуту, начиная с 500 м, прибавляя через каждые 1-2 дня по 100 м, до достижения 3 км. Частота пульса не должна превышать 85-90 в 1 мин. При выраженной сердечной недостаточности - щадящий режим.

3. Вести дневник самонаблюдения.

4. Желательно прекратить курение.

5. Одной из причин неэффективного лечения больных ХСН является несоблюдение пациентами предписанного режима приема медикаментозных препаратов. Нужно объяснить, что состояние под влиянием лечения будет улучшаться постепенно и в полной мере проявится через несколько недель. При лечении препаратами ИАПФ вероятность госпитализации в будущем ниже. Больным, у которых симптомы исчезли, надо сказать, что лечение должно быть продолжено для поддержания хорошего состояния.

Сосудистая недостаточность - представляет собой клинический синдром, развитие которого связано с резким уменьшением объема циркулирующей крови, а также притока ее к сердцу и ухудшением кровоснабжения жизненно важных органов. Под острой сосудистой недостаточностью понимают недостаточность периферического кровообращения, сопровождающуюся низким артериальным давлением и нарушением кровоснабжения органов и тканей. Острая сосудистая недостаточность - состояние, проявляющееся в виде обморока, коллапса, шока.

Обморок (синкопе) - кратковременная потеря сознания с нарушением постурального тонуса (отсутствие возможности стоять), расстройством сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. Это остро (подостро) возникающая недостаточность мозгового кровообращения на фоне активации парасимпатических и/или недостаточности симпатических влияний. Механизм обморока связан с внезапным перемещением крови в крупные сосуды брюшной полости.

Причины: вегетативная дисфункция, связанная с остро возникшей ваготонией, эмоциональное возбуждение (страх, боль, небольшая травма), несостоятельность баро-рецепторов, обеспечивающих адаптацию кровообращения при перемене положения тела (быстрое вставание после длительного

горизонтального положения); переутомление, тяжелые заболевания, повышенная чувствительность зоны каротидного синуса.

Клиника. Обморок имеет три периода:

1-й период - предсинкопальное состояние длительностью от нескольких секунд до 1-2 мин. Характерны головокружение, тошнота, дурнота, потемнение в глазах, звон в ушах, ощущение нарастающей общей слабости и неминуемого падения с утратой сознания.

2-й период - собственно обморок или синкопе, продолжительностью 6-60 с. Утрата сознания на фоне пониженного АД, слабого лабильного пульса, иногда брадикардии, поверхностного дыхания, бледности кожных покровов, общей мышечной гипотонии. Глаза закрыты, зрачки расширены. При глубоком обмороке отмечаются клонические или тонико-клонические подергивания, непроизвольное мочеиспускание.

3-й период - пара- или постсинкопальный, длящийся несколько секунд. Восстанавливается сознание, ориентировка в себе, месте, времени, амнезия второго периода. Выражены тревога, общая слабость, тахикардия, учащение дыхания. Клиника может ограничиться предсинкопальным состоянием или мгновенной потерей сознания без предшествующего предсинкопального состояния (ортостатический, кардиогенный варианты).

Нейрогенные синкопы - рефлекторные (вазовагальные - страх, боль, стресс), синокаротидные (брадикардии), ситуационные (при мочеиспускании, дефекации, кашле, после приема пищи с резким повышением внутригрудного давления), ортостатические, эмоциогенные (психогенные), ассоциативные (следствие патологических условно-рефлекторных реакций на воспоминание о пережитом ранее конфликте).

Соматогенные синкопы:

1) *кардиогенные* - обусловлены недостаточностью левого желудочка. Утрата сознания внезапная (стеноз аорты, кардиомиопатии, миокардит, аритмии);

2) *гипогликемические* - снижение содержания в крови глюкозы;

3) *анемические* - следствие гипоксии мозга;

4) *респираторные* - следствие легочной гипоксии (чаще при хронических заболеваниях легких), дыхательного алкалоза (на фоне гипервентиляции), беттолепсия - кашлевой синкопе.

Экстремальные синкопы:

1) *гипоксические* - результат экзогенной гипоксии при дефиците кислорода во вдыхаемом воздухе (высота в горах, барокамера);

2) *гиповолемические* - следствие неблагоприятного распределения крови с резким обеднением церебральных сосудов (при испытании на центрифуге);

3) *интоксикационные* - результат острого отравления бытовыми (угарный

газ), промышленными ядами;

4) *медикаментозные* - побочное действие обычных доз гипотензивных препаратов (ИАПФ, нейролептики, нитраты, диуретики, ганглиоблокаторы);

5) *гипербарические* - результат резкого повышения давления в дыхательных путях при дыхании с избыточным давлением.

Обычно потеря сознания происходит в положении стоя. Если потеря сознания происходит в положении сидя или лежа - причина в нарушении ритма сердечной деятельности или нарушении мозгового кровообращения.

Уход и лечение. Устранить потенциально опасные для жизни пациента внешние факторы (электрический ток, газ, пламя и др.). Придать горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Вызвать врача. Расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха. Обрызгать лицо холодной водой, дать понюхать нашатырный спирт, растереть виски, провести компрессию живота руками. Проветрить помещение, доступ свежего воздуха, дать увлажненный кислород. Согреть больного (к рукам и ногам приложить грелки). При восстановлении сознания дать выпить горячий чай.

Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты:

- систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, аппарат ЭКГ;
- преднизолон, адреналин, мезатон (амп.), физиологический раствор 500 мл.

После восстановления сознания, нормализации пульса и АД пациенту обеспечивается физический и психический покой в течение 1-2 ч. Может отмечаться слабость, головная боль или тяжесть в голове. О случившемся обмороке пациент не помнит.

Коллапс - форма острой сосудистой недостаточности, сопровождающейся уменьшением объема циркулирующей крови, резким устойчивым снижением АД без потери сознания. Развитию коллапса способствуют тяжелые интоксикации, инфекции, пневмония, инфаркт миокарда, перитонит, сепсис и др. Механизм коллапса заключается в резком снижении тонуса артериол и вен в результате нарушения функций сосудодвигательного центра и непосредственного воздействия патогенных факторов на периферические нервные окончания сосудов и дуги аорты. Вследствие пареза сосудов увеличивается емкость сосудистого русла, что приводит к застою и скоплению значительной части крови в некоторых сосудистых областях и уменьшению притока крови к сердцу.

Клиника. Развивается остро, внезапно. Сначала появляется выраженная слабость, головокружение, шум в ушах, нередко появляется «пелена» перед глазами, зябкость, похолодание конечностей. Сознание сохраняется, но пациенты заторможены, безучастны к окружающему, отвечают на вопросы односложно, с

трудом, почти не реагируют на внешние раздражители. Кожные покровы и слизистые вначале бледные, затем синюшные с серым оттенком; обильный холодный, липкий пот. Черты лица заостряются, взгляд тусклый, безучастный. Пульс частый, малый, отсутствует или определяется с трудом. АД резко снижено. Количество мочи уменьшается резко или отсутствует. Температура тела снижена.

Особенности ухода и лечение. Как можно быстрее ликвидировать причину, вызвавшую коллапс. Терапия должна быть направлена на повышение тонуса сосудов - вводится парентерально кофеин, кордиамин, мезатон, адреналин, норадреналин, дофамин, допамин, преднизолон. В тяжелых случаях внутривенно капельно назначается полиглюкин, реополиглюкин, сердечные средства (строфонтин, коргликон) под контролем АД. Всем пациентам проводится оксигенотерапия.

Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты:

- систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, аппарат ЭКГ, кардиомонитор, пульсоксиметр, дефибриллятор, мешок Амбу;
- преднизолон, адреналин, мезатон, дофамин, строфантин, лазикс (амп.), раствор полиглюкина, реополиглюкина, физиологический раствор во флаконах по 500 мл, стерильно; фентанил, дроперидол, омнопон, промедол, димедрол, рела-ниум, лидокаин (амп.), 50 % раствор анальгина 2 мл (амп.).

После оказания неотложной помощи пациент нуждается в госпитализации по основному заболеванию на носилках.

Шок - реакция организма на сверхсильное воздействие экзо- и эндогенных факторов, сопровождающаяся снижением объема циркулирующей крови, нарушением микроциркуляции, гипоксией, приводящая к тяжелым изменениям в жизненно важных органах.

Причинами шока могут быть резкая сильная боль, анафилаксия, инфекция, травма и др. В зависимости от этиологического фактора различают различные виды шока: гиповолемический (геморрагический, травматический, дегидратационный), кардиогенный, анафилактический, инфекционно-токсический. В течение шока выделяют эректильную (возбуждение) и торпидную (угнетение) фазы. Торпидная фаза шока по тяжести подразделяется на три степени. *При первой степени* отмечается резкая бледность кожных покровов и слизистых, слабый пот. Пульс 90-100 в 1 мин, удовлетворительных качеств, АД систолическое в пределах 90-60 мм рт. ст., сознание ясное. Диурез в норме. *При второй степени* - состояние средней тяжести или тяжелое, резкая бледность, цианоз, адинамия, пульс частый, нитевидный, АД систолическое – 60-40 мм рт. ст., сознание спутанное. Диурез снижен до 400 мл в сутки. *При третьей степени* - состояние

крайней тяжести, конечности холодные на ощупь, влажные. АД систолическое в пределах 50-40 мм рт. ст. или не определяется. Сознание спутанное или кома. Анурия.

Клиника. Зависит от: *вида шока* (гиповолемический, кардиогенный, анафилактический, инфекционно-токсический.); *фазы шока* (эректильная, торпидная).

В короткую эректильную фазу может возникнуть возбуждение, неадекватная поведенческая реакция (пациент может отказаться от лечения или покинуть помещение и т. д.). Кожные покровы могут быть гиперемированы, покрыты красными пятнами, горячими на ощупь; в некоторых случаях возникает тахипноэ, экспираторная одышка, тахикардия, кратковременное повышение АД.

В торпидной фазе лицо становится маскообразным, отмечается слабая реакция на окружающее, резкое нарушение болевой чувствительности, частое и поверхностное дыхание. Кожные покровы бледные или землисто-серого цвета, покрыты липким холодным потом, конечности холодные. Пульс частый, нитевидный. АД снижено. Поверхностные вены спадаются, ногтевые ложа становятся бледными и цианотичными. Могут появиться бронхоспазм с кашлем, экспираторной одышкой, свистящим дыханием или симптомы поражения ЖКТ - тошнота, рвота, боли в животе, желудочно-кишечные кровотечения. В большинстве случаев отмечаются резкая общая слабость; адинамия; спутанное сознание; заторможенность; тахикардия; гипотония; Олигурия и/или анурия.

Особенности ухода и лечение. Обеспечить физический и психический покой. Уложить горизонтально с приподнятым ножным концом. Согреть больного. Обеспечить доступ свежего воздуха, дать кислород. Лечение необходимо направить на ликвидацию причин шока. При кардиогенном шоке - введение обезболивающих средств - нейролептаналгезия, терапия нитратами, улучшение сократительной способности миокарда, при анафилактическом шоке - обкалывание места инъекции (укуса насекомым) 0,1 % раствором адреналина, наложение жгута выше инъекции или уса, введение в вену преднизолона, противошоковых жидкостей. При гиповолемическом, анафилактическом, инфекционно-токсическом шоке проводится массивная инфузионная терапия.

Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты:

- систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, аппарат ЭКГ, кардиомонитор, пульсоксиметр, дефибриллятор, мешок Амбу;
- преднизолон, адреналин, мезатон, дофамин, строфантин, лазикс (амп.), раствор полиглюкина, реополиглюкина, физиологический раствор во

флаконах по 500 мл, стерильно; фентанил, дроперидол, морфин, омнопон, промедол, димедрол, реланиум, лидокаин (амп.), 50 % раствор анальгина 2 мл (амп.).

После стабилизации АД показана экстренная госпитализация в кардиореанимационное отделение на носилках. При транспортировке пациента уложить в положение, предотвращающее западение языка и аспирацию рвотных масс, укрыть, обложить грелками.

Лечение заболеваний органов сердечно-сосудистой системы.

В лечении различают этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины), патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания) и симптоматическое (только устраняет симптомы заболевания на короткое время).

Этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины):

1. Антибактериальные препараты : антибиотики различных групп с учетом чувствительности возбудителя;

2. Противовирусные средства (при вирусной этиологии).

3. Гиполипидемические средства (нормализация уровня холестерина);

Патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания):

1. Противовоспалительные препараты (НПВС и СПВ, ГКС);

2. Нитраты (их антиангинальный эффект обусловлен снижением потребности миокарда в кислороде и улучшением коронарного кровотока);

3. Ингибиторы АПФ (вызывают расслабление кровеносных сосудов, а также уменьшение объема крови, что приводит к снижению кровяного давления и снижению потребности сердца в кислороде);

4. Тромболитики, антикоагулянты и антиагреганты (профилактика тромбозов и эмболий);

5. Бета-адреноблокаторы (восстановление организма и поврежденных тканей);

6. Витаминотерапия (повышение защитных сил организма);

7. Сердечные гликозиды (в малых дозах оказывают кардиотоническое и антиаритмическое действие).

Симптоматическое (устранение симптомов и облегчение состояния)

1. Жаропонижающие (при высокой температуре);

2. Обезболивающие (НПВС и анальгетики и наркотические);

3. Бета-адреноблокаторы (гипотензивное действие);

4. Антиаритмические (устранения и профилактики аритмий);

5. Диуретики (устранения и профилактики отеков);

6. Антагонисты кальция (снижать сократительную активность миокарда и урезать ЧСС)

7. **Гипертоники** (при наличии падения АД);
8. **Гипотоники** (при наличии падения АД);
9. **Седативные** (успокоение или уменьшение эмоционального напряжения)
10. **Растворы и кровезаменители** (повышение ОЦК)
11. **Оксигенотерапия** (для устранения гипоксии).

Для каждого заболевания и пациента индивидуальный подход в лечении, но основа всегда заключается в понимании этиологии, патогенеза, клинической картины и возможного развития осложнений.

Для составления плана сестринских вмешательств используйте методическое пособие «**Методы исследования при заболеваниях терапевтического профиля в сестринской практике**».

Пример плана сестринских вмешательств

Цель: устранить одышку, кашель сухой и выделение мокроты, кровохарканье, боль в грудной клетке и повышение температуры

Сестринские вмешательства

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим (в соответствии с состоянием: постельный, полупостельный и т.д) с исключением эмоциональных физических нагрузок и т.д.	Для эффективного лечения и профилактики осложнений.
2. Организация лечебного питания (в зависимости от заболевания (ОВД). <ul style="list-style-type: none"> - с уменьшением потребления жидкости до 1-1,5 литров, - с ограничением соли до 5-6 г/сутки - ограничение животных жиров принимая больше свежих фруктов и овощей, - увеличить потребление калия (кураги, изюма, чернослива, печеного картофеля) и магния (зерновые, миндаль, бананы, темный шоколад, листовая зелень) 	Для эффективного лечения: устранение и профилактика отеков нормализация уровня холестерина участвуют в обмене веществ клеток сердечной мышцы и насыщают их энергией, регулируя сократительную функцию миокарда, что позволяет назвать эти микроэлементы природным профилактическим средством против аритмии и сердечной недостаточности

<p>3. Организация диагностических методов с выпиской направлений: ОАК утром натошак из пальца (в клиническую лабораторию); БАК утром натошак из вены (в биохимическую лабораторию) СМАД - утром прийти на установку: предварительно принять душ (в кабинет функциональной диагностики) КТ органов грудной клетки (в рентген кабинет) ЭКГ – прийти за 15 мин до исследования для отдыха перед исследованием, не курить не пить крепкие напитки (чай, кофе, алкоголь) (в кабинет функциональной диагностики)</p>	<p>Для качественной и своевременной диагностики</p> <p>профилактика изменения ритма и деятельности сердца в целом</p>
<p>4. Организация ухода (в зависимости от проблем пациента):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обеспечить положение в постели с приподнятыми изголовьем, физический и психический покой - Обеспечить индивидуальным судном - Постановка горчичников на обл сердца 	<p>Для ограничения притока крови к голове при повышенном АД, для профилактики инсульта</p> <p>Для организации испражнения в условиях строго постельного режима</p> <p>Отвлекающая терапия для уменьшения болей в сердце</p>
<p>5. Проводить обучение пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> - приемам самовнушения и релаксации (<i>привести пример</i>) в течение недели ежедневно по 15 мин - самоконтролю за АД и пульсом (ведение дневника) 	<p>Для успокоения больного и адаптации к его состоянию</p> <p>С целью профилактики осложнений</p>
<p>7. Обеспечить прием нитратов (сублингвально в таблетках, спреях, мазях) по назначению врача</p>	<p>Для купирования болевого ангиоанального приступа с</p>
<p>8. Следить за цветом кожных покровов, пульсом, ЧДД, АД</p>	<p>Для контроля состояния и диагностики осложнений</p>
<p>9. Своевременно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного</p>	<p>Для предупреждения осложнений</p>
<p>10. Соблюдать этические правила при общении с пациентом и его родственниками</p>	<p>Для психоэмоциональной разгрузки больного и родственников</p>

Если заболевание сопровождается развитием осложнений в виде неотложных состояний, в плане сестринских вмешательств на первом месте указывается применение алгоритма неотложной помощи! (См. методические рекомендации «Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях»)

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите заболевания, относящиеся к патологии с воспалительным синдромом сердца.
2. Дать определение понятию «кардит», «эндокардит», «перекардит», «миокардит» с указанием этиологии и патогенеза.
3. Дать определение понятию «ревматизм» с указанием этиологии и патогенеза.
4. Сформулируйте проблемы пациента с ревматизмом (настоящие, приоритетные и потенциальные).
5. Дать определение понятию «гипертоническая болезнь» с указанием этиологии и патогенеза.
6. Сформулируйте проблемы пациента с ГБ (настоящие, приоритетные и потенциальные).
7. Дать определение понятию «атеросклероз» с указанием этиологии и патогенеза.
8. Дать определение понятию «ИБС», «стенокардия», «ОИМ» с указанием этиологии и патогенеза.
9. Сформулируйте проблемы пациента с ИБС (настоящие, приоритетные и потенциальные).
10. Дать определение понятию «ОСН», «ХСН» с указанием этиологии и патогенеза.
11. Сформулируйте проблемы пациента с ХСН (настоящие, приоритетные и потенциальные).
12. Дать определение понятию «сосудистая недостаточность» с указанием этиологии и патогенеза.
13. Сформулируйте проблемы пациента с сосудистой недостаточностью (настоящие, приоритетные и потенциальные).
14. Перечислить лабораторные методы исследования используемые для диагностики заболеваний органов дыхания.
15. Перечислить инструментальные (функциональные, рентгенологические, эндоскопические) методы исследования, используемые для диагностики заболеваний органов ССС.
16. Перечислить препараты для лечения заболеваний органов ССС, соблюдая принципы лечения (этиотропное, патогенетическое и симптоматическое).
17. Перечислите неотложные состояния, относящиеся к патологии ССС.
18. Перечислите неотложные состояния, относящиеся к ишемической патологии сердца с клинической картиной каждого.
19. Перечислите неотложные состояния, относящиеся к патологии в виде острой сердечной недостаточности с клинической картиной каждого.
20. Перечислите неотложные состояния, относящиеся к патологии в виде острой сосудистой недостаточности с клинической картиной каждого.

Итоговая самооценка

1. Заполните пояснения к зарисовки гемодинамики кругов кровообращения в соответствии с цифрами (первые шесть цифр расставьте соответственно в рисунке).

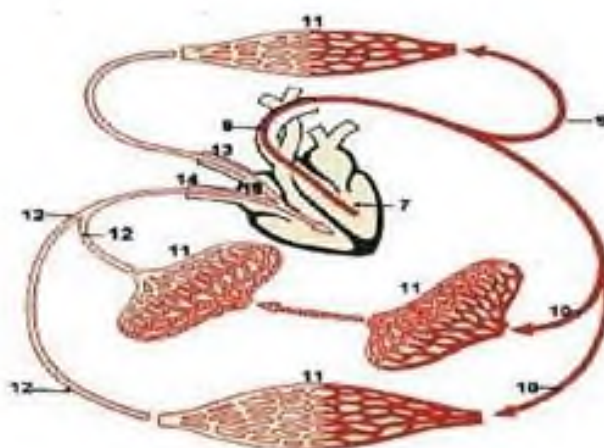
Малый круг кровообращения

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



Большой круг кровообращения

- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14



2. Опишите словами данную гемодинамику в таблице.

Малый круг кровообращения (МКК)	Большой круг кровообращения (БКК)

3. Выпишите воспалительные заболевания сердца, дав им определения.

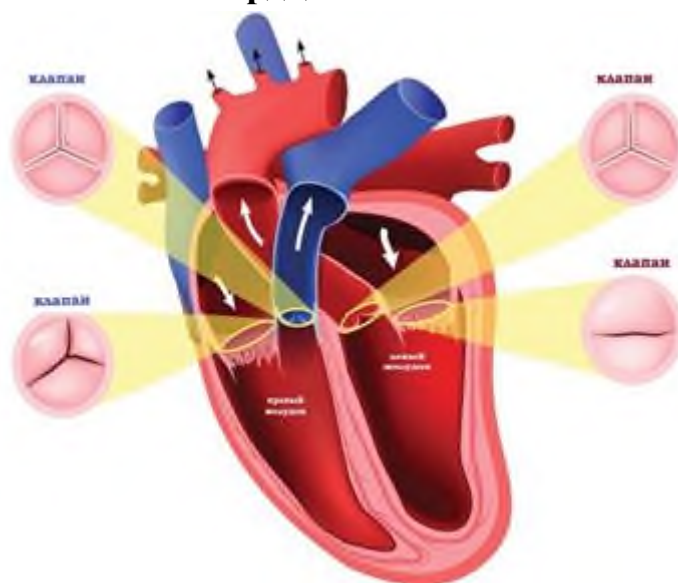
1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

4. Подпишите на рисунке названия клапанов сердца



5. Опишите застойные явления в кругах кровообращения, заполнив таблицу

Острая левожелудочковая недостаточность	Острая правожелудочковая недостаточность
Причины:	Причины:
Клиника:	Клиника:

6. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

1. **Этиология ревмакардита**
 - а) бета-гемолитический стрептококк*
 - б) золотистый стафилококк*
 - в) вирусы*
 - г) риккетсии*
2. **К развитию ревмакардита предрасполагает**
 - а) нерациональное питание*
 - б) гиподинамия*
 - в) стрессы*
 - г) очаг хронической инфекции*
3. **Основными причинами развития заболеваний сердечно-сосудистой системы являются**
 - а) неблагоприятные климатические условия*
 - б) природно-экологические факторы*
 - в) гиперлипидемия*
 - г) рациональное питание*
4. **Основные симптомы ревмокардита**
 - а) головная боль, головокружение, повышение АД*
 - б) слабость, понижение АД*
 - в) снижение аппетита, гектическая лихорадка*
 - г) боль в области сердца, тахикардия, субфебрилитет*
5. **Потенциальная проблема пациента при ревмокардите**
 - а) полиартрит*
 - б) повышение АД*
 - в) острая сосудистая недостаточность*
 - г) хроническая сердечная недостаточность*
6. **Наиболее частый исход ревматического эндокардита**
 - а) атеросклероз*
 - б) гипертоническая болезнь*
 - в) порок сердца*
 - г) выздоровление*
7. **При ревмакардите в общем клиническом анализе крови определяются**
 - а) тромбоцитопения, лейкопения*
 - б) увеличение СОЭ, лейкопения*
 - в) тромбоцитоз, эритроцитоз*
 - г) лейкоцитоз, увеличение СОЭ*
8. **При лечении кардита с этиотропной целью применяется**
 - а) анальгин*
 - б) нитроглицерин*
 - в) пенициллин*
 - г) фурагин*
9. **При лечении ревматизма с патогенетической целью применяются**
 - а) анальгетики*
 - б) нитраты*
 - в) нестероидные противовоспалительные препараты*
 - г) мочегонные*

10. Для вторичной профилактики ревматизма применяют

- а) анальгин*
- б) бициллин*
- в) димедрол*
- г) фуросемид*

11. Бициллинопрофилактика при ревматизме проводится с момента последнего обострения в течение

- а) 1 года*
- б) 2 лет*
- в) 4 лет*
- г) 5 лет*

12. Синюшное окрашивание губ и кончиков пальцев — это

- а) гиперемия*
- б) иктеричность*
- в) диффузный цианоз*
- г) акроцианоз*

13. Гидроперикард — это

- а) массивный отёк организма*
- б) застойная жидкость в полости перикарда*
- в) жидкость в полости плевры*
- г) воспаление перикарда*

14. Частота сердечных сокращений 110 уд/мин.

- а) брадикардия*
- б) тахикардия*
- в) экстрасистолия*
- г) норма*

15. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы с нерезким нарушением кровообращения применяется диета

- а) вариант с механическим и химическим щажением*
- б) вариант с повышенным количеством белка*
- в) основной вариант стандартной*
- г) вариант с пониженным количеством белка*

16. Сердечная астма, отёк лёгкого — это формы острой недостаточности

- а) коронарной*
- б) левожелудочковой*
- в) правожелудочковой*
- г) сосудистой*

17. Частота сердечных сокращений 54 уд/мин. — это

- а) брадикардия*
- б) тахикардия*
- в) экстрасистолия*
- г) норма*

18. Отеки нижних конечностей, асцит, увеличение печени являются признаками

- а) инфаркта миокарда*
- б) недостаточности кровообращения в БК*
- в) недостаточности кровообращения в МК*
- г) гипертонической болезни*

19. Отеки сердечного происхождения появляются

- а) утром на лице*
- б) утром на ногах*
- в) вечером на лице*
- г) вечером на ногах*

20. При наличии отеков медсестра рекомендует больному






- а) ограничить прием жидкости и соли*
- б) ограничить прием белков и жиров*
- в) увеличить прием жидкости и соли*
- г) увеличить прием белков и жиров*

7. Дать определение понятиям, заполнив таблицу

Гипертоническая болезнь	Гипертонический криз

8. Стрелками укажите соответствие названия осложнения органу поражения

«Органы мишени»

Название		Орган
Инсульт		
Почечная недостаточность		
Сердечная недостаточность		
Слепота		
Инфаркт		

9. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

21. Диета при гипертонической болезни предполагает

- а) ограничение жидкости и соли*
- б) увеличение жидкости и белков*
- в) ограничение жиров и углеводов*
- г) увеличение жиров и белков*

22. Возможный фактор риска гипертонической болезни

- а) гиповитаминоз*
- б) очаг хронической инфекции*
- в) нервно-психическое перенапряжение*
- г) переохлаждение*

23. АД 180/100 мм рт.ст. – это

- а) гипертензия*
- б) гипотензия*
- в) коллапс*
- г) норма*

24. Основные симптомы гипертонического криза

- а) головная боль, головокружение*
- б) кровохарканье, головная боль, одышка*
- в) изжога, рвота, шум в ушах*
- г) отрыжка, слабость*

25. Потенциальная проблема пациента при гипертоническом кризе

- а) асцит*
- б) острая сосудистая недостаточность*
- в) кровохарканье*
- г) сердечная недостаточность*

26. Независимое сестринское вмешательство при гипертоническом кризе

- а) введение пентамина*
- б) введение лазикса*
- в) холод на грудную клетку*
- г) горчичники на икроножные мышцы*

27. Зависимое сестринское вмешательство при гипертоническом кризе – введение

- а) капотен, лазикса*
- б) нитроглицерина, анальгина*
- в) глюкозы, панангина*
- г) морфина, гепарина*

28. При лечении гипертонической болезни применяются

- а) эналаприл, атенолол*
- б) дигоксин, димедрол*
- в) целанид, корвалол*
- г) атропин, аспаркам*

29. Осложнения гипертонической болезни

- а) инсульт, инфаркт миокарда*
- б) обморок, коллапс*
- в) ревматизм, порок сердца*
- г) пневмония, плеврит*

30. Появление на фоне гипертонического криза обильной пенистой розовой мокроты является проявлением

- а) пневмонии*
- б) легочного кровотечения*
- в) отека легких*
- г) кровохарканья*

31. Твердый напряженный пульс наблюдается при

- а) гипертоническом кризе*
- б) кардиогенном шоке*
- в) коллапсе*
- г) обмороке*

32. Подготовка пациента к ультразвуковому исследованию сердца

- а) разъяснение сущности исследования*
- б) очистительная клизма*
- в) промывание желудка*
- г) проведение бронхоскопии*

33. Гипотиазид пациентам с гипертонической болезнью рекомендуется принимать

- а) утром после еды*
- б) утром натощак*
- в) перед сном*
- г) перед ужином*

10. Перечислите функциональные методы диагностики при ГБ.

11. Выпишите из таблицы названия препаратов в соответствии с группой «Путаница»

Название препарата	Группа препарата
Каптоприл	Антагонисты кальция
Пентамин	Бета-адреноблокаторы
Лазикс	Ингибиторы АПФ
Нифедипин	Диуретики
Атенолол	Ганглиоблокаторы

12. Допишите фразу

Атеросклероз - это заболевание _____

13. Перечислите симптомы соответственно атеросклеротическому поражению артерий органов.

Название артерий	Симптомы
1. Церебральные	
2. Коронарные	
3. Мезентериальные	
4. Почечные	
5. Нижних конечностей	

14. Зарисуйте 3 основные причины ИБС и расшифруйте указанные буквы:

А —

Т —

С —

15. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

34. Фактор риска развития атеросклероза

- а) высокий уровень холестерина*
- б) занятия физической культурой*
- в) неотягощенная наследственность*
- г) рациональное питание*

35. При атеросклерозе поражаются

- а) артерии*
- б) вены*
- в) капилляры*
- г) мышцы*

36. Осложнения атеросклероза

- а) асцит, анасарка*
- б) инсульт, инфаркт миокарда*
- в) пиелонефрит, цистит*
- г) пневмония, бронхит*

37. Основные симптомы при атеросклерозе артерий головного мозга

- а) головная боль, ухудшение памяти*
- б) загрудинная боль, нарушение ритма сердца*
- в) снижение аппетита и массы тела*
- г) тошнота, рвота*

38. Симптом атеросклероза коронарных артерий

- а) головная боль*
- б) загрудинная боль*
- в) одышка*
- г) тошнота*

39. Симптом атеросклероза мезентериальных артерий

- а) лихорадка*
- б) слабость*
- в) боли в животе*
- г) понижение АД*

40. Основные симптомы атеросклероза артерий нижних конечностей

- а) слабость, тахикардия*
- б) отеки, повышение АД*
- в) одышка, аритмия*
- г) боли в икроножных мышцах при ходьбе, зябкость*

41. Потенциальная проблема пациента при атеросклерозе артерий нижних конечностей

- а) кожный зуд*
- б) зябкость*
- в) парестезии*
- г) гангрена*

42. Потенциальная проблема пациента при атеросклерозе почечных артерий

- а) артериальная гипотония*
- б) лейкоцитурия*
- в) лихорадка*
- г) олигурия, никтурия*

43. Больным атеросклерозом медсестра рекомендует исключить из питания продукты, богатые
- а) витамином С*
 - б) железом*
 - в) калием*
 - г) холестерином*
44. Большое количество холестерина содержат
- а) крупы, бобовые*
 - б) овощи, фрукты*
 - в) рыба, ягоды*
 - г) яйца, икра*
45. Профилактика атеросклероза включает
- а) занятия физической культурой*
 - б) закаливание*
 - в) санацию хронических очагов инфекции*
46. Проявлением синдрома коронарной недостаточности является
- а) отёк лёгких.*
 - б) инфаркт миокарда*
 - в) коллапс*
 - г) сердечная астма*
47. Основная причина ишемической болезни сердца
- а) атеросклероз коронарных артерий*
 - б) гипертоническая болезнь*
 - в) пороки сердца*
 - г) ревматизм*
48. Основным симптомом стенокардии
- а) слабость*
 - б) сжимающая, давящая боль*
 - в) одышка*
 - г) тошнота*
49. Загрудинная боль, иррадиирующая под левую лопатку, продолжительностью 5-10 минут, наблюдается при
- а) инфаркте миокарда*
 - б) ревмокардите*
 - в) остеохондрозе*
 - г) стенокардии*
50. Независимое сестринское вмешательство при появлении сжимающей загрудинной боли
- а) введение морфина*
 - б) введение анальгина*
 - в) нитроглицерин под язык*
 - г) димедрол внутрь*

51. Факторы риска ИБС

- а) гипотония*
- б) переохлаждение*
- в) гиповитаминоз*
- г) гиподинамия*

52. Функциональный класс стабильной стенокардии характеризует

- а) состояние сердечной мышцы*
- б) объём сердечного выброса*
- в) переносимость физических нагрузок*
- г) наличие факторов риска*

53. Аэрозольная форма нитроглицерина

- а) нитронг*
- б) нитросорбид*
- в) нитрогранулонг*
- г) нитроминт*

54. Для расширения коронарных артерий медсестра применяет

- а) гепарин*
- б) морфин*
- в) нитроглицерин*
- г) панангин*

55. Длительность боли при стенокардии не более

- а) 30 минут*
- б) 60 минут*
- в) 120 минут*
- г) 180 минут*

56. При лечении стенокардии используются

- а) нитраты, бета-адреноблокаторы*
- б) анальгетики, наркотики*
- в) гипотензивные, диуретики*
- г) ганглиоблокаторы, диуретики*

57. Основная причина инфаркта миокарда

- а) атеросклероз коронарных артерий*
- б) порок сердца*
- в) ревматический эндокардит*
- г) ревматический миокардит*

58. Основным симптомом при ангинозной форме инфаркта миокарда

- а) головная боль*
- б) загрудинная боль*
- в) отеки на ногах*
- г) сердцебиение*

59. При инфаркте миокарда наблюдается

- а) загрудинная боль, купирующаяся нитроглицерином*
- б) загрудинная боль, не купирующаяся нитроглицерином*
- в) колющая боль в области сердца*
- г) ноющая боль в области сердца*

60. Типичная форма инфаркта миокарда

- а) абдоминальная*
- б) ангинозная*
- в) астматическая*
- г) безболевая*

61. Осложнение инфаркта миокарда

- а) одышка*
- б) артриты*
- в) повышение АД*
- г) кардиогенный шок*

62. Основным симптомом при астматической форме инфаркта миокарда

- а) загрудинная боль*
- б) приступ удушья*
- в) боль в животе*
- г) головная боль*

63. Зависимое сестринское вмешательство при инфаркте миокарда – введение

- а) папаверина, лазикса*
- б) пентамина, дибазола*
- в) фентанила, дроперидола*
- г) димедрола, но-шпы*

64. В рационе пациента с атеросклерозом предпочтительны

- а) растительные жиры*
- б) мясо*
- в) кофе, чай*
- г) продукты, богатые углеводами*

65. Основным симптомом гастралгической формы инфаркта миокарда

- а) боль в животе*
- б) головная боль*
- в) загрудинная боль*
- г) приступ удушья*

16. Заполните таблицу по формам острой сосудистой недостаточности из разряда неотложных состояний

Название	Клиника	Препараты НП
1.		
2.		
3.		

17. Заполните таблицу по формам острой сердечной недостаточности из разряда неотложных состояний

Название	Клиника	Препараты НП
1.		
2.		
3.		

18. Заполните таблицу по формам сердечной ишемии и артериальной гипертензии из разряда неотложных состояний

Название	Клиника	Препараты НП
1.		
2.		
3.		

19. Заполните таблицу с характеристикой препаратов (по приведенному образцу)

Название	Группа	Действие
Нитроглицерин	Нитраты короткого действия	Расширяет коронарные артерии, ↑ доставку O ₂ к сердечной мышце (побочное действие ↓ АД за счет расширения сосудов)
Гепарин		
Анаприлин		↓ потребности миокарда в кислороде..... (побочное действие брадикардия, бронхоспазм)
Морфин		
Строфантин		
Адреналин		
Полиглюкин		
Димедрол		
Дроперидол		

20. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

66. Клинические симптомы кардиогенного шока

- а) лихорадка, рвота*
- б) приступ удушья*
- в) резкое снижение АД, частый нитевидный пульс*
- г) резкое повышение АД, напряженный пульс*

67. Появление удушья, обильной пенистой розовой мокроты при инфаркте миокарда является проявлением

- а) пневмонии*
- б) кровохарканья*
- в) легочного кровотечения*
- г) отека легких*

68. Экстрасистолия – это

- а) уменьшение частоты сердечных сокращений*
- б) увеличение частоты сердечных сокращений*
- в) нарушение проводимости*
- г) преждевременное сокращение сердца*

69. Показанием к кровопусканию является

- а) анемия*
- б) коллапс*
- в) обморок*
- г) гипертонический криз*

70. Зависимое сестринское вмешательство при инфаркте миокарда – введение

- а) папаверина, лазикса*
- б) пентамина, дибазола*
- в) фентанила, дроперидола*
- г) димедрола, но-шпы*

71. Аэрозольная форма нитроглицерина

- а) нитронг*
- б) нитросорбид*
- в) нитрогранулонг*
- г) нитроминт*

72. Для расширения коронарных артерий медсестра применяет

- а) гепарин*
- б) морфин*
- в) нитроглицерин*
- г) панангин*

73. В первые дни заболевания медсестра контролирует соблюдение больным инфарктом миокарда режима

- а) строгого постельного*
- б) постельного*
- в) палатного*
- г) общего*

74.Транспортировка больного с неосложненным инфарктом миокарда

- а) в кресле-каталке*
- б) на носилках*
- в) самостоятельное передвижение*
- г) передвижение в сопровождении медработника*

75.Больному инфарктом миокарда необходима госпитализация

- а) в первые часы заболевания*
- б) на 2-е сутки заболевания*
- в) на 3-и сутки заболевания*
- г) на 4-е сутки заболевания*

76.Обморок – это форма острой недостаточности

- а) коронарной*
- б) левожелудочковой*
- в) правожелудочковой*
- г) сосудистой*

77.Причина развития обморока

- а) резкое повышение АД*
- б) острая гипоксия мозга*
- в) высокая температура тела*
- г) метеоризм*

78.При обмороке медсестра придает пациенту положение

- а) с приподнятым изголовьем*
- б) с приподнятыми ногами*
- в) на левом боку*
- г) на правом боку*

79.Независимое сестринское вмешательство при обмороке

- а) введение пентамина*
- б) введение мезатона*
- в) рефлекторное воздействие нашатырного спирта*
- г) проведение оксигенотерапии через пеногасители*

80.После восстановления сознания при обмороке медсестра должна

- а) напоить пациента крепким горячим чаем*
- б) поставить банки*
- в) поставить горчичники*
- г) провести кровопускание*

81.При передозировке сердечных гликозидов может быть:

- а) нарастание отёков, слабость*
- б) сердцебиение, снижение АД*
- в) головная боль, тахикардия*
- г) брадикардия, боль в животе*

82.Основной симптом сердечной астмы

- а) боль в животе*
- б) головокружение*
- в) тошнота*
- г) удушье*

83. Медсестра накладывает венозные жгуты на конечности при

- а) бронхиальной астме*
- б) обмороке*
- в) стенокардии*
- г) сердечной астме*

84. При застое крови в малом круге кровообращения медсестра обеспечит пациенту положение

- а) горизонтальное*
- б) горизонтальное с приподнятыми ногами*
- в) коленно-локтевое*
- г) сидя, с опущенными ногами*

85. Ведущий симптом отека легких

- а) кашель с "ржавой" мокротой*
- б) сердцебиение*
- в) кашель с обильной пенистой розовой мокротой*
- г) головная боль*

86. При лечении хронической сердечной недостаточности применяются

- а) антибиотики, нитрофураны*
- б) бронхолитики, муколитики*
- в) цитостатики, глюкокортикостероиды*
- г) ингибиторы АПФ, диуретики*

87. Нитрат короткого действия

- а) нитроглицерин*
- б) нитрогранулонг*
- в) сустак-форте*
- г) оликард*

88. Эффект действия нитроглицерина наступает через (мин.)

- а) 1-3*
- б) 10-15*
- в) 20-25*
- г) 30-40*

89. Побочное действие нитроглицерина

- а) головная боль*
- б) лихорадка*
- в) отёки*
- г) асцит*

90. Сердечная астма, отёк лёгкого – это формы острой недостаточности

- а) коронарной*
- б) левожелудочковой*
- в) правожелудочковой*
- г) сосудистой*

21. Решите клинические задачи в сборнике задач

По мере решения в сборнике подпишите над задачей определенный диагноз или неотложное состояние, а в самой задаче маркером выделите ведущие симптомы (3-4 симптома).

Задачи также используются для индивидуального задания по составлению плана сестринских вмешательств.

Эталоны ответов к тестовым вопросам: 1 а, 2 г, 3 в, 4 г, 5 г, 6 в, 7 г, 8 в, 9 в, 10 б, 11 г, 12 г, 13 б, 14 б, 15 в, 16 б, 17 а, 18 б, 19 г, 20 а, 21 а, 22 в, 23 а, 24 а, 25 г, 26 г, 27 а, 28 а, 29 а, 30 в, 31 а, 32 а, 33 б, 34 а, 35 а, 36 б, 37 а, 38 б, 39 в, 40 г, 41 г, 42 г, 43 г, 44 г, 45 а, 46 б, 47 а, 48 б, 49 г, 50 в, 51 г, 52 в, 53 г, 54 в, 55 а, 56 а, 57 а, 58 б, 59 б, 60 б, 61 г, 62 б, 63 в, 64 а, 65 а, 66 в, 67 г, 68 г, 69 г, 70 в, 71 г, 72 в, 73 а, 74 б, 75 а, 76 г, 77 б, 78 б, 79 в, 80 а, 81 г, 82 г, 83 г, 84 г, 85 в, 86 г, 87 а, 88 а, 89 а, 90 б.

Критерии оценки:

0 – 9 ошибок – «5»

10-19 ошибок – «4»

20 - 29 ошибок – «3»

25 и более ошибок – «2»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБОУ ПО Пензенский областной медицинский колледж
Кузнецкий филиал

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

для студентов 2 курса

специальность 34.02.01 «Сестринское дело»

**ПМ 04. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ**

**МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов
терапевтического профиля разных возрастных групп**

**Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях
терапевтического профиля**

**Тема 2.4 Сестринский уход при заболеваниях желудочно-
кишечного тракта**



Составитель: Павлова О.В.

преподаватель высшей квалификационной
категории

2024

Пояснительная записка

Уважаемый студент!

Учебно – методическое пособие для студентов создано для самостоятельной внеаудиторной подготовки по теме «Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта», а также может использоваться на практических занятиях по теме.

В пособии отражен и систематизирован теоретический материал по данной теме и включает основные вопросы:

- ✓ Определения заболеваний наиболее часто встречающихся;
- ✓ Этиология, патогенез и клиническая картина заболеваний;
- ✓ Диагностические методы;
- ✓ Особенности лечения;
- ✓ Особенности сестринского ухода;
- ✓ Осложнения и неотложные состояния

Пособие содержит вопросы промежуточного контроля и раздел «Итоговая самооценка» для определения итогового уровня знаний после работы с пособием, для закрепления и обобщения полученной новой информации.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС и рабочей программой МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля, рекомендуется для преподавателей дисциплины и студентов специальности «Сестринское дело» 2 курса.

Указания по работе

I. Освоение нового материала основывается на базовых знаниях, полученных при изучении ряда дисциплин и МДК на первом и втором годах обучения.

1. ОП 2 «Анатомия и физиология человека»
2. ОП 3 «Основы латинского языка с медицинской терминологией»
3. ОП.04 «Основы патологии»
4. ОП.05 «Основы микробиологии и иммунологии»
5. ОП.06 «Генетика человека с основами медицинской генетики»
6. ОП.07 «Фармакология»
7. ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи МДК.01.01 Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации
8. ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности, находящегося в распоряжении медицинского персонала МДК.02.01 Документирование и контроль в профессиональной деятельности
9. ПМ.03 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни МДК.03.01 Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний МДК.03.02 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению

II. Для более точного осмысления и понимания нового материала, Вам необходимо внимательно ознакомиться с теоретическим материалом.

III. Изучите теоретический материал по теме, отвечая на вопросы самоконтроля. Законспектируйте кратко материал.

IV. Выполните задания в разделе «Итоговая самооценка» для закрепления, систематизации новой информации. После сверьте результаты с эталонами, при низкой оценке вернитесь к теоретическому материалу еще раз.

V. Для более глубокого изучения материала по данной теме воспользуйтесь списком дополнительной литературы, выполните задания для внеаудиторной работы.

Формируемые компетенции

1.1.1. Перечень общих компетенций

ОК 01.	<i>Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам</i>
ОК 02.	<i>Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности</i>
ОК 03.	<i>Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях</i>
ОК 04.	<i>Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде</i>
ОК 05.	<i>Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста</i>
ОК 06.	<i>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</i>
ОК 07.	<i>Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях</i>
ОК 08.	<i>Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности</i>
ОК 09.	<i>Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках</i>

1.1.2. Перечень профессиональных компетенций

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
ВД 4	Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях
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

1.1.3. В результате освоения, обучающийся должен:

Иметь практический опыт	<p>проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированием лечащего врача;</p> <p>выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту;</p> <p>осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии;</p> <p>обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;</p> <p>проведения мероприятий медицинской реабилитации</p>
Уметь	<p>проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении;</p> <p>выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>выявлять факторы риска падений, развития пролежней;</p> <p>проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике;</p> <p>осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода;</p> <p>выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни;</p> <p>проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли;</p> <p>выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту:</p> <ul style="list-style-type: none">- оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов;- введение лекарственных препаратов внутривенно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи;

	<p>- катетеризацию периферических вен;</p> <p>- внутривенное введение лекарственных препаратов;</p> <p>проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача;</p> <p>собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача;</p> <p>проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача;</p> <p>обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов;</p> <p>ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;</p> <p>осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;</p> <p>выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни;</p> <p>оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям);</p> <p>проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача;</p> <p>получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения поведения.</p>
Знать	<p>основы теории и практики сестринского дела, методов определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>диагностических критериев факторов риска падений, развития</p>

	<p>пролежней и контактного дерматита у пациентов;</p> <p>анатомо-физиологических особенностей и показателей жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правил измерения и интерпретации данных;</p> <p>технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;</p> <p>основ клинической фармакологии, видов лекарственных форм, способов и правил введения лекарственных препаратов, инфузионных сред;</p> <p>правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам;</p> <p>медицинских изделий (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемых для проведения лечебных и (или) диагностических процедур и вмешательств;</p> <p>требований к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента;</p> <p>порядка и правил учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртосодержащих препаратов, инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания;</p> <p>правил ассистирования врачу (фельдшеру) при выполнении лечебных или диагностических процедур;</p> <p>правил транспортной иммобилизации;</p> <p>особенности сестринского ухода с учетом заболевания, возрастных, культурных и этнических особенностей пациента;</p> <p>современных технологий медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;</p> <p>особенности и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;</p> <p>порядка оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента;</p> <p>процесса и стадий умирания человека, клинических признаков, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенности сестринского ухода;</p> <p>признаков биологической смерти человека и процедур, связанных с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке;</p> <p>психологии общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам</p>
--	--

(законным представителям);

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

физических и психологических особенностей пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

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

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

показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

правил оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Теоретический материал

МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп

Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля Тема 2.4 Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) – это система органов, которая механически и химически перерабатывает поступающую пищу, извлекает из нее питательные вещества и жидкость, а затем пропускает их в кровь или лимфу. Также органы ЖКТ участвуют в процессе вывода непереваренных остатков.

От качества работы ЖКТ и здоровья его структур зависит не только физическое состояние человека, но и его внешний вид, настроение, работоспособность. Заболевания системы пищеварения требуют обязательного лечения и тщательного контроля.

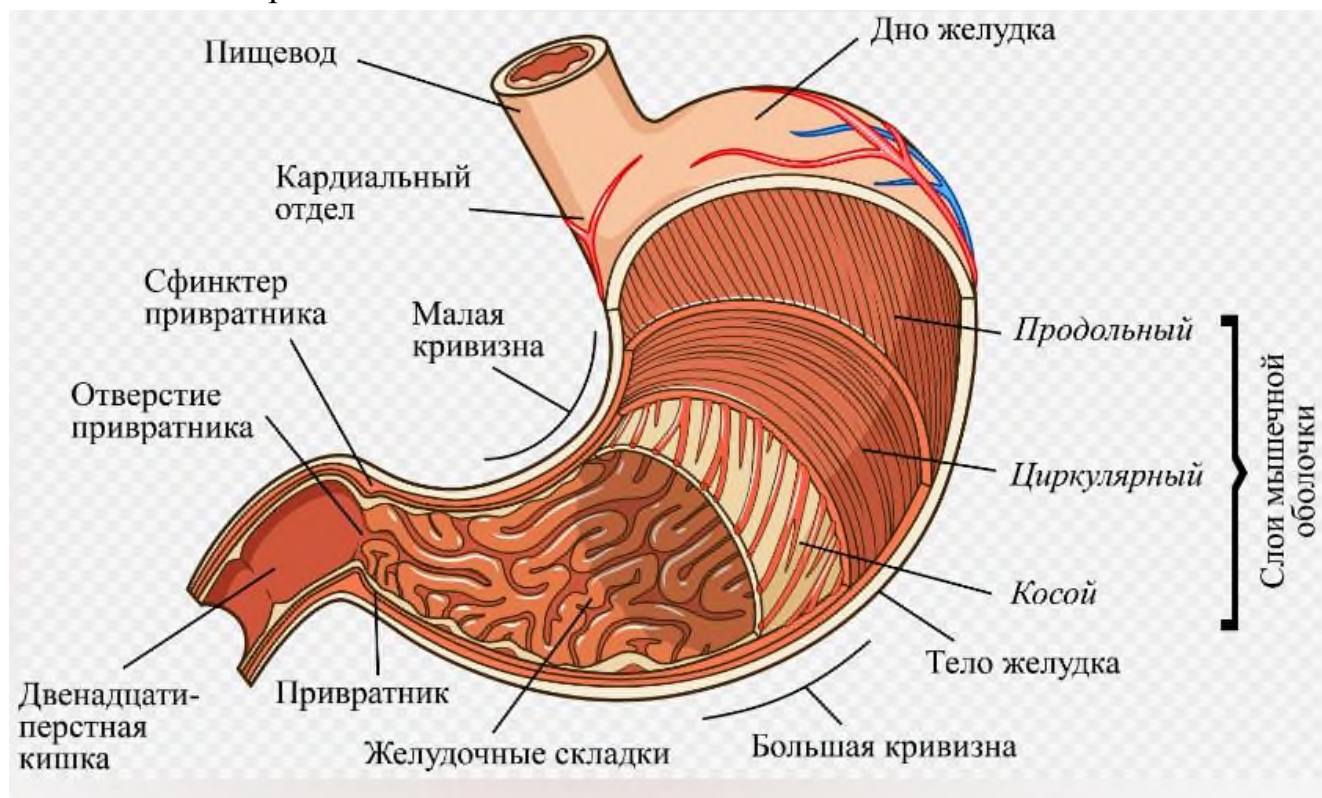


Пищеварительный тракт разделяется на разделы: полость рта, глотка, пищевод, желудок, поджелудочная железа, печень, кишечник. Назначение органов пищеварения состоит в измельчении и переваривании пищи, продвижение по пищеварительному тракту, всасывание и выделение из организма непереваренных остатков. Переваривание пищи состоит в переводе пищи с помощью пищеварительных ферментов, вырабатываемых особыми железистыми

клетками, в жидкое растворенное состояние, которое всасывается в кровь и разносится по всему организму. Переваривание пищи начинается во рту при жевании и смачивании ее слюной. Слюна вырабатывается околоушными, подчелюстными и подъязычными железами. В слюне находится фермент амилаза, превращающий нерастворимый крахмал пищи в растворимый сахар.

Поэтому пища должна быть хорошо пережевана, смочена и пропитана слюной. Пищевод является продолжением глотки, проходит вдоль позвоночника за трахеей и под диафрагмой впадает в желудок, который, как и весь кишечник, состоит из 3 слоев: слизистой оболочки, мышечного и серозного. Слизистая оболочка покрывает весь желудочно-кишечный тракт. В ней заложены железы, выделяющие слизь и пищеварительные ферменты. Желудок, кишечник, печень и селезенка покрыты серозной оболочкой.

Желудок. Расположен в брюшной полости под диафрагмой, большей частью под левым ее куполом, и только выходная часть расположена в правой половине живота. Разделяется желудок на 3 части: входная (кардиальная), средняя (главная, дно и тело), выходная (привратниковая, пилорическая). Желудок является полым органом, имеет форму крючка или рога и может вмещать 2-3 литра жидкости.



Секреторная ф-ция желудка. Слизистая оболочка содержит специальные железы, которые выделяют желудочный сок, составной частью которого являются слизь, соляная кислота, пепсин, гастрин, сычужный фермент, катепсины, липаза и др. ферменты. пепсин переваривает белки только в присутствии соляной

кислоты. Слизь предохраняет ЖКТ от различных раздражителей, а стенку желудка и от непосредственного агрессивного действия желудочного сока.

Двигательная (моторная) ф-ция. Когда пища попадает в желудок, привратник закрывается для ее переваривания (перемешивания с желудочным соком). В зависимости от характера пища переваривается в желудке от 2 до 4 часов. Периодически мускулатура привратника расслабляется, и перемешанная пища отдельными порциями поступает в 12-перстную кишку, где продолжается пищеварение.

Всасывательная функция. В желудке всасываются вода, растворенные в ней сахар, соль, спирт и др. в-ва в незначительном количестве.

Выделительная (экскреторная) функция. Эта ф-ция незначительна. Выделяются алкоголь, мочевины и др. ядовитые в-ва.

Кровотворная функция. Слизистая желудка вырабатывает фактор Касла, который переводит неактивную форму витамина В12 в активную.

Гастрит — группа заболеваний разного генеза с острым или хроническим воспалением слизистой желудка. Это прежде всего воспалительное заболевание слизистой желудка с перестройкой ее структуры, прогрессирующей атрофией, нарушением секреторной, моторной и инкреторной функций.

Самое распространенное заболевание системы пищеварения, поражающее около 50% взрослого населения. Актуальность проблемы хронического гастрита состоит в том, что рак желудка не развивается на нормальной слизистой желудка, а ему предшествует хр.гастрит.

К развитию гастрита приводят различные причины:

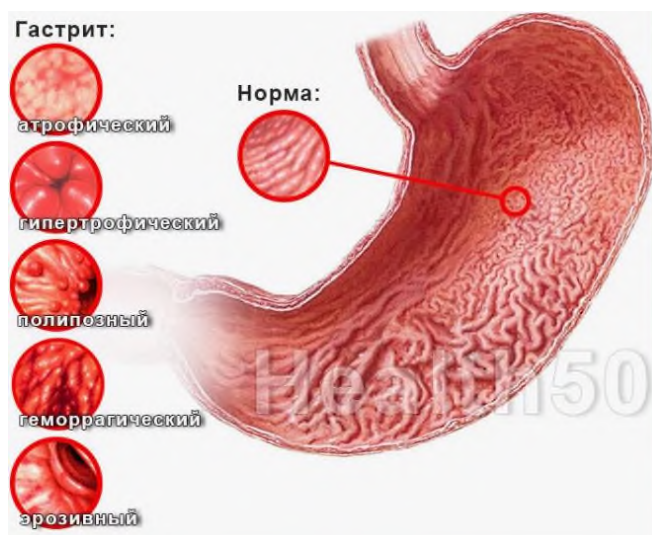
1. *экзогенные факторы* – химические, физические, термические, бактериальные раздражители (*Helicobacter pylori*), острые пищевые интоксикации, пищевые токсикоинфекции, лекарственные воздействия (салицилаты, нестероидные противовоспалительные средства, гормональные препараты), алиментарные (употребление недоброкачественной, трудноперевариваемой пищи), соединения тяжелых металлов;

2. *эндогенные факторы* – острые и хронические процессы (брюшной тиф, дизентерия, туберкулез), аллергия.

Классификация гастритов.

1. Катаральный гастрит
2. Эрозивный гастрит
3. Фибринозный (некротические

изменения слизистой оболочки)



4. Некротический (при попадании химических веществ), коагуляционный (кислот) и колликвационный (солей) .

5. Гнойный гастрит.

Хронические делятся:

1. гастрит типа А – аутоиммунный, атрофический;

2. гастрит типа В – ассоциированный с *Helicobacter pylori*, неатрофический;

3. гастрит типа С – особые формы гастрита (рефлюкс-гастрит- у перенесших резекцию желудка, радиационный, инфекционный, полипозный, эрозивный и т.д.).

Состояние кислотообразующей функции желудка:

1. с повышенной или нормальной секреторной функцией;

2. с секреторной недостаточностью.

К причинам, приводящим к его развитию, относятся:

1. инфицирование *Helicobacter pylori*; источник инфицирования – зараженный человек;

2. наследственную предрасположенность к образованию антител к обкладочным клеткам желудка (аутоиммунный гастрит);

3. травмирующее действие на слизистую оболочку дуоденального содержимого, забрасываемого в желудок во время рефлюкса;

4. алиментарный фактор – нерегулярное питание, плохое качество пищи, злоупотребление специями, алкоголем;

5. длительный и бесконтрольный прием некоторых лекарственных препаратов (нестероидные противовоспалительные средства, гормональные препараты, салицилаты и др.).

Способствующие факторы: курение, проф. Вредности, хронические инфекции полости рта и носоглотки, эндокринные заболевания, нарушения обмена веществ, аутоинтоксикации.

Хронический гастрит типа А (гипоцидный) .

Клиника.

Чаще встречается у людей пожилого возраста. Заболевание длительно существует латентно. Больные предъявляют жалобы на боли, чувство тяжести, давление в эпигастральной области после приема пищи, отрыжку тухлым, воздухом, чувство раннего утоления голода, снижение аппетита, тошноту, неприятный привкус во рту. Характерны также нарушение стула в виде поносов, метеоризм, урчание в животе. При развитии анемии пациентов могут беспокоить общая слабость, снижение массы тела, адинамия, ощущение жжения языка, парестезии в конечностях.

При осмотре обращают на себя внимание бледность кожи и слизистых оболочек, сухость кожи, покраснение и разрыхление десен, сглаживание языка,

иногда выявляется стоматит. При пальпации отмечается разлитая болезненность в эпигастральной области.

Диагностика.

Диагностируется с помощью ЭФГДС, рентгенографии желудка, уреазного теста, внутрижелудочной рН-метрии, исследования желудочного сока, других лабораторных и инструментальных методов.

При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) наблюдаются бледная и истонченная слизистая оболочка, хорошо выраженный сосудистый рисунок, сглаженные складки желудка, при обострении – кровоизлияния в слизистую оболочку.

Биопсия слизистой желудка обнаруживает атрофию желез, замещение их псевдопилорическими железами и кишечным эпителием.

При рентгенографии желудка определяется нарушение эвакуаторной и моторной



Острый гастрит



- **Рентгенологическое исследование:** утолщение и нечеткость складок слизистой оболочки; нарушения моторной и эвакуаторной функций желудка. При эрозивном гастрите складки слизистой оболочки подушкообразны,
- на некоторых из них определяются углубления в центре со скоплением бариевой взвеси в них

функции, отсутствуют складки слизистой оболочки в области дна.

Фракционное исследование желудочного сока с помощью тонкого зонда и рН-метрии выявляют секреторную недостаточность желудка после гистаминовой

стимуляции.

Внутрижелудочной рН-метрии



Особенности ухода и лечение.

Медсестра обеспечивает: четкое и своевременное выполнение назначенных врачом двигательного режима и режима питания; соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в отделении; четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный прием больными лекарственных препаратов; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела, стула; контроль за передачами продуктов питания больному его родственниками; подготовку больного к дополнительным исследованиям (рентгенологическому, гастроскопическому, УЗИ и др); проведение фракционного исследования желудочного содержимого. Также она проводит беседы с родственниками о необходимости систематического приема лекарственных препаратов, о значении соблюдения режима питания, о необходимости исключения вредных привычек; обучение больных правильному приему лекарственных препаратов.

Режим постельный в период обострения и далее свободный с ограничением тяжелых физических нагрузок.

ДИЕТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ И НАРУШЕНИЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА

МОЖНО:

- * хлеб пшеничный в виде тостов, сухарики;
- * вторичный некрепкий бульон с протертым мясом;
- * нежирную говядину, мясо кролика (вареное, тушеное, приготовленное на пару);
- * курицу, индейку (готовят без кожи);
- * нежирную рыбу (треска, судак);
- * паровой омлет;
- * нежирный творог;
- * масло сливочное (очень ограничено);
- * каши – гречневую, овсяную;
- * овощи – морковь, брокколи, кабачок (вареные или приготовленные на пару);
- * яблоки в запеченном виде;
- * крекер, сухое печенье;
- * кисели, отвары из шиповника, черники, черной смородины, чай.

НЕЛЬЗЯ:

- * хлеб ржаной и с отрубями, сдобу, макароны, пиццу;
- * овощные, молочные, крупяные супы, щи, борщ, грибные бульоны;
- * колбасу и сосиски;
- * жирные сорта рыб (камбала, лосось, семга);
- * яйца всмятку и вкрутую;
- * молоко, сливки, йогурт с бифидобактериями;
- * растительное масло;
- * каши – пшеничную, ячневую, перловую;
- * сырые овощи и блюда, приготовленные из замороженных овощей;
- * цитрусовые, виноград, абрикосы, персики, бананы, сливы, инжир, груши;
- * шоколад, конфеты, джемы, мед;
- * овощные и фруктовые соки, какао, кофе с молоком, молочные коктейли, газированные напитки (питье нельзя давать холодным!).

В фазе обострения хронического аутоиммунного гастрита типа А

рекомендуется ЩД, обеспечивающая функциональное, механическое, термическое и химическое щажение желудка. На период обострения из рациона исключаются блюда, оказывающие сильное раздражающее действие на слизистую оболочку (соленья, копчености, наваристые супы, маринады, острые приправы, жареное мясо, рыба), плохо переносимые продукты (молоко, виноградный сок, сметана).

Необходимо ограничить употребление соли, крепкого чая, кофе, исключить алкогольные напитки.

Все блюда готовятся в жидком виде или в виде желе. ЩД должна содержать 80 г белков, 80-100 г жиров, 200-300 г углеводов, 6 г соли, энергетическая ценность составляет 2100-2200 ккал. Пища принимается небольшими порциями через каждые 2-3 ч. Разрешаются: манная, рисовая каши, ягодные и фруктовые кисели, молочные или слизистые супы, яйца всмятку, омлеты, протертые овощи, сливочное масло, отвар шиповника, протертый творог. Через 2-3 дня по мере ликвидации острых симптомов больным расширяют диету. Рекомендуются следующие продукты и блюда: супы из картофеля, моркови, молочные с вермишелью, лапшой, вегетарианские щи; свежий творог, простокваша, кефир, несоленое сливочное масло; яйца всмятку, омлеты; нежирное мясо (говядина, телятина, куры, кролик) в отварном виде или в виде паровых котлет, фрикаделей; постная ветчина; докторская колбаса; любые каши; пудинги; овощи хорошо разваренные, измельченные; фрукты сладкие протертые, отварные или печеные; кисели, некрепкий чай; хлеб белый, черствый, сухари, сухое печенье, сушки.

По мере ликвидации воспаления больным хроническим аутоиммунным гастритом показана постепенно нарастающая функциональная стимуляция функциональных желез. С этой целью в рацион питания вносятся изменения. Больному разрешается следующий набор продуктов и блюд: хлеб черствый белый, сухари, сухое печенье, бисквит; молоко разбавленное (при хорошей переносимости), кефир, простокваша; сливочное и растительное масло; яйца всмятку, омлеты; супы нежирные без острых приправ; протертые борщи; мясные и куриные бульоны; овощные навары; уха; мясо отварное, нежирное или в виде паровых котлет, кнелей, фрикаделей; нежирная колбаса вареная, сосиски, нежирная ветчина; черная икра; овощи отварные, протертые; фрукты мягкие, сладкие без кожуры; отвары шиповника, сок черной смородины; сок капусты, лимонный сок, березовый сок, клюквенный сок, разведенный кипяченой водой. Питание должно быть дробным, 5-6 раз в день небольшими порциями. Однако больные должны избегать употребления жирных сортов мяса и рыбы, тугоплавких животных жиров, жареных пирогов и картофеля, блинов, консервов, копченостей, перца, горчицы, уксуса и т.д. Больным с секреторной недостаточностью запрещается также грубая, раздражающая пища, ограничиваются или

исключаются черный и свежий хлеб, свежие изделия из теста, жареное мясо, сливки, капуста, виноград, продукты, вызывающие брожение в кишечнике. Питание с ограничением грубой клетчатки и цельного молока.

После окончания курса лечения, в фазе ремиссии, многим больным можно рекомендовать ОВД (при условии хорошей ее переносимости) с указанными выше ограничениями.

Минеральные воды способствуют уменьшению воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка. За 10-15 минут до еды назначают минеральные воды, хлористые или хлоридно-гидрокарбонатные, натриевые («Ессентуки» №4,17, «Арзни», «Нарзан» и др.).

В период ремиссии необходимо регулярное питание (4 раза в день) с ограничением жирной, жареной пищи, сладкого теста, копченостей. Исключаются курение и алкоголь.

Принимают средства, усиливающие секрецию соляной кислоты: настойку полыни горькой, настой корня одуванчика и др.

Медикаментозная терапия.

Назначается заместительная терапия ***ферментными препаратами:***

1. пепсин по 1-2 ст.ложки 2-3 раза в день во время еды;
2. ацидин-пепсин по 0,5 г 3-4 раза в день во время еды или сразу после еды;
3. абомин по 1 таблетке во время еды 3 раза в день во время еды;
4. пепсидил по 1-2 ст.ложки 2-3 раза в день во время еды или сразу после еды;

Необходим прием ***витаминных препаратов:***

1. витамина В12 по 100 мкг через день курсом 20-30 дней;
2. никотиновой кислоты по 0,05-0,1 г 2-3 раза в день курсом 15-20 дней
3. витамина В6 25-100 мг в сутки;
4. никотиамида по 0,025 г 2 раза в день внутрь или по 1-2 мл 1% р-ра в/мышечно;
5. аскорбиновой кислоты по 0,005-0,01 г по 2-3 раза в день или в/мышечно по 1 мл 5% р-ра.

При выраженном болевом синдроме, показаны ***спазмолитики:***

1. платифиллин по 1-2 мл 0,2% р-ра;
2. но-шпа по 0,04-0,08 г 2-3 раза в день или в/мышечно по 2-4 мл 2% р-ра.

Из ***средств физиотерапии*** показаны следующие процедуры:

1. грязевые аппликации на эпигастральную область;
2. УВЧ-облучение;
3. диадинамические токи;
4. гальванизация области желудка;
5. радоновые, хвойные или хвойно-радоновые ванны и др.

В фазе ремиссии – санаторно-курортное лечение:

Курорты: Ессентуки, Налчик, Ижевские минеральные воды, Юрмала.

Местные: Надежда, Сергиевские минеральные воды, Березовая роща, им. Володарского, Нива, Полесье.

Диспансеризация.

Этот вариант хронического гастрита является предраковым заболеванием. *Периодичность посещений врача* должна быть не реже 2 раз в год, по показаниям чаще.

Объем исследований: ОАК, ОАМ, бак.исследование желудочной секреции, исследование кала на яйца глист, простейшие (не менее 2-3 раза подряд) исследование кала на скрытую кровь.

Консультации узких специалистов: стоматолога (при необходимости санация полости рта и протезирование), онколога по показаниям.

ФГДС и прицельная биопсия (атриум и тело желудка) проводится во всех случаях впервые установленного DS, а в дальнейшем по показаниям.

Всем больным хроническим гастритом с секреторной недостаточностью проводят *профилактические мероприятия*, имеющие своей целью предупредить прогрессирование атрофических изменений в слизистой оболочке желудка и дальнейшее нарастание секреторной недостаточности, а также предупредить переход этой формы хронического гастрита в опухолевый процесс. Они включают:

1. санацию полости рта;
2. исключение алкоголя и курения;
3. диетотерапию;
4. витаминотерапию;
5. периодический прием лечебных минеральных вод;
6. физиотерапия, ЛФК;
7. санаторно-курортное лечение.

Хронический гастрит типа В.

/ с нормальной или повышенной секреторной функцией/.

Клиника:

Обычно протекает с признаками повышенной секреторной функции желудка. Больные предъявляют жалобы на изжогу, отрыжку кислым, тяжесть и тупые ноющие боли в подложечной области после еды, склонность к запорам.

Объективно: обложенность языка, болезненность при пальпации в эпигастрии.

ОАК, ОАМ – норма.

Желудочное зондирование: увеличение базальной секреции соляной кислоты.

Дыхательный уреазный тест - это лабораторный метод диагностики хеликобактериоза (инфекционного заболевания, вызванного бактерией *Helicobacter pylori*), основанный на анализе проб выдыхаемого пациентом воздуха.

Рентгенологически – признаки гиперсекреции, утолщение складок. Нарушение тонуса и перистальтики.

ФГДС – покраснение, гипертрофия складок, отек.

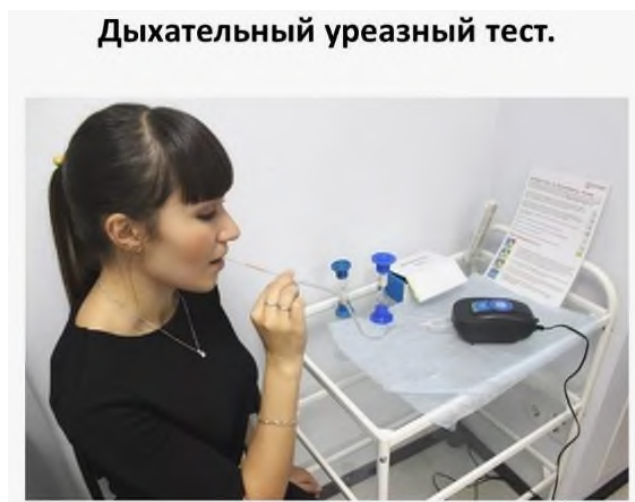
Осложнения: может быть переход в язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки. При гастрите с повышенной кислотообразующей функцией желудка (бактериальном) может быть синдром ацидизма: боль натошак различной интенсивности, проходящая после приема щелочей и пищи, изжога, отрыжка кислым, склонность к запорам. Такое состояние может расцениваться как предъязвенное, при этом всегда выявляется дуоденит.

Особенности ухода и лечение.

Независимые сестринские вмешательства при гастритах включают: обеспечение санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка, кварцевание, проветривание палат); уход за кожей, слизистыми, своевременная смена нательного и постельного белья; соблюдение правил гигиены при физиологических отправлениях и рвоте; контроль общего состояния, частоты пульса, ЧДД, АД, массы тела, аппетита.

Взаимозависимые и зависимые вмешательства: подготовка больного и забор биологического материала на лабораторные и инструментальные исследования (ЭФГДС, рентгенография желудка, уреазный тест, внутрижелудочная рН-метрия, фракционное зондирование желудка с исследованием желудочного сока, других лабораторных и инструментальных методов.); своевременное и правильное введение назначенных лекарственных препаратов (орально, парентерально); оказание помощи врачу при проведении врачебных манипуляций; контроль переносимости лекарственных препаратов, контроль за передачами родственникам. Также медсестра проводит: беседы о роли рационального питания, о профилактике обострений заболевания; обучение больных правилам диеты.

Режим назначается постельный (в период обострения) и свободный с



исключением тяжелых физических нагрузок.

Обязательно назначение лечебного питания. Диета (ЩД) предусматривает дробное 5-6-разовое питание, пища должна быть тщательно обработанная, щадящая, богатая белком и витаминами, умеренной температуры. ЩД - это для ограничения механического, химического и температурного воздействия на

Диетические рекомендации при запорах¹			
Рекомендуется 5-6 разовый прием пищи маленькими порциями. Полноценная диета включает в себя продукты, улучшающие моторную функцию и опорожнение кишечника (овощи, крупы, кисломолочные продукты). Рекомендуемая кулинарная обработка – неизмельченная, приготовленная на пару или вареная.			
МОЖНО		НЕЛЬЗЯ	
	Ржаной, пшеничный из муки грубого помола, печенье сухое, несдобная выпечка	Хлеб и хлебобулочные изделия	Хлеб из муки высших сортов, слоеное и сдобное тесто
	Преимущественно из овощей на мясном бульоне, клодные, фруктовые и овощные супы, борщи, свекольник, щи из свежей капусты	Супы	Разрешены все продукты данной категории
	Рассыпчатые и полувязкие каши, особенно рекомендуются блюда из гречневой и ячневой. Из бобовых: зеленый горошек, соевый творог	Блюда и гарниры из крупы и бобовых	Рис, манная крупа, саго, вермишель, бобовые (ограничить или исключить)
	Нежирные сорта различных видов мяса, курица, индейка вареные или запеченные, куском или рубленые	Мясо и птица	Жирные сорта, утка, гусь, яйца крутую и жареные, копчености, консервы
	Нежирные виды, отварная или запеченная; блюда из морской продукции	Рыба	Жирные сорта, копчености, консервы
	Свекла, морковь, томаты, огурцы, кабачок, тыква, цветная капуста (в сыром виде, вареные, в виде заправки)	Овощи	Редька, редис, чеснок, лук, репа, грибы
	Особенно рекомендуются мармелад, пастила, инжир, абрикосы, чернослив, сахар, варенье, особенно рябиновое, мед, компоты	Фрукты, сладости	Черника, айва, князь, шоколад, кисель, изделия с кремом
	Простокваша, свежий кефир, нежирная сметана, ацидофильное молоко, вареник, сметана, творог	Молочные продукты	Разрешены все продукты данной категории
	Растительные масла (оливковое, подсолнечное)	Жиры	Животные и кулинарные жиры
	Салаты из сырых овощей, винегреты с растительным маслом, икра овощная, фруктовые салаты, сыр неострый	Закуски и приправы	Острые и жирные соусы, хрен, горчица, перец
	Отвар из шиповника и пшеничных отрубей, соки фруктовые, овощные (из слив, абрикосов, моркови, томатов). Напитки комнатной температуры напиток в постели	Напитки	Какао, черный кофе, крепкий чай, кисель, алкогольные и газированные напитки

желудок. Исключаются сильные стимуляторы секреции желудка и содержатся

блюда, обладающие слабым сокогонным действием: молоко, яйца, молочные каши, сладкие фруктовые соки. Лечебное питание создает условия для устранения воспаления, достаточное количество белка, а частое питание и употребление протертых блюд обуславливает механическое щажение слизистой.

Рекомендуется:

- Пищу готовить в кашицеобразном и пюре образном виде. Блюда сначала варятся, а затем протираются.
- Исключать возбудители секреции (бульоны) и раздражители (грубые продукты и некоторые овощи).
- Исключать трудно перевариваемые продукты (грибы, жесткое мясо с фасциями сухожилиями и кожей, жареная пища).
- Блюда из мяса и рыбы дают в виде парового суфле, кнелей, пюре, котлет.
- Разрешены консервы из овощей и фруктов для детского питания.
- Вводить некоторые овощи в виде пюре (картофельное, морковное, свекольное).
- Исключаются слишком горячие и холодные блюда, которые замедляют процессы регенерации слизистой.
- Калорийность снижена за счет незначительного уменьшения углеводов в рационе.
- Разрешенное количество соли составляет 8-10 г.
- Организуется питание 6 раз в день дробными порциями. Прием пищи в одно и тоже время способствует уменьшению воспаления.
- На ночь рекомендуется молоко.

Этиологическое лечение:

Схема: 1. Де-нол 0,12 по 1т 3р за 30 мин до еды и на ночь.

2.Оксациллин 0,5 4 раза до еды

3.Метронидозол 0,25 4 раза в день

Противовоспалительная терапия в период обострения:

1. Де-нол 0,12 по 1т 3р за 30 мин до еды и на ночь.

2. Гастрофарм – по 25, 50 мг №50 2 таб 3 раза в день за 30 мин до еды, амп по 10мг, 2мг.

3. Сукральфат (вентер) 0,5 2 таб 3 раза в день.

Коррекция нарушений внутренней секреции.

При повышенной секреции: периферические М-холинолитики:

- Платифиллин 0,003 -0,005 3 раза в день
- Гастроцепин 50 мг 3 раза в день 0,05(0,025)

Блокаторы H₂- гистаминовых рецепторов:

- Циметидин 0,2 3 раза в день после еды и на ночь
- Ранитидин /11 поколения/ 0,15 после завтрака и перед сном

- Фамотидин /11 поколения/ 0,02 после завтрака и перед сном
- Альмагель фл по 170 мл по 1-2 ч ложки 4 раза в день
- Фосфалюгель, Маалокс – 1-2 ч ложки 4 раза в день.

Коррекция нарушений моторной функции желудка.

Наиболее часто наблюдаются спастические явления.

- папаверин 2% 2мл 2 раза в/м
- ношпа 0,4 3 раза в день
- церукал 0,01 по 5 – 10 мг 3 раза в день до еды

Стимуляция репаративных процессов.

- рибоксин 0,2 3 раза в день
- гастротрофил, селкосерил, каринтин 20 % по 2 чайн. ложки 2 раза в день, масло облепихи 1 чайная ложка 3 раза в день.

Физиотерапия – противовоспалительное, болеутоляющее и нормализующее секрецию действие.

Электрофорез платифиллина, папаверина, ДДТ, синусоидальные модулированные точки, тепловые процедуры.

Минеральные воды: Боржоми, Луанская, Славяновская, Ижевская, Березовская, Джермук.

Курорты Пензенской области: Надежда, Березовая роща, Хопровские зори, Нива, Полесье.

Диспансеризация:

Периодичность врачебных осмотров 1-2 раза в год. Объем

Лабораторно-инструментальных исследований. Общий анализ крови

и мочи, исследование желудочной секреции, ФГСД/ кал на яйца глист, простейшие, скрытую кровь.

Профилактические мероприятия:

1. Диета
2. Исключение алкоголя
3. При необходимости переход на легкую работу
4. Поливитамины
5. Физиотерапия
6. Лечение минеральными водами

7. Превентивное лечение: весной, осенью, перед предполагаемым ухудшением – прием лекарственных препаратов: викалин по 2 т 3 раза в день после еды, альмагель по 1-2 чайных ложки 4 раза в день 3 недели, фосфалюгель, маалокс по 1-2 чайных ложки 4 раза в день, платифиллин 0,03-0,05 по 1 порошку 3

раза в день, гастроцепин по 50 мг 2-3 раза в день, по показаниям – антихеликобактерный препарат Де-нол 0,1 2 раза в день перед едой и на ночь.

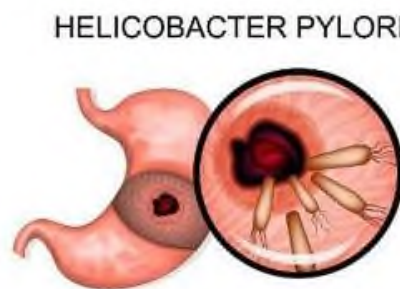
Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся язвообразованием в желудке или 12-перстной кишке.



По статистическим данным в разные возрастные периоды гастродуоденальная язва возникает у 4-5% населения. У лиц молодого возраста дуоденальные язвы встречается в 4 раза чаще, чем желудочные. У пожилых людей язвенная болезнь желудка регистрируется в 2-3 раза чаще, чем язвенная болезнь 12-перстной кишки; в молодом возрасте она в 2-5 раз чаще встречается у мужчин, чем у женщин. После 40 лет возрастные и половые различия стираются.

Болезнь развивается **при нарушении факторов защиты** желудка (нормальный кровоток в слизистой, достаточное количество слизи и простагландинов, активная регенерация) и **активации факторов агрессии** (высокий уровень соляной кислоты и пепсина в желудке, высокий уровень содержания свободных радикалов в желудочном соке, дуоденогастральный рефлюкс, гастродуоденальная дисмоторика, хеликобактериоз (возбудитель *Helicobacter Piloni*)).

К факторам риска развития язвенной болезни относятся стресс, нарушение режима и структуры питания, курение. Алкоголь, лекарственные препараты. Чаще болеют язвенной болезнью водители городского транспорта, диспетчеры, операторы, рабочие горячих цехов, педагоги, работники творческого труда, руководители, врачи-хирурги.



Клиника.

Основным клиническим симптомом язвенной болезни в типичных случаях является **боль в эпигастриальной** или пилородуоденальной зоне. Боль характеризуется периодичностью и **связана с приемом пищи**.

Для дуоденальной язвы характерны **«голодные», поздние и ночные боли**. Боли могут иррадиировать в спину, правую половину грудной клетки, правое подреберье. Обычно боль стихает после приема небольшого количества пищи, молока, соды, тепловых процедур. На высоте болевого приступа возможна **рвота кислым содержимым**, после которой боль уменьшается. Нередко пациенты сами вызывают рвоту с целью улучшения купирования боли.

Больные часто жалуются на **изжогу, отрыжку кислым и запоры**. Подобный характер диспепсических жалоб обусловлен гиперацидным состоянием желудочной секреции при дуоденальной язве.

Желудочные язвы протекают чаще на фоне неизменной или даже умеренно сниженной кислотной продукции. При локализации язвы в желудке боль возникает сразу или через 20-30 минут после приема пищи (ранние боли). Считается, что чем выше расположена язва, тем раньше появляется боль.

Для язвенной болезни, особенно дуоденальной локализации язвы, характерны сезонность обострений (весна, осень), их связь с нервно-эмоциональным перенапряжением, тяжелой физической нагрузкой, погрешностями в диете, курением и употреблением алкоголя. У больных могут отмечаться повышенная утомляемость, раздражительность, потливость, расстройство сна. Имеется тенденция к гипотонии и брадикардии вследствие повышения тонуса блуждающего нерва.

В анализах желудочного сока определяется гиперсекреция, гиперацидность, положительная реакция на скрытую кровь. Так же положительный анализ кала на скрытую кровь.

Рентгенографически выявляется прямой признак язвенной болезни – «ниша» с конвергенцией складок по направлению к ней.

На ФГДС определяется дефект соответствующей локализации, который под влиянием лечения проходит стадии красного и белого рубца.



Особенности ухода и лечения.

Лечение больных язвенной болезнью в фазе обострения обычно проводится в стационаре индивидуально, комплексно и включает ограничение режима двигательной активности, диетотерапию, фитотерапию, фармакотерапию, физиолечение.

В период обострений необходимы постельный режим, покой, исключение стрессовых ситуаций, психоэмоционального напряжения.

При выраженном обострении заболевания ШД состоит из молока, яиц, слизистых супов из круп с уменьшенным количеством соли. В первую неделю пища должна быть механически и химически щадящей, исключающей компоненты, длительно задерживающиеся в желудке. В рационе ограничиваются углеводы, продукты, усиливающие желудочную секрецию. Рекомендуется уменьшить или полностью исключить прием хлеба и хлебобулочных изделий, рыбных, мясных, грибных отваров, овощей и фруктов. Питание должно быть дробным: каждые 3-4 часа малыми порциями.

В течение второй недели диета расширяется, в рацион добавляются белые сухари, каши из белых круп. Постепенно в меню вводятся блюда из мяса, рыбы, приготовленные на пару. Затем разрешается употреблять «вчерашний» белый хлеб, творог, сметану, обезжиренные мясные и рыбные супы, вареные овощи в виде пюре и др. Из рациона исключаются жаренные, копченые, острые блюда; сырые овощи, соленья, маринады, газированные воды, алкогольные напитки, кофе.

Основу медикаментозного лечения составляют средства, снижающие секрецию желудочного сока, защищающие слизистую гастродуоденальной зоны, нормализующие моторику желудочно-кишечного тракта и способствующие заживлению язвы.

С этой целью назначаются:

Антисекреторные препараты.

H-2-блокаторы гистаминовых рецепторов:

Омепразол (омез) 40 мг однократно на ночь (обладает мощным антисекреторным действием);

Циметидин (назначается реже), нейтронорм-ретард (циметидин продленного действия) 0,35 2 раза в день;

Ранитидин (ранисан, зантак) таб по 0,15; 0,3 в 19 раз эффективнее циметидина, назначается по 150 мг утром после еды.

Фамотидин (пепсид) таб 0,02 и 0,04; ампулы -1ампула 20 мг, в 9 раз эффективнее ранитидина и в 32 раза циметидина. Назначается по 20 мг утром и 20-40 мг перед сном 4-6 недель и 6 месяцев на ночь с целью профилактики.

Низатидин и роксатидин – таблетки по 0,15 (препараты IV-V поколений – практически нет побочных эффектов) назначаются по 0,15 2 раза в день или 0,3 на ночь.

M-холинолитики: гастропепин в таблетках по 0,25мг 2раза в день по 2 таблетки.

Антихеликобактериальные препараты.

Для лечения язвенной болезни необходимо провести эрадикационную терапию инфекции *Helicobacter pylori*. Алгоритм эрадикации хеликобактера включает семи- и десятидневные схемы лечения.

Семидневная схема одновременного приема - омепразол (20 мг 2 раза в день), кларитромицин (250-500 мг 2 раза в день), метронидазол (500 мг 2 раза в день)

Десятидневная схема – ранидин (300мг 2 раза в день), цитрат висмута или де-нол (120 мг 4 раза в день после еды), метронидазол (200 мг 5 раз в день после еды), тетрациклин 250 мг 5 раз в день после еды).

Пленкообразующие препараты.

Вентер (сукральфат) назначается по 2 таб 3 раза в день за полчаса до еды и на ночь.

Де-нол назначают по 1 таб (0,12г) 3 раза в день за 30 мин до еды и на ночь; может давать черное окрашивание кала, о чем следует предупредить больного.

Антациды.

Назначаются с целью уменьшить агрессивность желудочного содержимого:

Альмагель по 1-2 ч.ложки 4 раза в день за 30 мин до еды;

Фосфалюгель и маалокс назначаются по 15мл 3-4 раза в день через 1 час после еды;

Гастрогель, викаир, викалин и т.д.

Антациды назначают с учетом характера стула: при запоре - маалокс, при поносе – альмагель.

При болях назначают *регулятор моторики* церукал внутрь по 1 таб (10 мг) 3 раза в день. Эглонил хорошо регулирует моторику, уменьшает чувство страха, улучшает настроение и аппетит. Вводится в/м по 100 мг 1-2 раза в день.

Физиотерапевтические методы.

При болевом синдроме назначается электрофарез с новокаином; для купирования воспаления_ аппликация парафина, озокерита или электрогрязь на эпигастральную область; при стимуляции рубцевания – электрофарез с цинком, при астеновегетативном синдроме – хвойные, жемчужные ванны, электросон, циркулярный душ.

Назначаются при стихании обострения процесса.

Минеральные воды.

Назначаются щелочные воды Боржоми, Арзни, Джермук, Смирновская, Славяновская. При дуоденальной язве с высокой гиперсекрецией вода назначается в теплом виде, без пузырьков, по 1 стакану 3-4 раза в день за 40-60 мин до еды. Выпить стакан воды следует залпом. При язве желудка, протекающей на фоне нормальной или низкой секреции, минеральные воды назначаются за 10-

20 мин до еды, комнатной температуры. Принимаются по 0,5-1 стакану малыми глотками. 3-4 раза в день.

Санаторно-курортное лечение.

Показано в период ремиссии заболевания. Регион Кавказских Минеральных Вод («Ессентуки-4», «Ессентуки-17» и «Нарзан»). Старая Русса в Нижегородской области, Белокуриха на Алтае, Усть-Качка в Перми, Бакирово в Татарстане.

Осложнения.

Развитие осложнений язвенной болезни требует проведения неотложного хирургического лечения.

К основным осложнениям язвенной болезни относятся:

1. **Язвенное желудочное кровотечение** – проявляется рвотой свежей кровью или массажи, имеющими вид кофейной гущи. При эвакуации в кишку более 200 мл крови появляется жидкий дегтеобразный стул («мелена»). Отмечаются также слабость, снижение АД, тахикардия, жажда, сухость во рту, холодный пот. При кровопотере более 1500 мл за короткое время развивается коллапс и гиповолемический шок.

2. **Пенетрация язвы** (проникновение язвы в соседний орган- желчный пузырь, сальник, печень, поперечную ободочную кишку, поджелудочную железу) – при этом отмечается усиление боли, она становится постоянной, перестает зависеть от приема пищи и не проходит после приема антацидных препаратов. Боль может иррадиировать в спину и в подреберья. Появляется субфебрилитет; при пальпации определяются выраженная болезненность и напряжение мышц передней стенки живота в области локализации патологического процесса. В анализе крови при пенетрации отмечается ускоренное СОЭ и лейкоцитоз.

3. **Перфорация (прободение) язвы в брюшную полость** – характеризуется появлением внезапной, интенсивной («кинжальной») боли, которая распространяется по всему животу. Могут быть рвота, повышение температуры тела, брадикардия, гипотония. Больные лежат на боку с притянутыми к животу ногами. При пальпации передняя брюшная стенка напряжена, мышцы ригидны («доскообразный» живот); определяются положительные симптомы раздражения брюшины, исчезает печеночная тупость из-за скопления воздуха под диафрагмой.

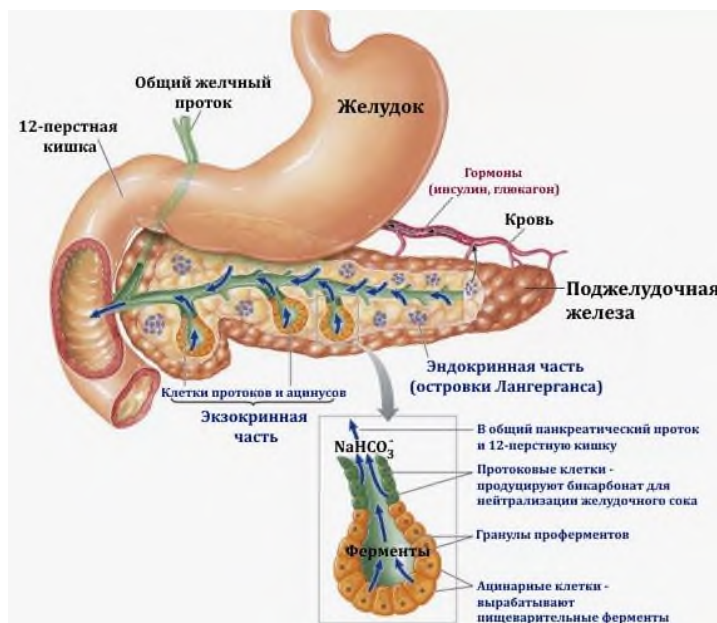
4. **Развитие стеноза привратника** (обусловлено грубыми рубцовыми изменениями после заживления язв) – характеризуется ощущением тяжести переполнения желудка после еды; рвотой съеденной накануне пищей, тухлым содержимым; похуданием; шумом «плеска» в желудке.

5. **Малигнизация** (трансформация язвы в рак) – характерна только для желудочных язв. Патология сопровождается слабостью, снижением аппетита, отвращением к мясу, похуданием, изменением характера болей, которые

становятся постоянными, прогрессирующее снижение кислотности желудочного сока, появлением анемии. (Данная клиника характерна не только при малигнизации, но и при раке желудка).

Поджелудочная железа (pancreas) у здорового человека имеет вид продолговатого органа, расположенного между желудком и двенадцатиперстной кишкой.

Внутрисекреторная часть поджелудочной железы представлена в виде небольших островков из эпителиальных клеток (альфа, бета, гамма, дельта). Бета-клетки являются главным источником продукции гормона – инсулина.



Секрет железы содержит ряд ферментов: расщепляющие жиры (липаза), углеводы (амилаза, мальтоза) и белки (трипсин, эрипсин). Обычно у человека выделяется около 1 – 1,5 л панкреатического сока в сутки.

Панкреатит – воспалительно-некротическое поражение поджелудочной железы.

Этиология: злоупотребление алкоголем, курение, алиментарные нагрузки, желчнокаменная болезнь, поражение желчевыводящих путей, дуоденостаз, гастрит.

Клиника.

Предвестники: появление неопределенных болей в поджелудочной области, области пупка. Затем появляются выраженные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, больные мечутся. Тошнота, рвота не редко мучительная, неукротимая, пульс учащен.

При осмотре больные



щадят живот при дыхании. Болезненность при пальпации в проекции поджелудочной железы. Иногда в левом реберно-позвоночном углу.

Аускультативно: ослабление перистальтики.

Прогрессирование процесса дает клинику перитонита: температура повышена незначительно, ОАК – повышение СОЭ, резкий лейкоцитоз.

БАК - амилаза повышается в крови.

ОАМ - амилаза повышается в моче.

УЗИ поджелудочной железы – отечная форма, увеличение размеров, нечеткость контуров.

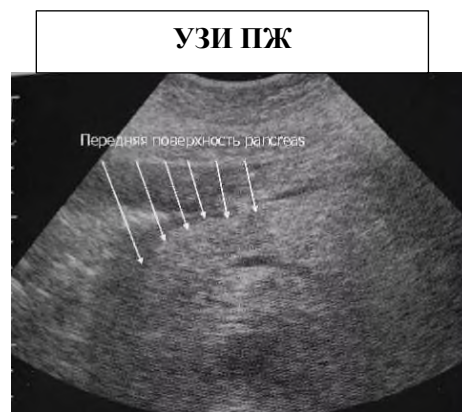
Особенности ухода и лечение.

Независимые сестринские вмешательства при панкреатите включают: обеспечение санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка, кварцевание, проветривание палат); уход за кожей, слизистыми, своевременная смена нательного и постельного белья; соблюдение правил гигиены при физиологических отправлениях и рвоте; контроль общего состояния, характер стула, частоты пульса, ЧДД, АД, массы тела, аппетита.

Взаимозависимые и зависимые вмешательства: подготовка больного и забор биологического материала на лабораторные и инструментальные исследования; своевременное и правильное введение назначенных лекарственных препаратов (орально, парентерально); оказание помощи врачу при проведении врачебных манипуляций; контроль переносимости лекарственных препаратов, контроль за передачами родственников. Также медсестра проводит: беседы о роли рационального питания и исключении вредных привычек, о профилактике обострений заболевания; обучение больных правилам диеты.

Режим назначается постельный (в период обострения) и свободный с исключением тяжелых физических нагрузок.

Обязательно назначение лечебного питания. Диета (ЩД). При выраженном обострении хронического панкреатита в течение первых 1-3 дней с целью разгрузки поджелудочной железы рекомендуется голод. Рекомендуется питье только щелочных минеральных вод, отвара шиповника, некрепкого чая. После этого назначается механически и химически щадящая диета, с дробным приемом пищи (5-6 раз в сутки), малыми порциями. Разрешаются супы на воде из различных круп, овощей; нежирное мясо и рыба, белковый омлет, приготовленный на пару, свежий творог, гарниры из гречневой, овсяной, рисовой каш; картофельное пюре и т.д. Хлеб только белый вчерашний. Противопоказаны сырые овощи, бобовые, блюда усиливающие секрецию желудка и поджелудочной железы (мясные, овощные и грибные отвары, костные бульоны, кофе, какао,



кислые фруктовые и овощные соки, газированные напитки). Необходимо полностью исключить спиртные напитки.

При хроническом панкреатите рекомендованы мало- и среднеминерализованная минеральные воды («Славяновская», «Смирновская», «Ессентуки» №4, «Доржыми» и др.) принимают при обострении процесса, начиная с 1/4 стакана, постепенно доводя до 1/2 стакана на один прием, при стихании обострения – до 1 стакана. Время приема за 30 мин до еды при пониженной секреции желудка, за 1-1,5 ч до еды – при повышенной.

Для купирования боли при обострении панкреатита используют препараты спазмолитического действия:

1. платифиллин по 1 мл 0,2% р-ра подкожно 2-3 раза в день;
2. папаверин по 2 мл 2% р-ра;
3. но-шпа по 2-4 мл 2% р-ра в/м;
4. баралгин по 5 мл в/м при болях не чаще 2 раз в день.

С целью подавления секреции поджелудочной железы назначают препараты:

1. омепразол 40-60 мг в сутки;
2. циметидин 400 мг утром и вечером;

Для коррекции внешнесекреторной недостаточности:

1. панкреатические ферменты (панкреатин, энзистал, панцитрат, мезим форте)

При признаках воспаления применяются антибиотики:

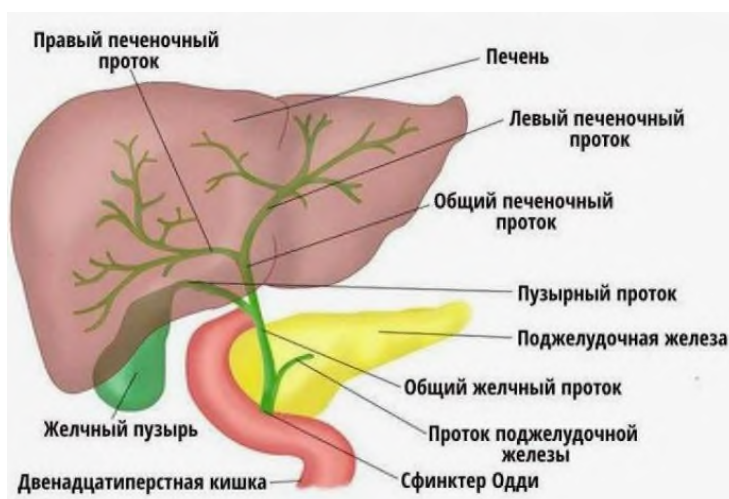
1. ампициллин – по 0,5 г внутрь или в/м 4-6 раз в день;
2. оксациллин - по 0,5 г внутрь или в/м 4-6 раз в день;

Для нормализации микрофлоры кишечника – пробиотики (бактерийные препараты на основе живых микроорганизмов, представителей нормальной микрофлоры):

1. хилак-форте;
2. бифидум-бактерин, колибактерин, бактисубтил и др.)

При диарее: имодиум (лоперамид).

Печень. Расположена в брюшной полости под правым куполом диафрагмы, весит около 1,5 кг. В норме печень выступает из-под реберного края только в подложечной области. В ней различают верхнюю и нижнюю поверхности, а также 4 доли: левая,



правая, квадратная и хвостатая. Нижняя поверхность имеет 2 продольных и одно поперечное углубление, где находится желчный пузырь. **Желчный пузырь** имеет один общий желчный проток, по которому желчь в него поступает из печени и выходит в 12-перстную кишку. В печени между печеночными клетками проходят желчные капилляры, а между печеночными балками проходят разветвления печеночной артерии и воротной вены, из капилляров которых кровь собирается в центральную, печеночную и нижнюю полую вену. Желчь, секрет печени, зеленоватого цвета, чрезвычайно горького вкуса, состоит из желчных кислот, желчных пигментов, холестерина. Желчь вырабатывается непрерывно (около 1 л в сутки) для эмульгирования жиров. Она способствует кишечной перистальтике и выделению сока поджелудочной железы. Желчный пигмент, билирубин, восстанавливается в кишечнике под влиянием кишечных бактерий в гидробилирубин, который частично выводится из организма с калом. Другая его часть всасывается обратно в кровь и идет в печень, где превращается в билирубин.

Функции: секреторная – образование и выделение желчи, кроветворная и барьерная. Печень принимает участие в образовании компонентов свертывающей системы крови (фибриногена и протромбина).

Холецистит – воспалительное заболевание желчного пузыря с рецидивирующей симптоматикой.



Бывает острый – вследствие его инфицирования из-за нарушения оттока желчи и повреждения стенки пузыря.

Этиология и патогенез

Основными причинами, способствующими развитию хронического холецистита, являются инфекции (кишечная палочка, стафилококк, энтерококки, синегнойная палочка, лямблии и т.д.), погрешности в диете (переедания, редкий

прием пищи, употребление в больших количествах острой и жирной, жареной пищи), малоподвижный образ жизни, ожирение, беременность, быстрое похудание.

Довольно часто развитие хронического холецистита сочетается с наличием камней в желчном пузыре, аномалией развития, инфекцией и паразитарной инвазией.

В патогенезе заболевания ведущая роль принадлежит изменению физико-химических свойств желчи, ее застою и развитию воспалительных изменений в желчном пузыре с утолщением и фиброзом его стенки.

Классификация.

Различают бескаменный и калькулезный холецистит.

Клиника.

Основным симптомом хронического холецистита является **боль в правом подреберье**. Боли по характеру, как правило, тупые, могут беспокоить постоянно или возникают нечасто, продолжительность их может составлять от нескольких минут до нескольких дней. Характерна **связь боли с приемом острой, жареной, жирной пищи, с психоэмоциональным напряжением, менструальным циклом**. Боль может иррадиировать в область сердца (рефлекторная кардиалгия), в правую половину шеи, правую подлопаточную область и поясничную область. Боль усиливается при глубоком вдохе, после физических нагрузок, тряской езды, при длительном пребывании в положении сидя.

У больных могут наблюдаться диспептические явления: горечь во рту, сухость, металлический привкус во рту, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, изжога, отрыжка, нарушение стула (чаще запоры). В некоторых случаях наблюдается плохая переносимость отдельных видов пищи (жиров, алкоголя, продуктов, содержащих уксус и др.). возможно повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

У больных хроническим калькулезным холециститом (**желчнокаменная болезнь**) могут возникать желчные колики. Они характеризуются постоянными



или схваткообразными резкими болями в правом подреберье, которые возникают остро, сочетаются с повышением температуры, ознобом, тошнотой, рвотой, усиливаются при дыхании и движениях больного. Нарушения оттока желчи может быть

Камни в ЖП



причиной появления механической желтухи.

Объективно при пальпации живота определяются болезненность и локальная мышечная резистентность в точках желчного пузыря (в месте пересечения наружного края прямой мышцы живота и реберной дуги).

К атипичным формам холецистита относятся:

1. кардиальный вариант – боли в области сердца;
2. артритический вариант – сопровождается артралгиями;
3. субфебрильный вариант – сопровождается затяжным повышением температуры тела;
4. неврастенический вариант – наблюдаются симптомы неврастении и вегетативно-сосудистой дистонии.

Диагностика.

Во время обострения в анализе крови – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ, повышение содержания альфа-глобулинов, фибриногена, сиаловых кислот; возможно повышение уровня холестерина, билирубина, щелочной фосфатазы; при вовлечении в процесс печени возможно повышение уровня трансаминаз. В моче определяется повышенное содержание желчных пигментов.

Дуоденальное зондирование с исследованием полученной желчи выявляет большое количество лейкоцитов, десквамированный эпителий, возбудителя инфекции.

Холецистография с введением контрастирующего желчный пузырь препарата выявляет интенсивность тени

- Это рентгенологическое исследования желчного пузыря с предварительным приемом внутрь контрастного вещества.



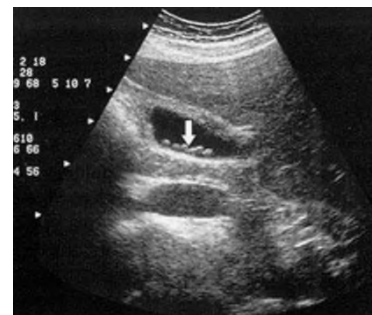
дуоденальный сосочек и косвенно оценить состояние желчевыводящих путей.



желчного пузыря, его замедленное опорожнение, неровные контуры и неправильную форму органа, возможно конкременты (камни).

Фиброгастродуоденоскопия

позволяет
осмотреть



Ультразвуковое исследование визуализирует изменение формы желчного пузыря, состояние его стенок, наличие камней, спаек, сгущение желчи.

Особенности ухода и лечение.

В периоде обострения показан постельный режим в течении нескольких дней с последующим расширением режима до общего. Больному необходимы покой и психоэмоциональный комфорт.

Диета ЩД. Рекомендуется частое дробное питание (5-6 раз в сутки), что способствует лучшему оттоку желчи. В период обострения ограничивается употребление жирных, жареных, соленых, копченых блюд. Рекомендуется включать в рацион большое количество растительной клетчатки (сырые овощи), достаточное количество белков , молочные, фруктовые, овощные супы; нежирное мясо, рыбу, в отварном или паровом виде; каши, молочные продукты. При хронических холециститах полезно подсолнечное, оливковое, кукурузное, соевое масло. Запрещаются алкогольные напитки и пиво.

В качестве *этиотропной терапии при обострении рекомендуются антибиотики:*

1. ципрофлоксацин 0,5 гр 2 раза в сутки;
2. доксициклин 0,1 гр 2 раза в сутки;
3. метронидазол 400 мг 2 раза в сутки;
4. ампициллин внутрь по 0,5 гр 4-6 раз в день или в/м по 0,5 гр каждые 4-6 часов.

Антибактериальные средства целесообразно сочетать с желчегонными препаратами.

При интенсивных болях в правом подреберье, выраженной тошноте назначают спазмолитики:

1. папаверин 2 мл 2% р-р;
2. но-шпа 2,0 2% р-ра в/м 2-3 раза в день;
3. баралгин 5,0 в/м ;
4. платифиллин и др.

Препараты, содержащие желчные кислоты, обладают желчегонным действием, увеличивают объем желчи, улучшают процессы пищеварения в кишечнике:

1. дигестал 1 таб 3 раза в день после еды в течении 4 недель;
2. фестал 1-2 таб 3 раза в день после еды в течении 3-4 недель;
3. холензим по 2 таб 3 раза в день после еды в течении 3-4 недель;
4. аллохол 1-2 таб 3-4 раза в день после еды в течении 2 мес;

Препараты, стимулирующие желчевыделение:

1. сорбит в виде 10% р-ра по 50-100 мл 2-3 раза за 30 мин до еды в течении 1-3 мес;

2. олиметин по 2 капсулы 3 раза в день до еды в течении 1-2 мес;

3. минеральные воды и др.

Желчегонные препараты растительного происхождения:

1. цветки бессмертника – в виде отвара по ½ стакана 2-3 раза в день за 15 мин до еды ;

2. кукурузные рыльца - в виде отвара по 1/4 стакана 3 раза в день до еды ;

3. холагол – по 5 капель 3 раза в день перед едой и др.

При выраженном обострении воспалительного процесса в желчном пузыре физиотерапевтическое лечение противопоказано.

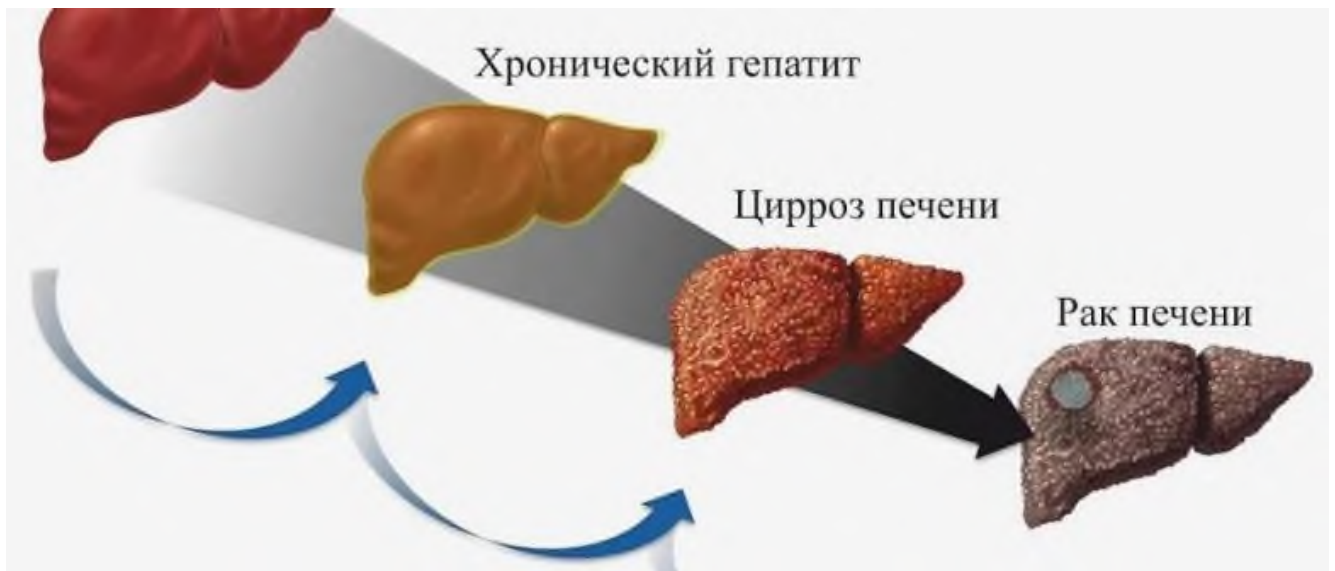
В фазе затихающего обострения можно проводить следующие физиопроцедуры: индуктотермию, микроволновую терапию, синусоидальные модулированные токи, ультразвуковую терапию, аппликации парафина, озокерита, иглорефлексотерапию, бальнеотерапию и др.

Применяются грелки, компрессы, аппликации горячего песка на область правого подреберья.

Санаторно-курортное лечение показано в фазе ремиссии. Основными лечебными моментами являются минеральные воды, лечебное питание, фитотерапия, бальнеотерапия, ЛФК.

Хронический гепатит - воспалительное заболевание печени, продолжающееся более 6 месяцев. В большинстве случаев является исходом острого вирусного гепатита.

Циррозы печени – хроническое прогрессирующее заболевание с выраженными в различной степени признаками функциональной недостаточности печени и портальной гипертензией. Характеризуется деструкцией паренхимы и стромы печени, выраженным фиброзом, узелковой регенераторной гиперплазией гепатоцитов с « ложными» дольками и шунтами между портальной системой печеночных вен.



Этиология.

В качестве этиологических факторов гепатита и цирроза печени выступают вирусные гепатиты (В,С,D), аутоиммунный, алкогольный, лекарственный гепатиты, обтурационные поражения вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоков, венозный застой в печени.

Клиника. Многообразие клинических признаков хронического гепатита, в том числе вирусного, лекарственного, объединяются в синдромы:

- **астеновегетативный** – сонливость, слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, плохой сон, похудание;
- **диспептический** – горечь во рту, тошнота, отрыжка, снижение или отсутствие аппетита, чувство полноты и давления в животе после еды, вздутие живота, плохая переносимость жиров, похудание;
- **печеночных признаков** – носовые кровотечения, геморрагическая сыпь, желтуха, темная моча, ахоличный стул, кожный зуд, сосудистые звездочки на теле, «печеночные ладони», повышение в крови уровня сиаловых кислот, билирубина, ферментов, АлАТ, АсАТ.

Из-за нарушения синтеза факторов свертываемости крови в печени проявляется геморрагический синдром (носовые, маточные, пищеводные, кишечные, геморроидальные кровотечения, положительные синдромы щипка, жгута и др.).

При объективном исследовании отмечают ксантомы (внутрикожные бляшки, располагающиеся чаще на веках, кистях рук, локтях, коленях, в подмышечных впадинах), петехии, участки гиперпигментации кожи.

Диагностически значимым признаком является желтуха. Раньше всего она выявляется на склерах и слизистой оболочке мягкого неба, а затем - на коже.

При пальпации печень увеличена умеренно, плотноватой консистенции с гладкой поверхностью, ровным закругленным, умеренно болезненным краем при гепатите. При циррозе печень при пальпации плотная с неровной бугристой поверхностью и острым краем. При осмотре у больного с циррозом кожа бледная или

с
 грязноватым
 оттенком,
 выявляются
 эритема
 ладоней и
 подошв
 («печеночные
 ладони»),
 «печеночные



стопы)), изменения ногтей («часовые стекла»), пальцы в виде «барабанных палочек». На коже лица, спины, плечевого пояса наблюдаются «сосудистые звездочки» (телеангиоэктазии). Язык красный с гладкой поверхностью («лакированный»). Характерны спленомегалия (увеличение селезенки), гиперспленизм, асцит, симптом «головы медузы».

Осложнения.

Возможны кровотечения из пищевода, желудка, кишечника; гепаторенальный синдром; печеночная энцефалопатия и печеночная кома; тромбоз воротной вены; вторичные инфекции; трансформация цирроза в рак печени.

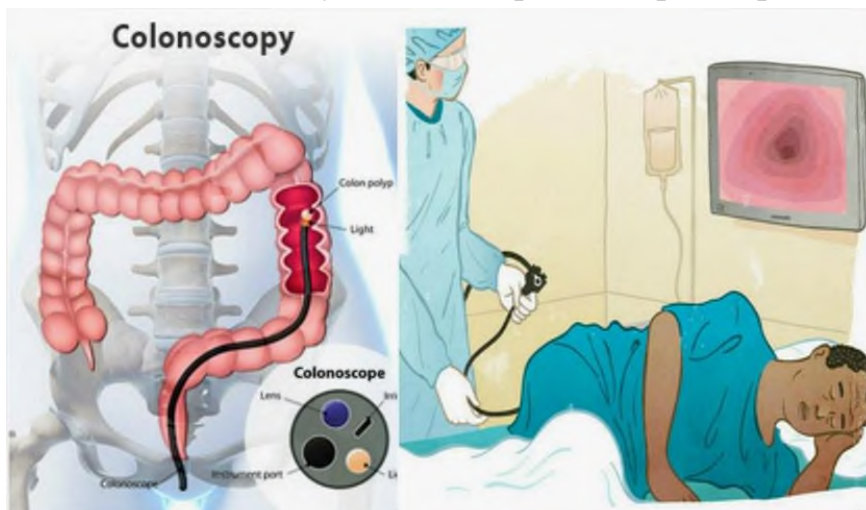
Диагностика.

В анализах крови повышение уровня билирубина, выраженная диспротеинемия, гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия, снижение содержания протромбина и холестерина, повышение активности трансаминаз; при развитии гиперспленизма – анемия, лейкопения, тромбоцитопения.

При вирусной этиологии проводится выявление маркеров вирусных гепатитов (чаще определяется гепатит В).

Фиброгастродуоденоскопия позволяет увидеть варикозно-расширенные вены пищевода.

Колоноскопия
 (исследует толстый
 кишечник) позволяет
 увидеть кровотечения.





При УЗИ органов брюшной полости определяются изменение размеров и структуры печени, признаки портальной гипертензии, наличие жидкости в брюшной полости, увеличение селезенки.

Биопсия печени с морфологическим и гистологическим исследованием биоптата позволяет достоверно установить морфологические варианты цирроза; морфологически выявляются узлы регенерации в паренхиме, фиброз, перестройка структуры паренхимы и сосудистой системы.

Особенности ухода и лечение.

Четкое выполнение назначений врача; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и суточного диуреза; характер стула и наличие тошноты и рвоты. Также медицинская сестра проводит: беседы о режиме питания и отказе от алкоголя и других токсических воздействий на организм; о правилах приема лекарственных препаратов; обучение больных и их родственников подсчету пульса, ЧДД. Подача судна, оказание помощи при рвоте, уход за кожей, проведение желудочно-кишечного диализа (промывание желудка и постановка очистительной и сифонной клизм), применение газоотводной трубки, лекарственных клизм.

В стадии компенсации и вне обострения больным рекомендуется соблюдение щадящего режима с ограничением физических и психоэмоциональных перегрузок.

В стадии декомпенсации цирроза показан постельный режим.

При циррозе противопоказаны алкоголь, лекарственные препараты, обладающие токсическим действием на печень (атидепрессанты, транквилизаторы, барбитураты, фенацитин, рифампицин, наркотические вещества и др.).

Больным необходимо полноценное сбалансированное питание (4-5 раз в сутки). Назначают ЩД при которой еда не должна быть холодной. Умеренное ограничение соли. Блюда варёные, печёные, тушёные. Кисломолочные продукты (кефира, ряженки, ацидофилина, творожных паст и др.), ягоды и фрукты (сладкие

Ректоскопия выявляет расширенные геморроидальные вены.



сорта), хлеб (ржаной и отрубной, а пшеничный — подсушенный), крупы (в виде каш и пудингов), яйца (в виде омлетов), масло (сливочное и растительное). Напитки сладкие (чай, компот, отвар шиповника, сок).

Запрещается употреблять жирные блюда, в т. ч. оливки, сало, свинину, язык, почки, а также бобовые, сдобу, соленья, маринады и копчености, консервы, черный кофе, какао, шоколад. Т.е. умеренное ограничение веществ, раздражающих печень, продуктов, усиливающих процессы брожения в кишечнике, тугоплавких жиров. Экстрактивных веществ, органических кислот. При развитии печеночной энцефалопатии в рационе уменьшается содержание белка.

В некоторых случаях возможно воздействие на причину, приводящую к развитию цирроза печени: лечение гепатита, отказ от алкоголя, коррекция недостаточности кровообращения и др. Категорически запрещается употребление алкоголя (особенно пиво). Режим должен обеспечивать больному покой.

С целью улучшения метаболизма клеток печени назначают:

1. комплексные витамины (компливит, олиговит, фортевит и др.) в обычных терапевтических дозах;
2. рибоксин в дозе 0,2-0,4 г 3 раза в день;
3. витамин Е в капсулах по 0,2 мл 50%-ного раствора (по 1 капсуле) 2-3 раза в день;
4. пиридоксальфосфат по 0,02 г 3 раза в день внутрь или по 0,01 г 1-3 раза в день парентерально;
5. инфузионную терапию (гемодез, кокарбоксилаза, растворы альбумина и др.);
6. эссенциальные фосфолипиды – эссенциале внутрь по 2-3 капсулы 3 раза в день с одновременным с интравенным капельным введением 10-20 мл 2-3 раза в сутки на 5%-ном растворе глюкозы.

В активную фазу заболевания, особенно при аутоиммунном генезе цирроза, а также при выраженном гиперспленизме назначают глюкокортикостероиды. Дозировка и длительность курса определяется индивидуально, в зависимости от активности процесса и эффективности лечения. Начальная суточная доза преднизолона обычно составляет 15-25 мг. Поддерживающая доза – 7,5-10 мг в сутки.

Противопоказаниями для назначения кортикостероидов являются декомпенсированный цирроз в терминальной стадии, выраженный геморрагический синдром, некоторые сопутствующие заболевания (сахарный диабет и др.).

Цитостатики назначаются в комбинации с преднизолоном при недостаточной эффективности стероидной терапии, а также отдельно при невозможности ее применения.

При умеренно выраженной активности цирроза и наличии противопоказаний к назначению глюкокортикостероидов назначают делагил в дозе 0,37-0,5 г в сутки.

При выраженном кожном зуде применяются: холестирамин по 4 г перед едой, билигнин, антигистаминные средства.

При наличии асцита назначаются: антагонисты альдостерона (верошпирон в суточной дозе 75-150 мг, фуросемид (лазикс) 40-80 мг в сутки, гипотиазид в дозе 50-100 мг в сутки.

При выраженном асците, рефрактерном к терапии, проводится абдоминальный парацентез. Объем удаляемой жидкости не должен превышать 3 л, с введением внутривенно около 30-40 г альбумина.

При появлении признаков печеночной недостаточности показаны :

1. неомицина сульфат (мономицин, канамицин) 4-6 г в сутки;
2. лактулоза внутрь в суточной дозе 50-100 г или лактоза в клизмах в виде 20%-ного раствора 2 раза в день.

В целях дезинтоксикации вводят внутривенно капельно 5%-ный раствор глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида, витамин С, кокарбоксылазу, гемодез.

При выраженной портальной гипертензии и значительном гиперспленизме требуется хирургическое лечение: со спленэктомией (удалением селезенки) или без нее. В терминальной стадии цирроза показана пересадка печени.

Лечение и уход при заболеваниях органов ЖКТ.

В лечении различают этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины), патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания) и симптоматическое (только устраняет симптомы заболевания на короткое время).

Этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины):

1. **Антибактериальные препараты :** антибиотики различных групп с учетом чувствительности возбудителя (лечение хеликобактериоза);
2. **Интерфероны (ИФН)** (при вирусной этиологии гепатита).

Патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания):

1. **Противовоспалительные препараты** (цитостатики и СПВ, ГКС);

2. Дезинтоксикационные средства (направленных на очистку организма от вредных веществ, токсинов и шлаков. Этот процесс включает в себя использование специальных препаратов, растворов и методов);

3. Адсорбенты (выведение токсинов из организма);

4. Холеретики (образующие желчь);

5. Холекинетики (способствующие выведению желчи);

6. Ферменты (облегчают переваривание пищи);

7. Антациды (с целью уменьшить агрессивность желудочного содержимого);

8. Антисекреторные (уменьшить выработку соляной кислоты);

9. Пробиотики (бактерийные препараты на основе живых микроорганизмов, представителей нормальной микрофлоры);

10. Витаминотерапия (профилактика авитаминозов и анемий);

11. Антигистаминные (при наличии кожного зуда).

Симптоматическое (устранение симптомов и облегчение состояния)

1. Обезболивающие (анальгетики);

2. Пробиотики (устраняют осложнения от лечения антибиотиков, восстанавливая кишечную микрофлору);

3. Спазмолитики (для устранения боли через снятие спазма);

4. Противорвотные (для устранения рвоты);

5. Регенеранты (улучшающие трофику и регенерацию тканей).

6. Противодиарейные (при жидких испражнениях);

7. Слабительные (при запорах).

Для каждого заболевания и пациента индивидуальный подход в лечении, но основа всегда заключается в понимании этиологии, патогенеза, клинической картины и возможного развития осложнений.

Для составления плана сестринских вмешательств используйте методическое пособие «**Методы исследования при заболеваниях терапевтического профиля в сестринской практике**».

Пример плана сестринских вмешательств

Цель: устранить боль в правом подреберье, рвоту, диарею.

Сестринские вмешательства

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим (в соответствии с состоянием: постельный, полупостельный и т.д) с исключением, физических и	Для эффективного лечения и профилактики осложнений.

эмоциональных нагрузок и т.д.	
<p>2. Организация лечебного питания (ЩД с особенностями согласно заболеванию).</p> <ul style="list-style-type: none"> - пища должна быть механически и химически щадящей, - частое дробное питание 5-6 раз в сутки, - исключить жирное и жареное, соленое и консервированное 	<p>Для эффективного лечения:</p> <p>исключающей компоненты, длительно задерживающиеся в желудке;</p> <p>способствует лучшему оттоку желчи;</p> <p>снижение нагрузки на печень.</p>
<p>3. Организация диагностических методов с выпиской направлений:</p> <p>ОАК утром натощак из пальца (в клиническую лабораторию);</p> <p>БАК утром натощак из вены (в биохимическую лабораторию)</p> <p>Кал на скрытую кровь – за 3 дня исключить продукты богатые железом (мясо и субпродукты, рыба, яичный желток) и овощи (свекла, капуста). Не чистить зубы щеткой. Подать судно для испражнения и собрать кал из 3-х разных мест (наиболее темные участки).</p> <p>Анализ желчи – забор с помощью тонкого зонда с оливой (берутся 3 порции 1-А, затем вводится через зонд стимулятор – магnezия 33% и берутся 2-В и 3-С) (в клиническую лабораторию)</p> <p>Холецистография: в течение 3-х дней исключаются продукты, вызывающие метеоризм,</p> <p>накануне исследования легкий ужин не позднее 17 часов</p> <p>с 21.00 до 22.00 часов накануне больной применяет контрастный препарат (биллитраст) по инструкции зависимости от веса тела,</p> <p>исследования проводятся натощак, предупреждают, что может возникнуть жидкий стул, тошнота, с собой 2 сырых яйца</p>	<p>Для качественной и своевременной диагностики</p> <p>Для исключения ложной реакции Греггерсена.</p> <p>Для повышения вероятности обнаружения скрытой крови.</p> <p>уменьшение нагрузки на ЖКТ, исключение посторонних элементов на снимке (в виде пищи), улучшение качества диагностики</p> <p>для желчегонного завтрака</p>

<p>с историей болезни и взять пленку (в рентген кабинет)</p>	
<p>4. Организация ухода (в зависимости от проблем пациента):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Уход при рвоте (успокоить пациента, надеть перчатки. Усадить (если состояние позволяет) или уложить пациента с повернутой на бок головой. Вызвать врача через кого-либо. Подать тазик или лоток. Поддерживать голову пациента, положив ладонь на лоб. После окончания рвоты дать пациенту воды или 2% раствор натрия гидрокарбоната и попросить его прополоскать ротовую полость. Предложить пациенту полотенце для просушивания лица. Оставить рвотные массы в тазике до прихода врача.) 	<p>Для нормализации эмоционального и физического состояния</p> <p>Для предупреждения аспирации рвотными массами.</p> <p>Для предупреждения внутрибольничной инфекции</p> <p>Для гигиены ротовой полости</p> <p>Для диагностической оценки</p>
<p>5. Проводить обучение пациента: как проводить тюбаж</p> <ul style="list-style-type: none"> - простой тюбаж: доступный холекинетик (растительное масло) + грелка на правый бок на 30 мин (10-15 процедур). - сложный тюбаж проводится при атонии желчного пузыря: прием 15-20 г сернокислой магнезии + грелка на правый бок на 20 мин. Затем проводится прием 15-20 г сорбита (ксилита) в 100мл воды (или 3 таб аллохола) + 1 таб но-шпы или папаверина. 	<p>Для улучшения отхождения желчи</p>
<p>7. Обеспечить прием противодиарейных средств по назначению врача</p>	<p>Для устранения диареи</p>
<p>8. Следить за цветом кожных покровов, частотой и характером стула, пульсом, ЧДД, АД</p>	<p>Для контроля состояния и своевременной диагностики развития осложнений</p>

9. Своевременно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного	Для предупреждения осложнений
10. Соблюдать этические деонтологические правила при общении с пациентом и его родственниками	Для психоэмоциональной разгрузки больного и родственников

Если заболевание сопровождается развитием осложнений в виде неотложных состояний, в плане сестринских вмешательств на первом месте указывается применение алгоритма неотложной помощи! (См. методические рекомендации «Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях»)

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите заболевания, относящиеся к патологии органов ЖКТ.
2. Дать определение понятию «гастрит», «язвенная болезнь», с указанием этиологии и патогенеза.
3. Сформулируйте проблемы пациента с гиперацидным гастритом (настоящие, приоритетные и потенциальные).
4. Сформулируйте проблемы пациента с гипоацидным гастритом (настоящие, приоритетные и потенциальные).
5. Сформулируйте проблемы пациента с язвенной болезнью (настоящие, приоритетные и потенциальные).
6. Дать определение понятию «холецистит» с указанием этиологии и патогенеза.
7. Сформулируйте проблемы пациента с холециститом (настоящие, приоритетные и потенциальные).
8. Дать определение понятию «панкреатит» с указанием этиологии и патогенеза.
9. Сформулируйте проблемы пациента с панкреатитом (настоящие, приоритетные и потенциальные).
10. Дать определение понятию «гепатит», «цирроз» с указанием этиологии и патогенеза.
11. Сформулируйте проблемы пациента с гепатитом и циррозом (настоящие, приоритетные и потенциальные).
12. Перечислить лабораторные методы исследования используемые для диагностики заболеваний органов ЖКТ.
13. Перечислить инструментальные (функциональные, рентгенологические, эндоскопические) методы исследования, используемые для диагностики заболеваний органов ЖКТ.
14. Перечислить препараты для лечения заболеваний органов ЖКТ, соблюдая принципы лечения (этиотропное, патогенетическое и симптоматическое).
15. Перечислите неотложные состояния, относящиеся к патологии органов ЖКТ.
16. Определите общий подход к оказанию доврачебной помощи при неотложных состояниях, относящиеся к патологии органов ЖКТ.

Итоговая самооценка

1. Заполните таблицу по заболеваниям желудка.

	Гипоацидный гастрит	Гиперацидный гастрит	Язвенная болезнь	Рак желудка
Настоящие проблемы				
Приоритетные проблемы				
Потенциальные проблемы				

2. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

1. Основная причина хронического гастрита типа В

- а) отравление
- б) аутоиммунные нарушения
- в) нерациональное питание
- г) хеликобактериальная инфекция

2. В рацион питания изделия из злаков включают потому, что они содержат

- а) витамины группы В
- б) растительную клетчатку
- в) углеводы
- г) микроэлементы

3. Для хронического гастрита характерны синдромы
 - а) диспепсический
 - б) гипертонический
 - в) интоксикационный
 - г) гепатолиенальный
4. Симптом хронического гастрита с сохраненной секрецией
 - а) понос
 - б) горечь во рту
 - в) лихорадка
 - г) боль в эпигастральной области
5. Основным симптомом хронического гастрита с секреторной недостаточностью
 - а) повышение аппетита
 - б) отрыжка кислым
 - в) отрыжка тухлым
 - г) запор
6. При хроническом гастрите определяется
 - а) болезненность в эпигастральной области
 - б) симптом Ортнера
 - в) положительный симптом Пастернацкого
 - г) положительный симптом Щеткина-Блюмберга
7. При подготовке пациента к желудочному зондированию очистительная клизма
 - а) ставится вечером накануне исследования
 - б) ставится утром в день исследования
 - в) ставится вечером и утром
 - г) не ставится
8. Осложнение хронического гастрита с повышенной секреторной активностью
 - а) рак желудка
 - б) холецистит
 - в) цирроз печени
 - г) язвенная болезнь
9. Решающее значение в диагностике хронического гастрита имеет
 - а) рентгенография желудка
 - б) желудочное зондирование
 - в) лапароскопия
 - г) фиброгастроскопия
10. Осложнение хронического гастрита с резко сниженной секреторной активностью
 - а) рак желудка
 - б) холецистит
 - в) цирроз печени
 - г) язвенная болезнь
11. Информацию о секреторной функции желудка позволяет получить
 - а) общий анализ кала
 - б) желудочное зондирование
 - в) рентгенологическое исследование
 - г) дуоденальное зондирование

12. Подготовка пациента к желудочному зондированию
 - а) вечером – легкий ужин, утром – натощак*
 - б) вечером – очистительная клизма*
 - в) вечером и утром – очистительная клизма*
 - г) утром – сифонная клизма*
13. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию пищевода, желудка и 12-перстной кишки
 - а) вечером – легкий ужин, утром – натощак*
 - б) вечером – очистительная клизма*
 - в) вечером и утром – очистительная клизма*
 - г) утром – сифонная клизма*
14. Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и 12-перстной кишки
 - а) ирригоскопия*
 - б) колоноскопия*
 - в) ректороманоскопия*
 - г) эзофагогастродуоденоскопия*
15. При подготовке пациента к эндоскопическому исследованию пищевода, желудка и 12-перстной кишки очистительная клизма
 - а) ставится вечером накануне исследования*
 - б) ставится утром в день исследования*
 - в) ставится вечером и утром*
 - г) не ставится*
16. Для стимуляции желудочной секреции медсестра использует
 - а) пентагастрин*
 - б) растительное масло*
 - в) сульфат бария*
 - г) сульфат магния*
17. Наиболее эффективный стимулятор желудочной секреции
 - а) капустный отвар*
 - б) мясной бульон*
 - в) пробный завтрак*
 - г) гистамин*
18. Парентеральный раздражитель желудочной секреции м/с вводит
 - а) через зонд*
 - б) внутривенно*
 - в) внутримышечно*
 - г) подкожно*
19. При хроническом гастрите из рациона исключают
 - а) жирное, жареное*
 - б) молочные продукты*
 - в) кашу*
 - г) овощи и фрукты*
20. Диета ЩД предполагает
 - а) повышенное содержание кальция*
 - б) тщательное измельчение пищи*
 - в) исключение молочных продуктов*
 - г) исключение крупяных блюд*

21. Наибольшее значение для профилактики обострений хронического гастрита имеет
- а) нормализация массы тела*
 - б) устранение гиподинамии*
 - в) закаливание*
 - г) рациональное питание*
22. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью в качестве заместительной терапии используется
- а) альмагель*
 - б) атропин*
 - в) пепсидил*
 - г) маалокс*
23. Беззондовое исследование секреторной функции желудка
- а) ацидотест*
 - б) глюкотест*
 - в) рентгенография*
 - г) лапароскопия*
24. Заболевание, для которого характерна сезонность обострения
- а) хронический колит*
 - б) хронический гепатит*
 - в) цирроз печени*
 - г) язвенная болезнь*
25. Основная причина возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
- а) переохлаждение, переутомление*
 - б) хеликобактериальная инфекция*
 - в) физическая перегрузка, переохлаждение*
 - г) вирусная инфекция, переохлаждение*
26. Ранняя боль в эпигастральной области возникает после еды в течение
- а) 30 минут после еды*
 - б) 2 часов после еды*
 - в) 3 часов до еды*
 - г) 4 часов до еды*
27. Боли в эпигастральной области при язвенной болезни желудка обычно бывают
- а) ранними*
 - б) поздними*
 - в) ночными*
 - г) голодными*
28. При язвенной болезни желудка боль локализуется
- а) в левой подреберной области*
 - б) в левой подвздошной области*
 - в) в правой подвздошной области*
 - г) в эпигастральной области*
29. Основным симптомом язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
- а) метеоризм*
 - б) отрыжка тухлым*
 - в) боль в эпигастральной области*
 - г) понос*

30. Основная жалоба при язвенной болезни 12-перстной кишки – это боль
- а) ранняя*
 - б) поздняя голодная, ночная*
 - в) "кинжальная"*
 - г) опоясывающая*
31. Подготовка пациента к рентгенографии желудка
- а) вечером – легкий ужин, утром – натощак*
 - б) вечером и утром – очистительная клизма*
 - в) утром – сифонная клизма*
 - г) за 3 дня до исследования исключить железосодержащие продукты*
32. Самое частое осложнение язвенной болезни
- а) кишечная непроходимость*
 - б) кахексия*
 - в) обезвоживание*
 - г) желудочное кровотечение*
33. Черный цвет кала бывает при кровотечении из кишки
- а) 12-перстной*
 - б) ободочной*
 - в) сигмовидной*
 - г) прямой*
34. При лечении хронического гастрита используются ферментные препараты
- а) атропин, гастроцепин*
 - б) викалин, циметидин*
 - в) викалин, платифиллин*
 - г) панзинорм, фестал*
35. Наиболее информативный метод диагностики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
- а) желудочное зондирование*
 - б) ирригоскопия*
 - в) ультразвуковое исследование*
 - г) эндоскопическое исследование с биопсией*
36. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь следует отменить препараты
- а) железа*
 - б) магния*
 - в) калия*
 - г) кальция*
37. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь препараты железа отменяют за
- а) 1 день*
 - б) 2 дня*
 - в) 3 дня*
 - г) 4 дня*
38. Подготовка пациента к анализу кала на скрытую кровь
- а) накануне исследования – легкий ужин*
 - б) накануне исследования – легкий ужин, утром – очистительная клизма*
 - в) в течение 3 дней до исследования исключить из пищи железосодержащие продукты, не чистить зубы при кровоточивости десен*
 - г) специальная подготовка не требуется*

39. Реакция Грегерсена основана на определении в кале
- а) алюминия*
 - б) железа*
 - в) калия*
 - г) магния*
40. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь из питания следует исключить
- а) манную кашу*
 - б) молоко*
 - в) мясо*
 - г) черный хлеб*
41. Осложнение язвенной болезни желудка
- а) кахексия*
 - б) портальная гипертензия*
 - в) желтуха*
 - г) малигнизация*
42. Для эрадикации хеликобактериальной инфекции пациенту назначают
- а) омепразол, ранитидин*
 - б) платифиллин, атропин*
 - в) но-шпу, папаверин*
 - г) метронидазол, амоксициллин*
43. Приоритет в лечении язвенной болезни принадлежит
- а) блокаторам H_2 -гистаминовых рецепторов*
 - б) спазмолитикам*
 - в) ферментам*
 - г) анальгетикам*
44. Пациенту с язвенной болезнью рекомендуется
- а) голодание*
 - б) уменьшение калорийности рациона*
 - в) ограничение жидкости*
 - г) частое дробное питание*
45. Принцип механического щажения в питании пациента с язвенной болезнью предусматривает
- а) исключение жирных блюд*
 - б) определенную температуру блюд*
 - в) исключение острых приправ*
 - г) подачу блюд в протертом виде*
46. В первые 2 дня после желудочно-кишечного кровотечения медсестра контролирует соблюдение диеты
- а) голодной*
 - б) 2*
 - в) 4*
 - г) 6*
47. Для уменьшения желудочной секреции в лечении язвенной болезни применяют
- а) витамины*
 - б) ферменты*
 - в) регуляторы моторики*
 - г) ингибиторы протонной помпы*

48. Для уменьшения вероятности обострений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки рекомендуется
- сезонная профилактика
 - ЛФК
 - высококалорийное питание
 - употребление с пищей большого количества клетчатки
49. Ранние симптомы рака желудка
- прогрессирующее похудание, отвращение к мясу
 - горечь во рту, метеоризм
 - изжога, отрыжка кислым, понос
 - запор, метеоризм
50. Наиболее информативный метод диагностики рака желудка
- желудочное зондирование
 - дуоденальное зондирование
 - ультразвуковое исследование
 - эндоскопическое исследование с прицельной биопсией
51. Основной принцип рационального питания
- преобладание белковой пищи
 - преобладание пищи, богатой углеводами
 - сбалансированность пищи
 - преобладание жирной пищи
52. При раке желудка I-II стадии пациенту проводится
- консервативное лечение
 - паллиативное лечение
 - физиотерапия
 - оперативное лечение

3. Выпишите из таблицы названия препаратов в соответствии с группой «Путаница»

Название препарата	Группа препарата
Альмагель	М-холинолитики
Гастроцепин	Н-2-блокаторы гистаминовых рецепторов
Пепсин	Антибиотик
Циметидин	Ферменты
Кларитромицин	Антациды

4. Напишите, что относится к органам ЖО и ЖВП с описанием физиологии.

- _____
- _____
- _____
- _____

5. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

53. Обострение хронического холецистита провоцирует
- а) стресс*
 - б) переохлаждение*
 - в) прием углеводов*
 - г) прием жирной пищи*
54. Симптом хронического холецистита
- а) слабость*
 - б) гектическая лихорадка*
 - в) мелена*
 - г) боль в правом подреберье*
55. Клинические симптомы хронического холецистита
- а) асцит, "сосудистые звездочки"*
 - б) боль в правом подреберье, горечь во рту*
 - в) отрыжка тухлым, рвота*
 - г) рвота "кофейной гущей", мелена*
56. Для лечения хронического холецистита используют
- а) атропин, альмагель*
 - б) эуфиллин, преднизолон*
 - в) валидол, корвалол*
 - г) эритромицин, холосас*
57. Пациента с хроническим некалькулезным холециститом медсестра должна обучить
- а) измерять АД*
 - б) делать тюбаж*
 - в) подсчитывать суточный диурез*
 - г) определять массу тела*
58. Показание для дуоденального зондирования
- а) острый холецистит*
 - б) хронический холецистит*
 - в) острый гастрит*
 - г) печеночная колика*
59. Подготовка пациента к дуоденальному зондированию
- а) вечером – легкий ужин, утром – натощак*
 - б) вечером – легкий ужин, утром – очистительная клизма*
 - в) в течение 3 дней до исследования исключаются железосодержащие продукты*
 - г) не проводится*
60. При подготовке пациента к дуоденальному зондированию очистительная клизма
- а) ставится вечером накануне исследования*
 - б) ставится утром в день исследования*
 - в) ставится вечером и утром*
 - г) не ставится*

61. При дуоденальном зондировании медсестра использует сульфат магния для получения содержимого
- а) желудка*
 - б) 12-перстной кишки*
 - в) желчного пузыря*
 - г) внутрипеченочных протоков*
62. Порция «В», полученная при дуоденальном зондировании, – это содержимое
- а) желудка*
 - б) 12-перстной кишки*
 - в) желчного пузыря*
 - г) внутрипеченочных протоков*
63. При заболеваниях желчевыводящих путей медсестра готовит пациента к проведению
- а) желудочного зондирования*
 - б) дуоденального зондирования*
 - в) ирригоскопии*
 - г) колоноскопии*
64. Механическая желтуха является осложнением
- а) дискинезии желчных путей*
 - б) хронического холецистита*
 - в) желчнокаменной болезни*
 - г) хронического гепатита*
65. Подготовка пациента к УЗИ органов брюшной полости включает прием
- а) активированного угля*
 - б) нипольфена*
 - в) пентагастрина*
 - г) сульфата магния*
66. При поносе пациенту рекомендуется
- а) молоко*
 - б) ржаной хлеб*
 - в) овощи и фрукты*
 - г) обильное питье, рисовый отвар*
67. При запоре пациенту рекомендуется
- а) ограничение жидкости*
 - б) ограничение поваренной соли*
 - в) продукты, богатые клетчаткой*
 - г) продукты с малым содержанием клетчатки*
68. При запоре медсестра рекомендует пациенту употреблять большое количество
- а) белков*
 - б) жиров*
 - в) углеводов*
 - г) продуктов, богатых пищевыми волокнами*
69. К препаратам-пробиотикам относятся
- а) тетрациклин*
 - б) фестал*
 - в) смекта*
 - г) бактисубтил*

70. Подготовка пациента к ирригоскопии
- вечером – легкий ужин, утром – натощак
 - накануне и утром – очистительная клизма
 - за 3 дня исключить железосодержащие продукты
 - не проводится
71. Ирригоскопия – это рентгенологическое контрастное исследование
- пищевода
 - желудка
 - желчного пузыря
 - кишечника
72. Холецистография – это рентгенологическое контрастное исследование
- пищевода
 - желудка
 - желчного пузыря
 - кишечника

6. Опишите заболевания печени, заполнив таблицу

Гепатит – это	Цирроз - это
Причины:	Причины:
Клиника:	Клиника:

7. Выпишите из таблицы названия препаратов в соответствии с группой «Путаница»

Название препарата	Группа препарата
Карсил	Пробиотики
Панкреатин	Противодиарейное
Папаверин	Гепатопротекторы
Лоперамид	Ферменты
Бактисубтил	Спазмолитик
Холагол	Желчегонные

8. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

73. Диета при заболеваниях печени предполагает
- а) вариант с пониженной калорийностью*
 - б) основной вариант стандартной*
 - в) вариант с пониженным количеством белка*
 - г) вариант с повышенным количеством белка*
74. Из рациона питания пациентов с заболеваниями печени исключают
- а) жареное мясо*
 - б) кисломолочные блюда*
 - в) фрукты*
 - г) пшеничный хлеб*
75. Симптом цирроза печени
- а) боль в правом подреберье*
 - б) слабость, повышение АД*
 - в) сухость кожи*
 - г) повышение аппетита*
76. Фактор риска хронического гепатита и цирроза печени
- а) ожирение*
 - б) инфицирование вирусами гепатита В*
 - в) гиподинамия*
 - г) низкий уровень жизни*
77. Диагностическое значение при заболеваниях печени имеет взятие крови на
- а) определение группы*
 - б) посев на гемокультуру*
 - в) ВИЧ*
 - г) биохимический анализ*
78. Для выяснения этиологии заболевания печени м/с возьмет у пациента кровь на
- а) общий анализ*
 - б) реакцию Вассермана*
 - в) маркеры вирусного гепатита*
 - г) определение иммунного статуса*
79. Заболевание, при котором отмечаются "сосудистые звездочки" на верхней части туловища, желтуха, асцит
- а) гастрит*
 - б) холецистит*
 - в) цирроз печени*
 - г) энтерит*
80. Для диагностики гепатита наиболее информативно проведение
- а) рентгенографии желудка*
 - б) фиброгастроскопии*
 - в) УЗИ органов брюшной полости*
 - г) ректороманоскопии*

81. Подготовка пациента к абдоминальной пункции
- а) промывание желудка*
 - б) очистительная клизма*
 - в) сифонная клизма*
 - г) опорожнение мочевого пузыря*
82. Осложнения при циррозе печени
- а) пищеводное кровотечение*
 - б) кишечное кровотечение*
 - в) печеночная кома*
 - г) все перечисленное*
83. Эссенциале, карсил, витамины группы В используются для лечения болезней
- а) желудка*
 - б) кишечника*
 - в) печени*
 - г) мочевыводящих путей*
84. После абдоминальной пункции живот больного оставляют стянутым полотенцем для профилактики
- а) гипертонического криза*
 - б) кровоизлияния в мозг*
 - в) обморока*
 - г) отека легких*
85. Для диагностики цирроза печени проводится
- а) желудочное зондирование*
 - б) дуоденальное зондирование*
 - в) фиброгастроскопия*
 - г) пункционная биопсия*
86. Предупредить хронические заболевания печени может
- а) профилактика острого вирусного гепатита*
 - б) закаливание*
 - в) исключение переохлаждения*
 - г) санация очагов инфекции*

9. Заполните таблицу неотложных состояний

	ЖК кровотечение	Перфорация язвы	Желчная колика	Острый панкреатит
Клиника				

10. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

87. Основной симптом желчной колики
- а) снижение аппетита*
 - б) желтуха*
 - в) тошнота*
 - г) боль в правом подреберье*
88. Зависимое сестринское вмешательство при приступе печеночной колики – введение
- а) строфантина, коргликона*
 - б) баралгина, но-шпы*
 - в) димедрола, супрастина*
 - г) клофелина, лазикса*
89. Патогномоничные признаки желудочного кровотечения
- а) бледность, слабость*
 - б) головная боль, головокружение*
 - в) рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул*
 - г) тахикардия, снижение АД*
90. Характер кала при остром желудочном кровотечении
- а) кровянистый*
 - б) дегтеобразный*
 - в) обесцвеченный*
 - г) жирный*
100. Тактика медсестры при появлении у пациента рвоты "кофейной гущей" вне лечебного учреждения
- а) амбулаторное наблюдение*
 - б) направление в поликлинику*
 - в) введение анальгетиков*
 - г) срочная госпитализация*
101. Независимое сестринское вмешательство при желудочном кровотечении
- а) промывание желудка*
 - б) очистительная клизма*
 - в) грелка на живот*
 - г) пузырь со льдом на живот*
102. Зависимое сестринское вмешательство при желудочном кровотечении – введение
- а) хлорида кальция, дицинона*
 - б) гепарина, димедрола*
 - в) дибазола, папаверина*
 - г) пентамина, клофелина*
103. В первые 2 дня после желудочно-кишечного кровотечения медсестра контролирует соблюдение диеты
- а) голодной*
 - б) ОВД*
 - в) ЩД*
83. Основной симптом при перфорации язвы
- а) «кинжальная боль», «доскообразный» живот*
 - б) резкая боль в левом подреберье*
 - в) ноющая боль в правом подреберье*
 - г) рвота «кофейной гущей»*

11. Решите клинические задачи в сборнике задач

По мере решения в сборнике подпишите над задачей определенный диагноз или неотложное состояние, а в самой задаче маркером выделите ведущие симптомы (3-4 симптома).

Задачи также используются для индивидуального задания по составлению плана сестринских вмешательств.

Эталоны ответов к тестовым заданиям: 1 г, 2 а, 3 а, 4 г, 5 в, 6 а, 7 г, 8 г, 9 г, 10 а, 11 б, 12 а, 13 а, 14 г, 15 г, 16 а, 17 г, 18 г, 19 а, 20 б, 21 г, 22 в, 23 а, 24 г, 25 б, 26 а, 27 а, 28 г, 29 в, 30 б, 31 а, 32 г, 33 а, 34 г, 35 г, 36 а, 37 в, 38 в, 39 б, 40 в, 41 г, 42 г, 43 а, 44 г, 45 г, 46 а, 47 г, 48 а, 49 а, 50 г, 51 в, 52 г, 53 г, 54 г, 55 б, 56 г, 57 б, 58 б, 59 а, 60 г, 61 в, 62 в, 63 б, 64 в, 65 а, 66 г, 67 в, 68 г, 69 г, 70 б, 71 г, 72 в, 73 б, 74 а, 75 а, 76 б, 77 г, 78 в, 79 в, 80 в, 81 г, 82 г, 83 в, 84 в, 85 г, 86 а, 87 г, 88 б, 89 в, 90 б, 100 г, 101 г, 102 а, 103 а, 104 а.

Критерии оценки:

0 – 10 ошибок – «5»

11-21 ошибок – «4»

22 - 33 ошибок – «3»

34 и более ошибок – «2»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБОУ ПО Пензенский областной медицинский колледж
Кузнецкий филиал

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

**для студентов 2 курса
специальность 34.02.01 «Сестринское дело»**

**ПМ 04. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ
МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов
терапевтического профиля разных возрастных групп
Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях
терапевтического профиля**

**Тема 2.5 Сестринский уход при заболеваниях мочевыделительной
системы**



Составитель: Павлова О.В.
преподаватель высшей квалификационной категории

2024

Пояснительная записка

Уважаемый студент!

Учебно – методическое пособие для студентов создано для самостоятельной внеаудиторной подготовки по теме «Сестринский уход при заболеваниях мочевыделительной системы», а также может использоваться на практических занятиях по теме.

В пособии отражен и систематизирован теоретический материал по данной теме и включает основные вопросы:

- ✓ Определения заболеваний наиболее часто встречающихся;
- ✓ Этиология, патогенез и клиническая картина заболеваний;
- ✓ Диагностические методы;
- ✓ Особенности лечения;
- ✓ Особенности сестринского ухода;
- ✓ Осложнения и неотложные состояния

Пособие содержит вопросы промежуточного контроля и раздел «Итоговая самооценка» для определения итогового уровня знаний после работы с пособием, для закрепления и обобщения полученной новой информации.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС и рабочей программой МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля, рекомендуется для преподавателей дисциплины и студентов специальности «Сестринское дело» 2 курса.

Указания по работе

I. Освоение нового материала основывается на базовых знаниях, полученных при изучении ряда дисциплин и МДК на первом и втором годах обучения.

1. ОП 2 «Анатомия и физиология человека»
2. ОП 3 «Основы латинского языка с медицинской терминологией»
3. ОП.04 «Основы патологии»
4. ОП.05 «Основы микробиологии и иммунологии»
5. ОП.06 «Генетика человека с основами медицинской генетики»
6. ОП.07 «Фармакология»
7. ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи МДК.01.01 Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации
8. ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности, находящегося в распоряжении медицинского персонала МДК.02.01 Документирование и контроль в профессиональной деятельности
9. ПМ.03 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни МДК.03.01 Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний МДК.03.02 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению

II. Для более точного осмысления и понимания нового материала, Вам необходимо внимательно ознакомиться с теоретическим материалом.

III. Изучите теоретический материал по теме, отвечая на вопросы самоконтроля. Законспектируйте кратко материал.

IV. Выполните задания в разделе «Итоговая самооценка» для закрепления, систематизации новой информации. После сверьте результаты с эталонами, при низкой оценке вернитесь к теоретическому материалу еще раз.

V. Для более глубокого изучения материала по данной теме воспользуйтесь списком дополнительной литературы, выполните задания для внеаудиторной работы.

Формируемые компетенции

1.1.1. Перечень общих компетенций

ОК 01.	Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам
ОК 02.	Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности
ОК 03.	Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях
ОК 04.	Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде
ОК 05.	Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста
ОК 06.	Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения
ОК 07.	Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях
ОК 08.	Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности
ОК 09.	Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках

1.1.2. Перечень профессиональных компетенций

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
ВД 4	Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях
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

1.1.3. В результате освоения, обучающийся должен:

Иметь практический опыт	проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированием лечащего врача; выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту; осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии; обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода; оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний; проведения мероприятий медицинской реабилитации
Уметь	проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении; выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе; выявлять факторы риска падений, развития пролежней; проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике; осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств; определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода; выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни; проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли; выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту: - оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов; - введение лекарственных препаратов внутривенно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи; - катетеризацию периферических вен; - внутривенное введение лекарственных препаратов; проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача; собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача; проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача; обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том

	<p>числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов;</p> <p>ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;</p> <p>осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;</p> <p>выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни;</p> <p>оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям);</p> <p>проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача;</p> <p>получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения поведения.</p>
Знать	<p>основы теории и практики сестринского дела, методов определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>диагностических критериев факторов риска падений, развития пролежней и контактного дерматита у пациентов;</p> <p>анатомо-физиологических особенностей и показателей жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правил измерения и интерпретации данных;</p> <p>технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;</p> <p>основ клинической фармакологии, видов лекарственных форм, способов и правил введения лекарственных препаратов, инфузионных сред;</p> <p>правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам;</p> <p>медицинских изделий (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемых для проведения лечебных и (или) диагностических процедур и вмешательств;</p> <p>требований к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента;</p> <p>порядка и правил учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртосодержащих препаратов, инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания;</p>

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

правил транспортной иммобилизации;

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

современных технологий медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;

особенности и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;

порядка оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента;

процесса и стадий умирания человека, клинических признаков, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенности сестринского ухода;

признаков биологической смерти человека и процедур, связанных с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке;

психологии общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам (законным представителям);

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

физических и психологических особенностей пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

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

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

показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

правил оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Литература

3.2.1. Основные печатные издания

1. Лычев В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 552 с
2. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела: практикум : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования / Т. П. Обуховец ; под ред. Б.В. Кабарухина. – 3-е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2020. – 688 с.
3. Смолева, Э. В. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учебное пособие / Э. В. Смолева. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. — 475 с. — ISBN 978-5-222-35201-4;

3.2.2. Основные электронные издания

1. Антропова О. В. Теория и практика сестринского дела. Курс лекций : учебное пособие для спо / О. В. Антропова. — 2-е стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 84 с. — ISBN 978-5-8114-8670-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/179153> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Двойников, С. И. Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников : учеб. пособие / под ред. С. И. Двойникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4094-0. - Текст : электронный // URL : <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440940.html> (дата обращения: 11.01.2022). - Режим доступа : по подписке
3. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С.А. Тарновская И.И. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2019, 2020. – 368 с. Доступ из ЭБС «Конс. студ.»
4. Повх Л. А. Сестринский уход в терапии. Сборник задач : учебное пособие / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2020. — 116 с. — ISBN 978-5-8114-5660-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/143711> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3.2.3. Дополнительные источники

1. ГОСТ Р 52623.1–2008 Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования. – Введ. 01.09.2009 – Москва: Стандартинформ, 2009. – 35 с.
2. ГОСТ Р 52623.3 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 220 с.
3. ГОСТ Р 52623.4 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 88 с.

В период дистанционного обучения в открытом доступе представлен электронный дидактический материал (методические рекомендации, учебные пособия, рабочие тетради по ПМ 04.МДК 04.02) на сайте Кузнецкого филиала ГБОУ ПО «ПОМК» <http://kuzmedcoll.narod.ru> в разделе: «Дистанционное обучение».

Электронный адрес ведущего преподавателя:

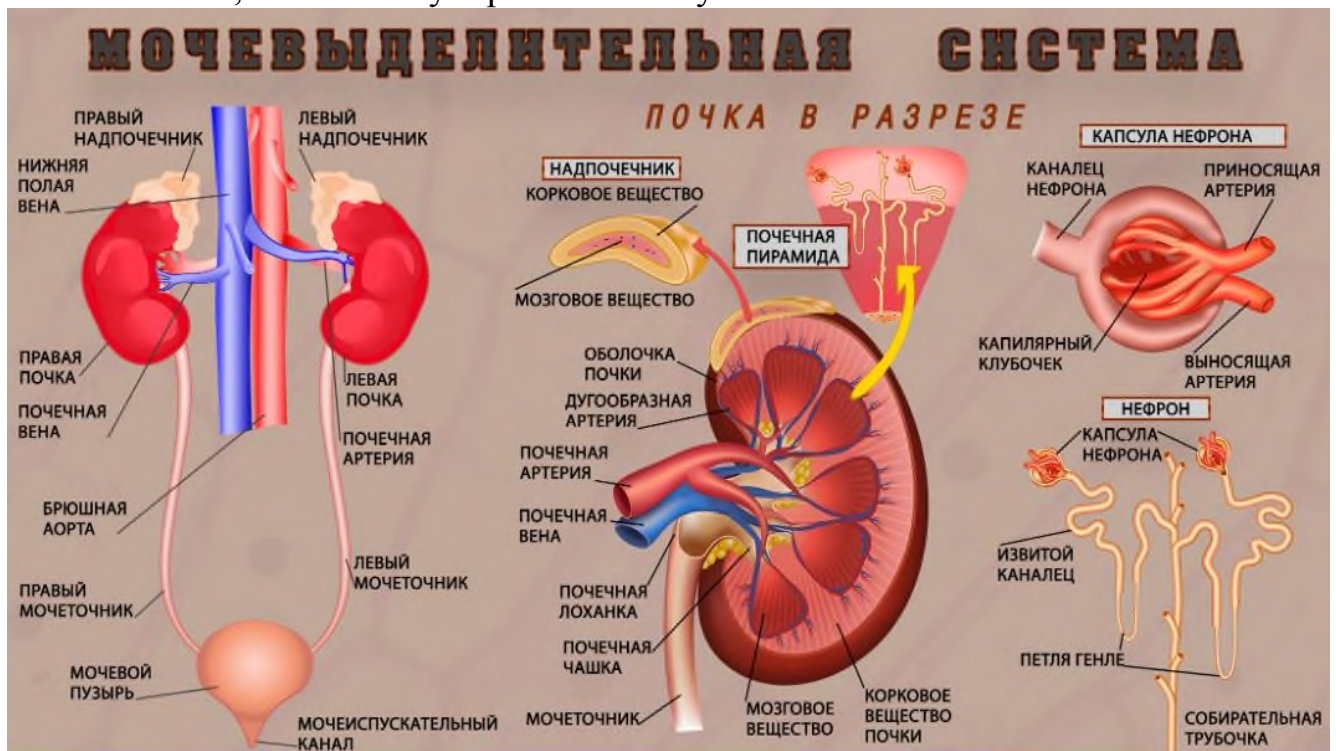
pavlovaolga.72@mail.ru

Теоретический материал

МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп

Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля
Тема 2.5 Сестринский уход при заболеваниях мочевыделительной системы

Мочевыделительная система человека - система органов, формирующих, накапливающих и выделяющих мочу у человека. Состоит из пары почек, двух мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.



Почки расположены за брюшиной, по обе стороны позвоночника на уровне между XI и XII грудными и II-III поясничными позвонками, окружены тонкой соединительнотканной капсулой и толстым слоем жировой клетчатки. Они как бы висят на почечных кровеносных сосудах – артериях, отходящих от брюшной аорты, и почечных венах, впадающих в нижнюю полую вену. Почечная паренхима состоит из двух слоев: наружного – коркового и внутреннего – мозгового.

Функциональной единицей почки является нефрон, который состоит из мальпигиева тельца и отходящей от него системы почечных канальцев. В мальпигиевом тельце различают тонкое сосудистое образование – клубочек и его капсулу (ШУМЛЯНСКОГО – БОУМЕНА). Клубочки, извитые канальцы первого и второго порядка, расположены в корковом веществе почки, большая часть петли Генли и собирательные трубочки образуют мозговой слой почки.

Процесс образования мочи проходит два этапа: сначала плазма фильтруется в клубочках почечного тельца с образованием большого количества первичной мочи. В норме белки плазмы крови через капилляры клубочков не проходят. Затем в канальцах второго порядка происходит всасывание воды и других составных частей с образованием вторичной мочи, поступающей в

собирательные трубочки, чашечки, лоханки, мочеточники, мочевого пузыря и мочеиспускательный канал. Через каждые 5-10 минут через почки проходит вся масса крови, что составляет за сутки около 1000 л. Здоровые почки невозможно пропальпировать и проперкутировать, пальпация почек становится возможной только при их увеличении или опущении.

Почки принимают участие в процессах метаболизма белков, углеводов, липидов, играют определенную роль в регуляции системной гемодинамики. Основными функциями почек являются выделительная (выделяют из организма растворенные в воде соли, продукты белкового обмена и др.) и секреторная (продуцируют эритропоэтин, ренин, простагландины и др.).

Мочеточники — это узкие трубки, переносящие мочу из почек в мочевого пузыря. Стенки мочеточников содержат мышечный слой, волокна которого постоянно напрягаются и расслабляются, таким образом моча продвигается в одном направлении — от почек к мочевому пузырю. Небольшие порции мочи попадают в мочевого пузыря из мочеточников каждые 10–15 секунд.

Мочевой пузырь — это полый орган, способный к сильному растяжению. Он расположен в нижней части живота и удерживается на своём месте связками, которые прикреплены к другим органам и костям таза. В мочевом пузыре скапливается моча. Его стенки расслабляются (мочевой пузырь расширяется при наполнении мочой) и сокращаются, сжимаются для опорожнения. Средний объём мочевого пузыря у женщин — 250–550 мл, у мужчин — 350–750 мл. Его размеры зависят от комплекции человека, возраста, индивидуальных особенностей, а максимальное наполнение — от количества выпитой жидкости. Отверстие мочевого пузыря плотно закрывает сфинктер — круговая мышца, которая расслабляется, когда получает сигнал от головного мозга на опорожнение. В оставшееся время сфинктер сомкнут и предотвращает подтекание мочи.

Из мочевого пузыря выходит **мочеиспускательный канал, или уретра**, — это тонкая трубка, по которой моча вытекает наружу. Стенка уретры состоит из трёх оболочек: эпителиальной, мышечной и соединительнотканной. У женщин мочеиспускательный канал короткий — около 4 сантиметров — и широкий, поэтому они с рождения более уязвимы перед мочеполовыми инфекциями: патогенным возбудителям проще проникнуть внутрь. У мужчин мочеиспускательный канал узкий и длинный, он служит для выделения не только мочи, но и семенной жидкости.

Заболевания мочевыделительных органов. Основными проблемами пациента при заболеваниях мочевыделительных органов являются отеки, изменение диуреза, боль в поясничной области и часто сопровождается повышением температуры. Наличие тех или иных симптомов зависит от патологического процесса, т.е от развития того или иного заболевания.

Гломерулонефрит - двустороннее воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением клубочков, вовлечением канальцев и межтубулярной ткани.

Различают:

Острый гломерулонефрит – воспалительное заболевание инфекционно-аллергической природы.

Хронический гломерулонефрит – это группа заболеваний, различных по патогенезу и морфологии, характеризующаяся иммунным воспалением клубочкового аппарата почки; с исходом в нефросклероз и хроническую почечную недостаточность. Чаще всего заболевание является исходом перенесенного острого гломерулонефрита, однако бывают и первичные формы.

Этиология и патогенез.

Как правило, установить точную причину не представляется возможным. Не исключена роль наследственной предрасположенности. **Вызывается бета-гемолитическим стрептококком группы А.**

Предрасполагающими факторами могут быть: инфекции, повторная вакцинация, применение некоторых лекарств (противоэпилептических средств, препаратов, содержащих золото, литий, Д-пеницилламин и др.), употребление алкоголя, аллергическая реакция на цветочную пыльцу и другие факторы.

В основе патогенеза лежат **аутоиммунные механизмы (отложение повреждающих иммунных комплексов и комплемента на базальной мембране клубочков)**. В прогрессировании хронического процесса большую роль играют не иммунные механизмы: фиброз почечной ткани, **нарушение внутрипочечного кровотока, утрата функциональной способности почечной ткани, следствием чего является развитие хронической почечной недостаточности.**



Клиническая картина

У одних больных наблюдается почти бессимптомное течение, у других – выраженные расстройства.

Для заболевания характерны **боли в поясничной области**, чаще с **обеих сторон**, **повышение температуры тела**, **уменьшение количества мочи (олигурия) до 400-700 мл в сутки**, слабость, головная боль. Тошнота, рвота. В некоторых случаях моча приобретает красноватый цвет или вид мясных помоев. В тяжелых случаях в течение нескольких дней возможно отсутствие мочеиспускания (анурия) с развитием острой почечной недостаточности.

Появляется **отечный синдром** с характерным внешним видом больного – **«лицо нефритика»** (бледные отеки преимущественно в области век, лица,



появляются утром, уменьшаются к вечеру). В тяжелых случаях возможно появление массивных отеков, отмечается ежедневная прибавка в весе, что также свидетельствует о задержке жидкости в организме. Отеки обычно исчезают через 2-3 недели

Одним из частых проявлений острого гломерулонефрита является **артериальная гипертензия**. Обычно она не достигает высоких цифр, чаще давление поднимается до 180/120 мм рт.ст.

Артериальная гипертензия **может осложняться острой левожелудочковой недостаточностью с развитием сердечной астмы и отека легкого**, позднее – гипергрозией левого желудочка, а также эклампсией с возникновением припадков. Эклампсия развивается в результате отека головного мозга, проявляется судорогами мышц конечностей с потерей сознания, цианозом лица, шумным дыханием, ригидностью мышц

Основной признак гематурической формы выделение эритроцитов с мочой (гематурия – моча цвета «мясных помоев»).

Диагностика.

ОАК - определяется уменьшение содержания гемоглобина и эритроцитов, лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

БАК – азотемия (повышение уровня креатинина, мочевины), повышение уровня фибриногена, при нефротическом синдроме – гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия.

Иммунологический анализ крови показывает повышенное содержание иммуноглобулинов. Появление ЦИК, высокий титр антител к антигенам стрептококка.

ОАМ – повышение удельного веса. Высокая протеинурия (от 1 до 10 г/л, но нередко достигающая 20 г/л и более), обычно выявляемая в первые 7-10 дней от начала заболевания, затем уменьшающаяся до 1 г/л и менее; макро- и микрогематурия, иногда – цилиндрурия, лейкоцитурия.

Анализ мочи по Зимницкому - проба необходима для оценки концентрационной функции почек. Проводят оценку общего количества выделенной мочи, отношение дневного объема (первые 4 порции) к ночному и плотность жидкости в каждой порции. Выявляется олигурия, количество выделенной мочи за сутки менее 500 мл. При декомпенсации хронического процесса развивается полиурия, при этом ночной диурез может преобладать над дневным (никтурия), а плотность снижена во всех порциях (изогипостенурия).

Анализ мочи по Нечипоренко – определение количества эритроцитов, лейкоцитов и цилиндров в 1 мл осадка. Выявляется повышенное содержание в моче эритроцитов. Обнаруженные в анализе цилиндры обычно также выходят за пределы референсных значений. Лейкоциты же определяются в количестве, незначительно превышающем норму.

Анализ мочи пробе Реберга выявляется снижение клубочковой фильтрации (повышение креатинина).

При сердечно-сосудистых осложнениях на ЭКГ определяются диффузные изменения миокарда, изменение зубцов Т в стандартных отведениях, глубокий зубец Q, снижение вольтажа комплекса QRS.

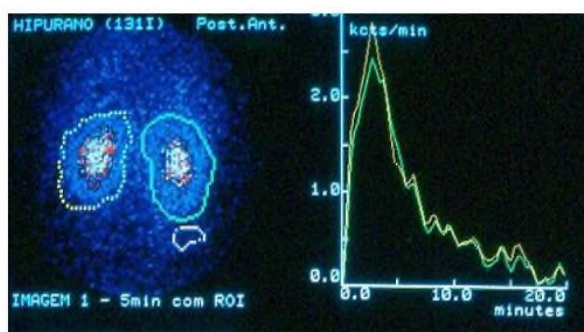
На глазном дне – сужение артериол, иногда – отек зрительного нерва, точечные кровоизлияния.

Морфологические варианты хронического гломерулонефрита устанавливаются с помощью **биопсии почек** с последующим микроскопическим исследованием полученного материала.



Для уточнения диагноза и определения функционального состояния почек используют **ультразвуковое исследование**,

Ренография (введение радиоизотопного вещества в вену приводит к его накоплению в тканях почек. Метод основан на способности почек извлекать гиппуран из крови и выводить его с помощью мочи. Для обнаружения гиппурана используются сцинтиляционные датчики, которые размещаются над



почками. Результат отображается в виде двух кривых).

Сцинтиграфия (после введения радиоизотопного препарата (меченого изотопами) в полую вену артерии на монитор томографа выходит сразу серия снимков, по которым врачи оценивают размеры, строение, форму пораженного органа).

Особенности ухода и лечения.

Больным показан строгий постельный режим, избегание переохлаждений. При хроническом гломерулонефрите больным показан щадящий режим. Необходимо избегать переохлаждений, чрезмерных физических нагрузок, стрессов. Необходим контроль артериального давления.

В первые дни в питании резко ограничивается поваренная соль или рекомендуется бессолевая диета, резко ограничиваются белки (НБД), полностью исключаются пряности и раздражающие продукты. Количество употребляемой жидкости рассчитывается с учетом диуреза (к количеству выделенной жидкости прибавляют 400мл).

В дальнейшем после свертывания клинической картины диету можно постепенно расширять за счет увеличения белкового компонента, поваренной соли (около 2,5 г в сутки). Далее диета предусматривает ограничение поваренной соли до 9-10 г в сутки, достаточное содержание белков, жиров, углеводов, витаминов, жидкости, солей калия. Преимущество отдается растительной пище с включением овощей, фруктов, нежирного мяса и рыбы, молочных продуктов.

При гипертонической форме гломерулонефрита дополнительно ограничивается количество соли (до 3-5 г в сутки). При нефротическом синдроме лимитируют также количество потребляемой жидкости (из расчета объема выделенной мочи плюс 400-500 мл).

При любой форме гломерулонефрита противопоказаны алкоголь, копчености, острые и копченые блюда, крепкий кофе, свежие укроп и петрушка.

В качестве этиотропной терапии назначают антибактериальную терапию:

1. оксациллин в/м по 0,5 г 4 раза в сутки;
2. эритромицин по 0,25 г 4 раза в сутки и др.

Применение антибиотиков целесообразно при очевидной связи развития заболевания с перенесенной стрептококковой инфекцией.

В качестве иммунодепрессивной терапии при остром гломерулонефрите с нефротическим синдромом, при тосутствии артериальной гипертензии, затянувшемся течении заболевания, а также развитии острой почечной недостаточности назначаются **глюкокортикостероиды**: преднизолон – 1 мг на 1 кг масса тела в течение 1,5-2 месяцев с постепенным снижением дозы. При чрезвычайно высокой активности процесса проводится пульстерапия метилпреднизолоном.

При неэффективности глюкокортикостероидов применяются цитостатики:

1. азатиоприн по 2-3 мг на 1 кг массы тела;
2. циклофосфамид по 1,5 – 2 мг на 1 кг массы тела;

цитостатики применяются в течение 6-8 недель (иногда более длительно), а затем дозу уменьшают до поддерживающей.

В некоторых случаях показана комбинированная терапия преднизолоном и цитостатиками.

Для улучшения микроциркуляции в капиллярах клубочков показаны антиагреганты и антикоагулянты:

1. курантил 225-400 мг в сутки в течение 6-8 недель, а затем в поддерживающей дозе 50-75 мг в сутки длительно;
2. гепарин по 5000-10000 ЕД подкожно каждые 4-6 часов в течение 6-8 недель;
3. трентал 0,2-0,3 г в сутки в 3 приема.

Симптоматическое лечение подразумевает лечение артериальной гипертензии. Назначаются:

1. ингибиторы АПФ (капотен 25-100 мг в сутки)
2. антагонисты кальциевых рецепторов (верапамил 80-360 мг в сутки).

Для лечения отечного синдрома рекомендуется ограничение потребления жидкости, назначение мочегонных средств:

1. гипотиазид 50-100 мг в сутки;
2. фуросемид 40-80 мг в сутки (при необходимости можно увеличить дозировку);
3. верошпирон 75-200 мг в сутки.

Возможно сочетание нескольких препаратов.

При выраженной упорной гематурии, не поддающейся коррекции с помощью основной терапии, показаны:

1. аминокaproновая к-та внутрь по 3 г каждые 6 ч или в\в капельно 150 мг 5% р-ра; курс – 4-7 дней;
2. дицинон в/м по 2 мл 12,5% р-ра 2 раза в день

Основные лечебные санаторно-курортные факторы – сухой теплый климат, инсоляции, лечебное питание. Направляются на санаторно-курортное лечение больные в стадии ремиссии.

Пиелонефрит - воспалительное заболевание почек с вовлечением в процесс паренхимы почек и почечных лоханок, связанный с инфекцией мочевыводящих путей. Чаще болеют женщины в возрасте 20-40 лет.

Этиология и патогенез.

Основной этиологический фактор – инфекционный, т.е. проникновение микроорганизмов в мочевыводящие пути (чаще это кишечная палочка, протей, синегнойная палочка, стафилококк, энтеробактерии, стрептококк, реже – микоплазмы, вирусы, грибы).

Предрасполагающими факторами могут быть:

1. переохлаждение;
2. беременность;
3. сахарный диабет;
4. оперативные вмешательства на мочевых путях;

5. нарушение пассажа мочи различного генеза (камни, опухоли, аномалии строения, аденома предстательной железы и др.)
6. рефлюксы на различных уровнях мочевыводящих путей;
7. заболевания простаты и парауретральных желез;
8. очаги хронической инфекции в организме;
9. наследственная предрасположенность;
10. предшествующее заболевание почек.

Микробы могут проникать в почку различными путями:

1. гематогенным – через кровь из отдаленного хронического очага инфекции (отит, тонзиллит, кариозные зубы, бронхит, фурункул и др.);
2. восходящим путем (урогенным) – по мочеточнику из мочевого пузыря.



Микроорганизмы, попавшие в почку, начинают выделять эндотоксины, оказывающее общее и местное повреждающее действие, в результате чего возникает воспаление почечной ткани, формируется воспалительный инфильтрат. Развитию воспалительного процесса способствует застой мочи. При далеко зашедшем пиелонефрите и отсутствии адекватного лечения происходят деформация и сморщивание почки.

Классификация.

По происхождению пиелонефрит делится на:

- 1) первичный – не связанный с предшествующей обструкцией мочевых путей;
- 2) вторичный – на фоне обструкции мочевых путей.

По локализации: односторонний, двусторонний.

Фаза заболевания: обострение, ремиссия.

Клинические формы: гипертоническая, септическая, гематурическая, анемическая, латентная, рецидивирующая

Клиника.

Начало заболевания характеризуется **общими симптомами:** недомоганием, слабостью, снижением работоспособности, нарушением аппетита, сна, головными болями.

Характерными специфическими симптомами являются:

1. **боли в поясничной области** ноющего или тупого характера различной интенсивности, иногда с иррадиацией в нижние отделы живота, промежность;

2. **частое и обильное мочеиспускание**, иногда болезненное, сопровождающееся режями и дискомфортом;

3. повышение температуры тела (чаще до субфебрильных цифр), ознобом.

Нередко обращают на себя внимание **пастозность лица**, более выраженная утром, проходящая к вечеру, бледность кожи и слизистых оболочек.

При поколачивании поясничной области определяется болезненность с одной или двух сторон. В некоторых случаях заболевание сопровождается повышением артериального давления.

Диагностика.

ОАК – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом в лево, небольшое ускорение СОЭ, анемия.

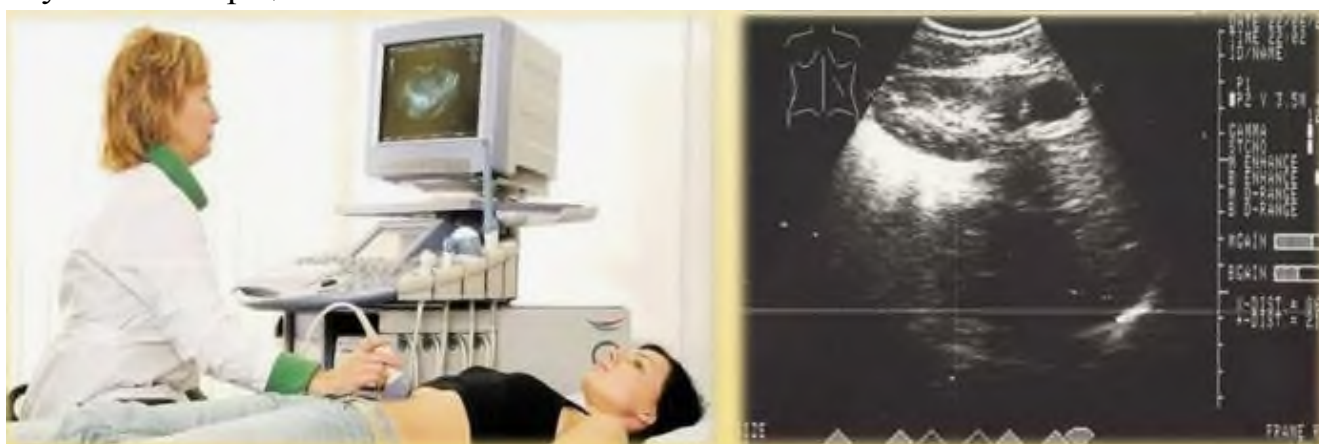
БАК - выявляются появление С-реактивного белка, повышение содержания фибриногена, сиаловых кислот, глобулинов.

ОАМ - лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия обычно небольшая, гипостенурия (снижение плотности мочи), возможны цилиндрурия, бактериурия.

Проба Нечипоренко дает более точные сведения о количественном содержании лейкоцитов и эритроцитов в 1 мл мочи (норме эритроцитов не более 1000, лейкоцитов не более 2000).

Проба Зимницкого определяет снижение плотности мочи в течение суток.

Ультразвуковое исследование почек дает представление о состоянии чашечно-лоханочной системы, выявляет ее асимметрию, деформацию, неровность контуров, неоднородность паренхимы, камни, в далеко зашедших случаях – сморщивание почки.



Экскреторная урография (метод рентген диагностики, предусматривает в/в введение контрастного вещества (**внутривенная урография**)). В качестве рентген контрастного вещества используются йодсодержащие препараты.

Довольно быстро контрастное вещество достигает почек и начинает выделяться в полость чашечно-лоханочной системы. Уже через 2-5 минут после начала введения контраста можно делать информативные рентгенограммы почек. Обычно делается серия рентгеновских снимков (до 6 снимков). Отсроченные рентгеновские снимки (через 20, 40, 60 минут) позволяют оценить работу других органов мочевыделительной системы) - позволяет определить снижение выделительной функции почек, деформацию лоханок и чашечек, неровность контуров, нарушение тонуса мочеточников.



Радиоизотопное сканирование почек уточняет размеры, структуру почек, характер изменений.

Особенности ухода и лечения.

Постельный режим рекомендуется только в тяжелых случаях. В любой фазе заболевания желательно избегать переохлаждений, чрезмерных физических нагрузок. Необходим контроль артериального давления.

При отсутствии осложнений питание мало отличается от обычного рациона. Рекомендуется (ОВД) диета с достаточным количеством белков, жиров и углеводов, витаминов, минеральных веществ. Ограничивается прием острой пищи, специй. Разрешаются отварная рыба, мясо, молочно-растительная пища. Рекомендуется употреблять достаточное количество жидкости (2-3 л в сутки). При обострении заболевания показано ограничение поваренной соли.

В качестве этиотропной терапии применяют антибиотики.

В настоящее время препаратами выбора **являются антибиотики из группы фторхинолонов:**

- 1) ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки, продолжительность лечения 7-14 дней;
- 2) офлоксацин по 200-400 мг 2 раза в сутки.

Альтернативными препаратами считаются **цефалоспорины III поколения** (амоксиклав, цефепим и др.), цефотаксим, цефтриаксон.

Для улучшения почечного кровотока в некоторых случаях назначают трентал, курантил.

С целью повышения общей реактивности организма и иммунного статуса используют адаптогены (настойку женьшеня, лимонника китайского), поливитамины и иммуностимуляторы.

В комплексной терапии хронического пиелонефрита применяются лекарственные растения, обладающие мочегонным, противовоспалительным, уросептическим действием. К ним относятся толокнянка, брусничный лист,

березовые почки, можжевельник и др. лечение длительное, обычно курсами по 10-12 дней. С помощью фитотерапии иногда можно добиться длительной ремиссии.

В летнее и осеннее время рекомендуется употреблять в пищу арбузы, обладающие мочегонным действием.

Из физиотерапевтических методов применяют электрофорез с лекарственными веществами, тепловые процедуры, грязевые аппликации, озокерит.

Санаторно-курортное лечение показано в период ремиссии.

Основной лечебный фактор – минеральные воды.

Профилактическое противорецидивное лечение направлено на предупреждение обострения заболевания. Проводится оно по ротационной схеме: одну декаду каждого месяца применяется антибактериальная терапия, в следующую декаду показан прием растительных уросептиков, затем 10 дней пьют витаминные морсы.

Мочекаменная болезнь – хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся изменениями в почках и мочевых путях с образованием в них



камней (конкрементов).

Мочевые камни по составу могут быть: ураты, оксалаты, фосфаты, смешанные, могут быть единичными и множественными, различной величины и формы.



В образовании камней важную роль играет инфекция в мочевыводящих путях и нарушение эндокринных и обменных процессов в организме. Считается, что в большинстве случаев выделение солей из мочи и

камнеобразование происходят вокруг органического «ядра», которым могут служить отшелушившиеся клетки лоханочного эпителия, скопления лейкоцитов, кровяной сгусток и т.д.

Способствующими факторами являются:

1. ограничение приема жидкости (сухоядение, «сухое голодание»);
2. употребление питьевой воды, богатой солями;
3. погрешности в питании (однообразная пища, бедная витаминами А и Д), злоупотребление красным вином;

4. застой мочи;
5. хроническое воспаление в мочевыводящих путях;
6. травмы почек.

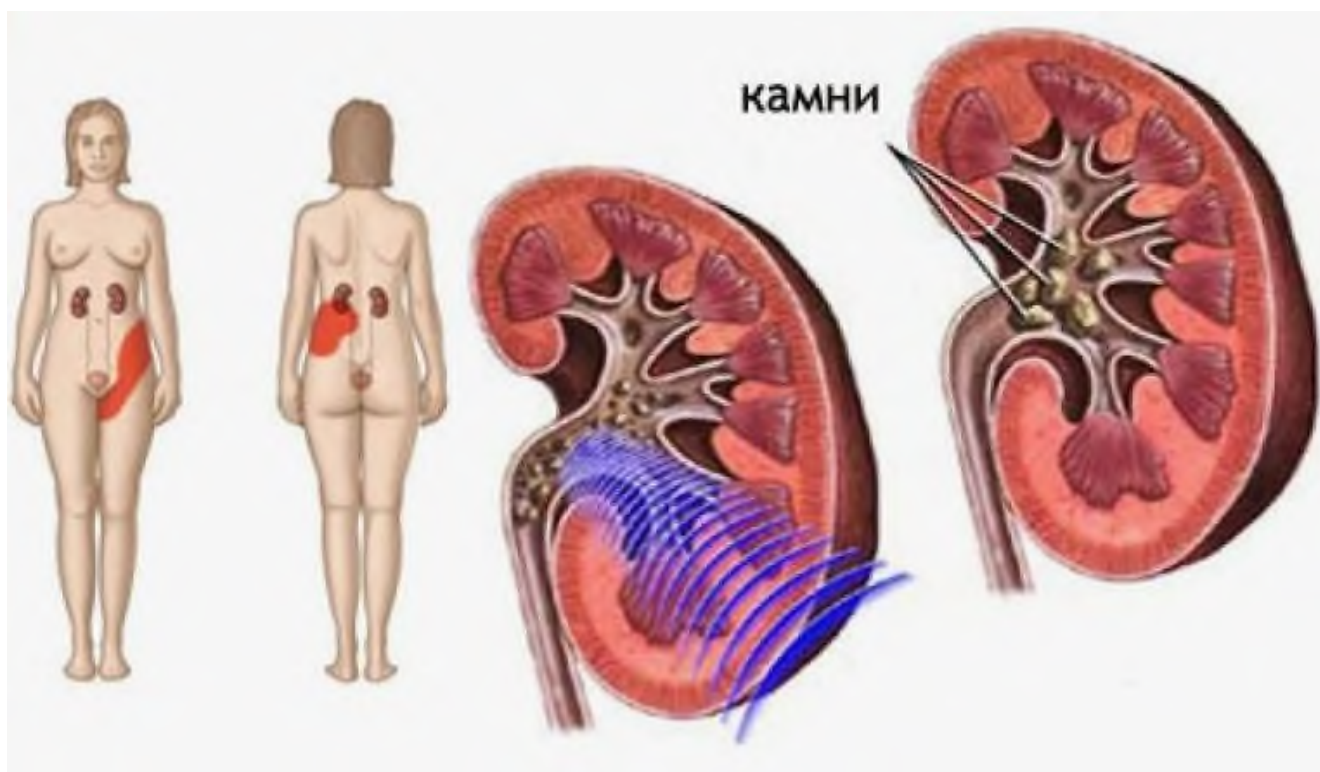
Клиника.

Часто заболевание протекает скрыто и обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании или УЗИ.

Различают межприступный период и приступы почечной колики.

В межприступном периоде у большинства людей никаких жалоб нет. Лишь у некоторых бывают тупые боли в области поясницы. Симптом Пастернацкого, как правило, положительный.

В большинстве случаев первым проявлением болезни служит **приступ почечной колики**, который обычно возникает вследствие прохождения камня по мочеточнику. Приступ начинается внезапно, часто после тряской езды, длительной ходьбы, поднятия тяжестей или без определенных причин. Боли локализуются в поясничной области и иррадируют вниз по ходу мочеточника и в



половые органы. Боли очень сильные, человек не может найти себе места, все время меняет положение. Временами интенсивность болей несколько уменьшается, но затем вновь увеличивается и достигает еще большей силы.

Приступ сопровождается учащенным болезненным мочеиспусканием и различными рефлекторными симптомами (тошнотой, рвотой, вздутием живота, задержкой дефекации); иногда возникает рефлекторная анурия.

Сопутствовать почечной колике может повышение температуры тела, что свидетельствует о развитии нефрита. Приступ прекращается по прохождении камня в мочевой пузырь. Иногда камень проходит по мочеиспускательному каналу и выделяется наружу.

Частота приступов различна: от нескольких в течение месяца до одного на протяжении многих лет.

Длительное наличие конкрементов в почечной лоханке, как правило, приводит к развитию пиелита, который затем может перейти в пиелонефрит.

Диагностика.

ОАМ - выявляться непостоянная гематурия, часто обнаруживаются кристаллы солей; во время приступа в моче появляются эритроциты и белок.

Бак.посев мочи – моча мутная, нахождение свыше 100 000 микробных тел в 1 мл мочи является, безусловно, патологическим признаком, в норме их количество составляет 0-10 000.

Проба Реберга позволяет выявить снижение функции обеих почек (обычно выраженное не в равной степени).

УЗИ и рентгенологическое исследования (обзорная, экскреторная урография) визуализируют наличие конкремента, при присоединении пиелонефрита – деформацию почечных чашек и лоханок, а также неравномерное уменьшение размеров почек.



Осложнения.

Если камень задерживается в мочеточнике и обтурирует его, почечная лоханка перерастягивается скапливающейся мочой и возникает осложнение – гидронефроз, приводящий в дальнейшем к атрофии почечной ткани.

При инфицировании мочи развивается острое гнойное воспаление почечной лоханки с переходом на почечную ткань. Для последнего характерны тяжелое общее состояние больного, гектическая лихорадка с обильными потами, тупые

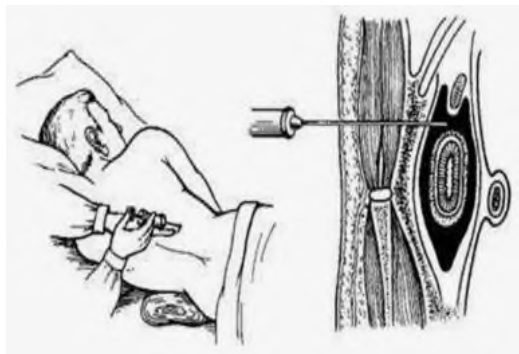


боли в соответствующей половине поясницы, пиурия, нейтрофильные лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, значительное повышение СОЭ.

Особенности ухода и лечение.

Во время приступа почечной колики все мероприятия направлены на снятие спазма и болей: обеспечить полный покой, на область поясницы кладут грелку, вводят баралгин 5 мл в/в или в/м. Нередко эффективны горячие ванны.

При затянувшемся приступе делают новокаиновую блокаду поясничной области по Школьникову или Лорин-Эпштейну.



В межприступном периоде больным рекомендуется обильное питье: при уратных камнях (уратах) полезны щелочные воды - «Боржоми», «Ессентуки».

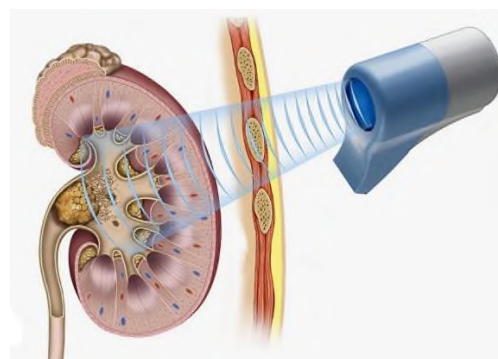
Большое внимание уделяется диете (ОВД). Ограничивается потребление продуктов, богатых кальцием (молоко, творог, картофель) и др. веществами, которые входят в состав камней. При наличии оксалатных камней запрещаются зеленый салат, щавель, бобы, помидоры и др. продукты, содержащие щавелевую кислоту. В случае уратных камней ограничивают потребление мяса, рыбы, бобовых, содержащих пуриновые основания.

При наличии в лоханки небольших камней предпринимаются попытки ускорить их отхождение: длительные прогулки, обильное питье, прием спазмолитических средств, препаратов, содержащих эфирные масла (энатин, цистенал).

В случае присоединения пиелонефрита назначают антибиотики и нитрофурановые препараты.

При больших инфицированных камнях показано оперативное вмешательство, однако оно не устраняет причину образования камней, и в дальнейшем они могут возникать вновь.

Существует метод дробления почечных камней с помощью ультразвука (литотрипсия, или нефролитотрипсия). После манипуляции мелкие осколки почечных камней выводятся с мочой.



Почечная недостаточность - состояние, при котором одна или обе почки не могут в полном объеме выполнять свои функции. Это происходит в результате какого-либо заболевания, когда почки перестают полноценно фильтровать кровь. Вещества, которые должны выводиться из организма, попадают обратно в

кровоток. Нарушение функций почек может быть связано с уменьшением кровотока через них и резким снижением снабжения кислородом.

Различают острую и хроническую.

Острая почечная недостаточность всегда является следствием других патологических процессов в организме. Непосредственными причинами ОПН являются низкая объёмная скорость кровотока, нарушение почечного кровотока и нарушение оттока мочи от почки из-за обструкции.



Нарушения почечного кровообращения и интоксикации вызывают 90% всех случаев заболевания.

Причины

- острая сердечная недостаточность (в т.ч. кардиогенный шок, аритмии);
- септический, анафилактический шоки;
- длительная рвота, диарея, ожоги, обезвоживание в результате больших операций, длительного применения диуретиков или слабительных средств;
- кровопотеря;
- цирроз печени с асцитом;
- нефротический синдром;
- перитонит;
- яды – укусы ядовитых змей и насекомых, органические растворители – гликоли, четыреххлористый углерод, дихлорэтан; тяжелые металлы – ртуть, свинец, золото, медь, мышьяк, барий; рентгеноконтрастные препараты; лекарственные средства – антибиотики (гентамицин, циклоспорин); бактериальные токсины – сепсис;
- синдром длительного сдавления;

- электротравма;
- отморожение;
- длительный астматический статус;
- кома;
- разрушение эритроцитов;
- кристаллы мочевой кислоты (подагра, миелома, лечение лейкозов цитостатиками);
- оксалаты;
- воспаление почечной ткани;
- закупорка мочевыводящих путей (закупорка мочеточников камнями, сдавление опухолью);
- поражения спинного мозга.

Клиника типично проявляется снижением объема мочеиспускания (мочи в сутки выделяется менее 500 мл/сутки у большинства больных, у 3–10 % – мочи менее 100 мл/сут.). Присоединяются отеки, вялость, потеря аппетита, тошнота, рвота (наблюдают в первые дни), сонливость, заторможенность, появляются мышечные подергивания, нарушение сердечного ритма, повышение артериального давления – у части больных, одышка, боли в животе, увеличение печени.

Особенности ухода и лечения.

Больные подлежат обязательной госпитализации. Исключение причин, приведших к острой почечной недостаточности – прекращение приема лекарств, лечение инфекционного заболевания, удаления яда и др.

- Фуросемид в дозе 100–400 мг в/в, при наличии эффекта – в дозе 2–3 мг/кг в/в в сочетании с маннитолом в дозе 0,5–1 г/кг в/в через отдельный катетер.

- Допамин 2–3 мкг/кг/мин. При отсутствии эффекта или нарастании креатинина через 6–12 часов введение прекращают.

- Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами (изотонический раствор натрия хлорида, раствор глюкозы).

- Коррекция анемии: переливание эритроцитарной массы. Препараты эритропоэтина не применяют.

- Плазмаферез: удаляемую плазму замещают свежезамороженной плазмой, раствором альбумина.

- Гемодиализ или перитонеальный диализ: показания – содержание мочевины в плазме более 24 ммоль/л, калия более 7 ммоль/л, уремическая интоксикация (заторможенность, тошнота, рвота). Противопоказания – геморрагический синдром, шок, только что произведенная операция на органах брюшной полости. При невозможности проведения диализа – промывание

желудка и кишечника большим количеством слабого раствора натрия гидрокарбоната (по 10 л раствора 2 раза в сутки) с помощью специальных двухканальных зондов и сифонных клизм.

Хроническая почечная недостаточность – патологическое состояние, характеризующееся постепенно развивающимся необратимым нарушением функции почек с задержкой выведения из организма продуктов азотистого обмена и расстройством водного, электролитного, осмотического и кислотно-основного равновесия.

Этиология и патогенез.

К ХПН наиболее часто приводят следующие заболевания:

1. хронический гломерулонефрит;
2. хронический пиелонефрит и интерстициальный нефрит;
3. заболевание мочевыводящей системы: мочекаменная болезнь, опухоли, гидронефроз;
4. диффузные заболевания соединительной ткани;
5. патология почечных сосудов;
6. сахарный диабет;
7. амилоидоз;
8. поликистоз почек, гипоплазия;
9. подагра и др.

Возникновение ХПН обусловлено прогрессирующим нефросклерозом.

Различают скрытый период ХПН, когда нарушения работы почек клинически не проявляются и обнаруживаются только специальными лабораторными методами, и явный период с клинической картиной уремии.

При ХПН происходит накопление азотистых шлаков в организме, нарушается водно-электролитное равновесие.

На ранних стадиях ХПН происходит увеличение объема выделяемой мочи (полиурия), в терминальной стадии объем мочи резко уменьшается, развиваются олигурия и анурия. Снижается выработка эритропоэтина в почках, что и является причиной развития анемии. В связи с задержкой натрия и воды, а также продолжающейся выработкой ренина развивается стойкая артериальная гипертензия.

Классификация.

Выделяются 3 стадии ХПН.

I стадия – начальная, с незначительным повышением содержания остаточного азота (до 60 мг%) и креатинина (до 1,5-3,0 мг% в крови) и умеренным снижением клубочковой фильтрации.

II стадия – выраженная, с более значительной азотемией и электролитными нарушениями.

III стадия – терминальная, проявляется яркой клинической картиной уремии.

Клиника.

В начальной стадии больные могут не предъявлять жалоб. **По мере прогрессирования заболевания** появляются *слабость, утомляемость, сонливость, апатия, снижение памяти, тупая головная боль, снижение зрения.* Раздражение азотистыми шлаками слизистой оболочки желудка и кишечника приводит к *потере аппетита, отвращению к пище, тошноте, рвоте* (уремический гастрит), *поносом, реже запором* (уремический колит). Раздражение выделяемыми продуктами слизистой оболочки дыхательных путей ведет к *ларингиту, трахеиту, бронхиту.* Возникает тяжелый стоматогингивит.

Вследствие раздражения на слизистых оболочках образуются *некрозы и изъязвления.* Появляется *мучительный зуд,* который заставляет больных без конца расчесывать кожу. Наблюдается *склонность к кровотечениям* (из носа, желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей, матки), возникают *кожные геморрагии.* Несколько снижается температура тела. В некоторых случаях как проявление «уремической подагры» могут возникать *боли в суставах.*

Клинические симптомы ХПН



Разложение мочевины, выделяемой слизистыми оболочками дыхательных путей и рта, под влиянием находящихся в них бактерий до аммиака обуславливает появление характерного *уремического запаха изо рта*.

При осмотре больных обращает на себя внимание *бледность кожных покровов. Кожа сухая, нередко со следами расчесов, шелушащаяся*. На коже в некоторых случаях можно увидеть отложение кристаллов мочевины в виде белой нити, особенно около устьев потовых желез (у основания волос). Язык сухой обложен коричневатым налетом.

При исследовании органов кровообращения выделяются *расширения границ сердца влево, акцент II тона над аортой, повышение артериального давления*.

Накапливающиеся в крови токсичные вещества выделяются и серозными оболочками; особенно характерен уремический перикардит, который определяется при выслушивании сердца по характерному грубому шуму трения перикарда. Этот шум обычно появляется в терминальном периоде и свидетельствует о близкой смерти больного.

В дальнейшем, при нарастании интоксикации, сознание больного утрачивается, он впадает в кому (уремическая кома).

Периоды резкой заторможенности чередуются с периодами возбуждения, галлюцинациями; возникает шумное редкое дыхание с очень глубокими вдохами (дыхание Куссмауля), реже наблюдается своеобразное дыхание с переменным нарастанием и ослаблением дыхательных движений (Чейна-Стокса).

В конечной стадии больной находится в глубокой коме, временами возникают отдельные мышечные подергивания. И через некоторое время наступает смерть.

ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



профилактика



симптомы



причины



лечение



Диагностика.

ОАК - характерна уремическая *анемия*, обычно сопровождаемая *лейкоцитозом, тромбоцитопенией*.

БАК - позволяет определить *увеличение* содержания в крови различных продуктов белкового распада: *мочевины, креатинина, мочевой кислоты*.

В пробе Зимницкого выявляется тенденция к монотонному выделению мочи более низкой (ниже 1,017) относительной плотности (*изогипостенурия*).

При исследовании глазного дна видны суженные артерии и расширенные вены, отечность диска зрительного нерва, местами белесоватые очажки пораженной сетчатки (*нейроретинит*).

Рентгенологическое исследование свидетельствует об изменениях в легких: двусторонние очаговые затемнения у ворот легкого (*«уремическое легкое»*).

На ЭКГ – синдром *гипертрофии левого желудочка*, при развитии гиперкалиемии – повышение сегмента ST и увеличение амплитуды позитивного зубца T.

Особенности ухода и лечение.

Больному желательно лимитировать физические и эмоциональные нагрузки, избегать переохлаждений.

При организации диеты (НБД) в питании необходимо ограничивать поступление белка до 60-20 гр в сутки, а также фосфатов, обеспечить достаточную калорийность рациона, поступление в необходимых количествах микроэлементов и витаминов, контролировать поступление натрия хлорида, воды и калия. Основу рациона должны составлять углеводы и жиры.

В меню рекомендуется ограничить молоко и рыбу. Ежедневное питание должно состоять из мяса (100-120гр), каш из различных круп (манной, рисовой, перловой, гречневой), творога, блюд из картофеля, винегретов со значительным количеством (50-100 гр) растительного масла.

При развитии отечного синдрома и выраженной артериальной гипертензии требуется ограничить потребление соли.

При уровне креатинина 0,35-1,3 ммоль/л больному рекомендуется употребление достаточного количества жидкости для поддержания диуреза на уровне 2-2,5л в сутки.

Терапия основана на лечении заболевания приведшего к развитию ХПН.

При наличии гиперкалиемии проводится коррекция электролитного баланса путем введения следующих средств:

1. р-р глюкозы 500 мл 5%-ного с 8 ЕД инсулина в/в
2. р-р кальция глюконата 20-30 мл 10% -ного;
3. р-р натрия гидрокарбоната 200 мл 5%-ного.

Для выведения токсичных веществ из кишечника применяют сорбенты:

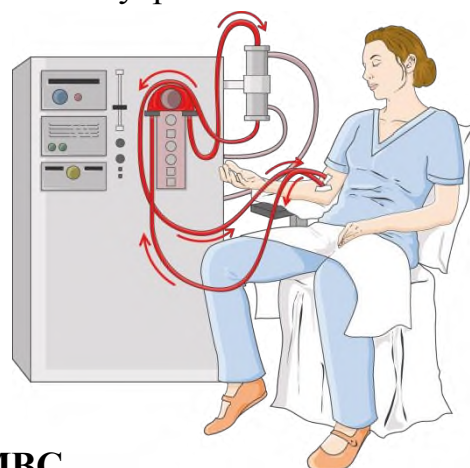
1. энтеродез или карболен по 5 гр на 100 мл воды 3 раза в день через 2 часа после еды;
2. энтерозгель по 1 ч.л. (15мг) 3 раза в день за 1,5-2 ч до еды;
3. белосорб по 1-2 гр 3 раза в день и др.

Показан кетостерил по 4-8 таб 3 раза в сутки. Эффективен также желудочный и кишечный диализ. В целях уменьшения интоксикации используются слабительные средства: сорбит и ксилит в дозе до 50 гр.

С дезинтоксикационной целью проводятся внутривенные вливания гемодеза, 5% р-ра глюкозы и др.

Назначается необходимая **симптоматическая терапия** гипотензивными, сердечно-сосудистыми средствами и т.д.

В запущенных случаях больных переводят на хронический гемодиализ или производят трансплантацию почки; это позволяет продлить им жизнь.



Лечение и уход при заболеваниях органов МВС.

В лечении различают этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины), патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания) и симптоматическое (только устраняет симптомы заболевания на короткое время).

Этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины):

1. Антибактериальные препараты: антибиотики различных групп с учетом чувствительности возбудителя (лечение хеликобактериоза);

2. Уросептики (это антибактериальные или антисептические средства, которые действуют в почечных лоханках, паренхиме, мочеточниках. Они уничтожают бактерии и сразу выводятся с мочой.).

Патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания):

1. Противовоспалительные препараты (цитостатики и СПВ, ГКС);

2. Дезинтоксикационные средства (направленных на очистку организма от вредных веществ, токсинов и шлаков. Этот процесс включает в себя использование специальных препаратов, растворов и методов);

3. Препараты с эфирными маслами (препятствуют камнеобразованию и способствуют растворению камней);

4. Антиагреганты и антикоагулянты (способствуют улучшению почечного кровотока);

5. Витаминотерапия (повышение защитных сил);

Симптоматическое (устранение симптомов и облегчение состояния)

1. Обезболивающие (анальгетики: ненаркотические и наркотические);

2. Пробиотики (устраняют осложнения от лечения антибиотиков, восстанавливая кишечную микрофлору);

3. Спазмолитики (для устранения боли через снятие спазма);

4. Противорвотные (для устранения рвоты);

5. Антигистаминные (при наличии кожного зуда).

6. Ингибиторы АПФ и Антагонисты кальциевых рецепторов (при гипертоническом синдроме)

7. Диуретики (при отечном синдроме)

8. Кровоостанавливающие (при гематурии)

9. Противосудорожные (при отеке мозга, эклампсии)

Для каждого заболевания и пациента индивидуальный подход в лечении, но основа всегда заключается в понимании этиологии, патогенеза, клинической картины и возможного развития осложнений.

Для составления плана сестринских вмешательств используйте методическое пособие «**Методы исследования при заболеваниях терапевтического профиля в сестринской практике**».

Пример плана сестринских вмешательств

Цель: устранить боль в поясничной области, рвоту, отеки.

Сестринские вмешательства

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим (в соответствии с состоянием: постельный, полупостельный и т.д) с исключением, физических и эмоциональных нагрузок и т.д.	Для эффективного лечения и профилактики осложнений.
2. Организация лечебного питания (ОВД с особенностями согласно заболеванию). - с уменьшением потребления жидкости до 1-1,5 литров, - с ограничением соли до 5-6 г/сутки - исключить жирное и жареное, соленое и консервированное НБД (в стадии декомпенсации при ХПН)	Для эффективного лечения: - для профилактики и уменьшению отеков для снижения азотистых шлаков

<p>3. Организация диагностических методов с выпиской направлений: ОАК утром натошак из пальца (в клиническую лабораторию); БАК утром натошак из вены (в биохимическую лабораторию) Бак.посев мочи – в стерильную емкость собрать с помощью катетера. Моча по Зимницкому – в течении суток каждые 3 часа (8 емкостей). После пробуждения (ночную мочу) помочиться в унитаз, затем с 9-00 до 9-00 следующего дня собирать всю мочу в емкости. Если в один промежуток сбора за 3 часа не хватило одной емкости, дают дополнительную с пометкой временного промежутка. А если не было мочи, оставляют пустую емкость. Все емкости отправляют в клиническую лабораторию, направление на каждой емкости с указанием времени) Урография: в течение 3-х дней исключается продукты, вызывающие метеоризм, накануне исследования легкий ужин не позднее 17 часов с 21.00 до 22.00 часов накануне и утром ставят очистительные клизмы, исследования проводятся натошак, собирают алергоanamnez, т.к. перед исследованием в/в вводят контраст (урографин) (в рентген кабинет)</p>	<p>Для качественной и своевременной диагностики</p> <p>для выявления возбудителя</p> <p>для повышения вероятности обнаружения скрытой крови.</p> <p>оценка функциональной способности почек</p> <p>для исключения наслоения кишечных процессов во время произведения снимков</p>
<p>4. Организация ухода (в зависимости от проблем пациента): - Уход при рвоте (успокоить пациента, надеть перчатки. Усадить (если состояние позволяет) или уложить пациента с повернутой на бок головой. Вызвать врача через кого-либо. Подать тазик или лоток. Поддерживать голову пациента, положив ладонь на лоб. После окончания рвоты дать пациенту воды</p>	<p>Для нормализации эмоционального и физического состояния</p> <p>Для предупреждения аспирации рвотными массами.</p> <p>Для предупреждения внутрибольничной инфекции</p>

или 2% раствор натрия гидрокарбоната и попросить его прополоскать ротовую полость. Предложить пациенту полотенце для просушивания лица. Оставить рвотные массы в тазике до прихода врача.)	Для гигиены ротовой полости Для диагностической оценки
5. Организации гигиены пациента: - регулярные влажные обтирания - 2-3 раза в день принимать душ	Для уменьшения кожного зуда
6. Проведение желудочно-кишечного диализа: промывание желудка и постановка сифонной клизмы с использованием 2% гидрокарбоната натрия (на 1 литр раствора 20 гр соды и 980 мл воды)	Для устранения шлаков
7. Обеспечить прием диуретических средств по назначению врача (утром натощак)	Для устранения отеков
8. Следить за цветом кожных покровов, наличием отеков, частотой и характером мочеиспускания, пульсом, ЧДД, АД	Для контроля состояния и своевременной диагностики развития осложнений
9. Своевременно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного	Для предупреждения осложнений
10. Соблюдать этические и деонтологические правила при общении с пациентом и его родственниками	Для психоэмоциональной разгрузки больного и родственников




Если заболевание сопровождается развитием осложнений в виде неотложных состояний, в плане сестринских вмешательств на первом месте указывается применение алгоритма неотложной помощи! (См. методические рекомендации «Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях»)

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите заболевания, относящиеся к патологии МВС.
2. Дать определение понятию «пиелонефрит» с указанием этиологии и патогенеза.
3. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
4. Дать определение понятию «гломерулонефрит» с указанием этиологии и патогенеза.
5. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
6. Дать определение понятию «МКБ» с указанием этиологии и патогенеза.
7. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
8. Дать определение понятию «ХПН» с указанием этиологии и патогенеза.
9. Перечислить лабораторные методы исследования используемые для диагностики заболеваний МВС.
10. Перечислить инструментальные (функциональные, рентгенологические, эндоскопические) методы исследования, используемые для диагностики заболеваний органов МВС.
11. Перечислить препараты для лечения заболеваний органов МВС, соблюдая принципы лечения (этиотропное, патогенетическое и симптоматическое).
12. Перечислите неотложные состояния, с клиническими проявлениями относящиеся к патологии МВС.

Итоговая самооценка

1. Заполните таблицу, согласно зарисовки патогенеза заболеваний почек.

название			
патогенез	 <p>Корковое вещество Воспаление клубочков и мелких сосудов Фиброзная оболочка</p>	 <p>Атрофия мозгового вещества почки Воспаление Рубцы Расширенная почечная лоханка</p>	 <p>Камень Мочеточник Мочевой пузырь Камни Почки</p>
проблемы настоящие			
проблемы приоритетные			
проблемы потенциальные			

2. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

- Основная причина острого гломерулонефрита
 - бета-гемолитический стрептококк*
 - грибковая инфекция*
 - кишечная палочка*
 - микобактерии*
- При гломерулонефрите преимущественно поражаются почечные
 - канальцы*
 - клубочки*
 - лоханки*
 - чашечки*
- Симптом Пастернацкого определяют при исследовании заболеваний
 - печени*
 - легких*
 - сердца*
 - почек*
- Острый гломерулонефрит возникает после ангины через
 - 1-2 дня*
 - 3-4 дня*
 - 1-2 недели*
 - 1-2 месяца*
- Приоритетные проблемы пациента при остром гломерулонефрите
 - слабость, недомогание*
 - повышенная утомляемость, лихорадка*
 - снижение работоспособности и аппетита*
 - головная боль, отеки*
- Отеки почечного происхождения появляются
 - утром на ногах*
 - утром на лице*
 - вечером на ногах*
 - вечером на лице*
- Ранним проявлением развивающихся скрытых отеков является
 - гидроторакс*
 - гидроперикард*
 - увеличение живота*
 - увеличение массы тела и уменьшение суточного диуреза*
- При остром гломерулонефрите моча имеет цвет
 - бесцветный*
 - "пива"*
 - соломенно-желтый*
 - "мясных помоев"*
- Моча цвета "мясных помоев" обусловлена содержанием большого количества
 - бактерий*
 - лейкоцитов*
 - цилиндров*
 - эритроцитов*

10. У пациента с острым гломерулонефритом медсестра обнаруживает
- а) повышение АД*
 - б) понижение АД*
 - в) желтуху*
 - г) акроцианоз*
11. Мочу для общего клинического анализа медсестра должна доставить в лабораторию в течение
- а) 1 часа*
 - б) 3 часов*
 - в) 5 часов*
 - г) 7 часов*
12. Для сбора мочи на общий анализ медсестра должна обеспечить пациента
- а) сухой банкой*
 - б) сухой пробиркой*
 - в) стерильной банкой*
 - г) стерильной пробиркой*
13. Суточный диурез у пациента с острым гломерулонефритом составил 400 мл – это
- а) анурия*
 - б) олигурия*
 - в) полиурия*
 - г) протеинурия*
14. Анурия – это
- а) много мочи*
 - б) нормальное количество мочи*
 - в) преобладание ночного диуреза над дневным*
 - г) отсутствие мочи*
15. Количество мочи, которое медсестра отправляет в лабораторию для проведения общего анализа (в миллилитрах)
- а) 3-5*
 - б) 10-15*
 - в) 100-200*
 - г) 300-400*
16. Изменения в общем анализе мочи у пациента с острым гломерулонефритом
- а) гематурия, протеинурия, цилиндрурия*
 - б) гематурия, глюкозурия, цилиндрурия*
 - в) лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия*
 - г) лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия*
17. При остром гломерулонефрите медсестра рекомендует пациенту режим
- а) строгий постельный*
 - б) постельный*
 - в) палатный*
 - г) общий*
18. При хроническом гломерулонефрите с выраженной азотемией назначают диету
- а) основной вариант стандартной*
 - б) вариант с пониженным количеством белка*
 - в) вариант с пониженной калорийностью*
 - г) вариант с повышенным количеством белка*

19. Диета при остром гломерулонефрите предусматривает ограничение
- а) белков и жиров*
 - б) белков и углеводов*
 - в) жидкости и соли*
 - г) жидкости и углеводов*
20. При остром гломерулонефрите постельный режим назначают
- а) до нормализации температуры тела*
 - б) до исчезновения боли в поясничной области*
 - в) до нормализации анализов мочи*
 - г) до исчезновения отеков и нормализации АД*
21. Заболевание, сопровождающееся пиурией
- а) гломерулонефрит*
 - б) почечнокаменная болезнь*
 - в) пиелонефрит*
 - г) ХПН*
22. Анализ мочи по методу Нечипоренко проводится для определения в единице объема
- а) белка, глюкозы*
 - б) солей, билирубина*
 - в) ацетона, глюкозы*
 - г) лейкоцитов, эритроцитов*
23. Для проведения анализа мочи по методу Нечипоренко медсестра отправляет в лабораторию
- а) 50 мл свежесобранной теплой мочи*
 - б) 100-200 мл из суточного количества*
 - в) 10-часовую порцию*
 - г) 3-5 мл из средней порции*
24. Для проведения анализа мочи по методу Зимницкого медсестра готовит пациенту
- а) сухую банку*
 - б) стерильную банку*
 - в) сухую пробирку*
 - г) 8 сухих банок*
25. Для оценки функционального состояния почек медсестра готовит пациента к проведению анализа мочи
- а) общего*
 - б) по методу Зимницкого*
 - в) по методу Нечипоренко*
 - г) бактериологического*
26. При проведении анализа мочи по методу Зимницкого определяют
- а) ацетон, сахар*
 - б) билирубин, белок*
 - в) лейкоциты, эритроциты*
 - г) количество, относительная плотность мочи*
27. Никтурия – это
- а) уменьшение суточного количества мочи менее 500 мл*
 - б) увеличение суточного количества мочи более 2000 мл*
 - в) преобладание ночного диуреза над дневным*
 - г) болезненное мочеиспускание*

28. Превышение ночного диуреза над дневным
- анурия*
 - никтурия*
 - олигурия*
 - полиурия*
29. Для проведения анализа по методу Зимницкого
- необходимо подмываться 8 раз в сутки*
 - необходимо подмываться утром и вечером*
 - необходимо тщательно подмываться утром р-ром фурацилина*
 - в подмывании нет необходимости*
30. У пациента суточный диурез составил 2500 мл – это
- анурия*
 - олигурия*
 - полиурия*
 - никтурия*
31. При лечении пациента с острым гломерулонефритом используются
- антибиотики, гормоны, дезагреганты*
 - анальгетики, спазмолитики*
 - нитраты, сердечные гликозиды*
 - сульфаниламиды, нитрофураны*
32. Основным синдромом при остром гломерулонефрите
- гипертермический*
 - диспепсический*
 - болевой*
 - отечный*
33. Массивный отек, распространенный на все тело – это
- анасарка*
 - асцит*
 - гидроторакс*
 - гидроперикард*
34. Диспансерное наблюдение лиц, перенесших острый гломерулонефрит, проводится в течение
- 1 года*
 - 2 лет*
 - 3 лет*
 - 4 лет*
35. Основная причина острого пиелонефрита
- восходящая инфекция мочевых путей*
 - нерациональное питание*
 - переохлаждение*
 - стрессы*
36. При пиелонефрите преимущественно поражаются почечные
- канальцы*
 - клубочки*
 - канальцы и клубочки*
 - чашечки*

37. При остром пиелонефрите обычно выявляются
- а) слабость, кожный зуд, артралгии*
 - б) жажда, полиурия, полидипсия*
 - в) диспепсия, боль в правом подреберье*
 - г) боль в пояснице, дизурия, лихорадка*
38. При остром пиелонефрите в анализе мочи определяются
- а) гематурия, протеинурия*
 - б) лейкоцитурия, бактериурия*
 - в) глюкозурия, цилиндрурия*
 - г) глюкозурия, протеинурия*
39. При остром пиелонефрите медсестра рекомендует пациенту суточное употребление жидкости (в миллилитрах)
- а) 500*
 - б) 1000*
 - в) 1500*
 - г) 2500*
40. При лечении острого пиелонефрита используются
- а) ампициллин, нитроксалин*
 - б) корвалол, нитроглицерин*
 - в) дибазол, папаверин*
 - г) мезатон, кордиамин*
41. При остром пиелонефрите медсестра рекомендует пациенту лекарственные травы
- а) алтей, термопсис*
 - б) брусника, медвежья ушка*
 - в) мята, мать-и-мачеха*
 - г) валериана, пустырник*
42. Диспансерное наблюдение лиц, перенесших острый пиелонефрит, проводится в течение
- а) 1 года*
 - б) 2 лет*
 - в) 3 лет*
 - г) 4 лет*
43. Потенциальная проблема пациента с хроническим пиелонефритом
- а) лихорадка*
 - б) слабость*
 - в) боль в пояснице*
 - г) почечная недостаточность*
44. Заболевание, основным проявлением которого является почечная колика
- а) острый гломерулонефрит*
 - б) амилоидоз почек*
 - в) мочекаменная болезнь*
 - г) хронический гломерулонефрит*
45. Приступ сильной боли в пояснице с иррадиацией по ходу мочеточников в паховую область называется
- а) кишечная колика*
 - б) почечная колика*
 - в) желчная колика*
 - г) печеночная колика*

46. Почечную колику могут спровоцировать
- а) сладкая пища*
 - б) нерегулярное питание*
 - в) гиподинамия*
 - г) тряская езда*
47. При почечной колике возможна
- а) гематурия*
 - б) бактериурия*
 - в) глюкозурия*
 - г) лейкоцитурия*
48. Рентгенологическое контрастное исследование почек и мочевыводящих путей
- а) ирригоскопия*
 - б) томография*
 - в) хромоцистоскопия*
 - г) экскреторная урография*
49. Симптом Пастернацкого определяется методом
- а) глубокой пальпации живота*
 - б) поверхностной пальпации живота*
 - в) поколачивания по пояснице*
 - г) поколачивания по реберной дуге*
50. Температура воды горячей ванны составляет (в градусах Цельсия)
- а) 34-36*
 - б) 37-39*
 - в) 40-42*
 - г) 50-60*
51. Медсестра готовит горячую ванну пациенту при
- а) желудочном кровотечении*
 - б) кишечной колике*
 - в) печеночной колике*
 - г) почечной колике*
52. Зависимое сестринское вмешательство при почечной колике – введение
- а) атропина, баралгина*
 - б) дибазола, папаверина*
 - в) кордиамина, кодеина*
 - г) сальбутамола, эуфиллина*
53. При диагностике мочекаменной болезни медсестра готовит пациента к проведению
- а) ирригоскопии*
 - б) колоноскопии*
 - в) урографии*
 - г) холецистографии*
54. Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию почек
- а) накануне вечером - проба на переносимость препарата*
 - б) клизма накануне вечером и утром в день исследования*
 - в) клизма накануне вечером и утром в день исследования, проба на переносимость препарата за 15 мин. до исследования*
 - г) не проводится*




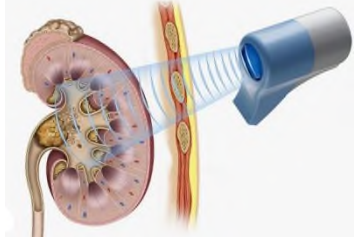
55. В диагностике мочекаменной болезни приоритетное значение имеет

- а) физическое исследование
- б) лабораторные исследования
- в) эндоскопические исследования
- г) ультразвуковое исследование

3. Выпишите из таблицы названия препаратов в соответствии с группой «Путаница»

Название препарата	Группа препарата
Оксациллин	Спазмолитики
Преднизолон	Антикоагулянт
Гипотиазид	Антибиотик
Гепарин	Диуретики
Но-шпа	Глюкокортикостероиды

4. Заполните таблицу лечебно-диагностических методов в соответствии с картинками

Рисунок	Название метода	Особенности подготовки
		
		
		
		

5. Заполните таблицу по исследованиям мочи (согласно образца)

Название исследования	ОАМ	Моча по Нечипоренко	Моча по Зимницкому	Бак посев мочи
Возможности диагностики			Дает возможность оценить суточный диурез, соотношение дневного и ночного диуреза, определяет показатель плотности	
Особенности подготовки	Собирается утром после туалета половых органов в чистую сухую баночку в кол-ве 100-150 мл			

6. Заполните таблицу стадий ХПН

Стадии	1 стадия	2 стадия	3 стадия
Клиника			
Кол-во мочи (термином)			

7. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

56. Хроническая почечная недостаточность развивается при хроническом

- a) *гломерулонефрите*
- б) *гепатите*
- в) *панкреатите*
- г) *цистите*

57. При хронической почечной недостаточности происходит
- а) атрофия канальцев*
 - б) воспаление канальцев*
 - в) атрофия клубочков*
 - г) воспаление клубочков*
58. При хронической почечной недостаточности у пациента наблюдаются
- а) тахикардия, экзофтальм*
 - б) снижение температуры и АД*
 - в) тошнота, рвота*
 - г) желтуха, "сосудистые звездочки"*
59. Колебание относительной плотности мочи 1009-1011 в пробе Зимницкого
- а) анурия*
 - б) гипоизостенурия*
 - в) полиурия*
 - г) протеинурия*
60. Гипоизостенурия в пробе Зимницкого – это свидетельство
- а) снижения ночного диуреза*
 - б) снижения дневного диуреза*
 - в) затруднения мочеиспускания*
 - г) почечной недостаточности*
61. При хронической почечной недостаточности в биохимическом анализе крови отмечается
- а) увеличение белка*
 - б) увеличение креатинина*
 - в) уменьшение креатинина*
 - г) уменьшение холестерина*
62. При начальной стадии хронической почечной недостаточности развивается
- а) макрогематурия, цилиндрурия*
 - б) лейкоцитурия, бактериурия*
 - в) глюкозурия, полиурия*
 - г) полиурия, гипоизостенурия*
63. Азотистые шлаки - это
- а) альбумины, глобулины*
 - б) билирубин, холестерин*
 - в) глюкоза, липопротеиды*
 - г) креатинин, мочевины*
64. Азотистые шлаки образуются в организме при распаде
- а) белков*
 - б) витаминов*
 - в) жиров*
 - г) углеводов*
65. При уремии в крови отмечается
- а) повышение азотистых шлаков*
 - б) понижение азотистых шлаков*
 - в) повышение липопротеидов*
 - г) понижение билирубина*

66. При уремической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах

- а) алкоголя*
- б) аммиака*
- в) ацетона*
- г) тухлых яиц*

67. При хронической почечной недостаточности в диете ограничивают

- а) белки*
- б) витамины*
- в) жиры*
- г) углеводы*

68. При хронической почечной недостаточности на уменьшение ацидоза тканей направлено введение

- а) гемодеза*
- б) гидрокарбоната натрия*
- в) глюкозы*
- г) хлорида натрия*

69. При уходе за пациентами в состоянии уремии медсестра применяет

- а) банки*
- б) горчичники*
- в) горячие ванны*
- г) очистительную клизму*

70. Приоритет в лечении ХПН принадлежит

- а) диетотерапии*
- б) физиотерапии*
- в) витаминотерапии*
- г) гемодиализу*

4. Решите клинические задачи в сборнике задач

По мере решения в сборнике подпишите над задачей определенный диагноз или неотложное состояние, а в самой задаче маркером выделите ведущие симптомы (3-4 симптома).

Задачи также используются для индивидуального задания по составлению плана сестринских вмешательств.

Эталоны ответов к тестовым вопросам: 1 в1 а, 2 б, 3 г, 4 в, 5 г, 6 б, 7 г, 8 г, 9 г, 10 а, 11 а, 12 а, 13 б, 14 г, 15 в, 16 а, 17 а, 18 б, 19 в, 20 г, 21 в, 22 г, 23 г, 24 г, 25 б, 26 г, 27 в, 28 б, 29 г, 30 в, 31 а, 32 г, 33 а, 34 б, 35 а, 35 г, 36 г, 37 г, 38 б, 39 г, 40 а, 41 б, 42 б, 43 г, 44 в, 45 б, 46 г, 47 а, 48 г, 49 в, 50 в, 51 г, 52 а, 53 в, 54 в, 55 г, , 56 а, 57 в, 58 в, 59 б, 60 г, 61 б, 62 г, 63 г, 64 а, 65 а, 66 б, 67а, 68 б, 69 г, 70 г.

Критерии оценки:

0 – 7 ошибок – «5»

8 - 15 ошибки – «4»

16 - 24 ошибки – «3»

25 и более ошибок – «2»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБОУ ПО Пензенский областной медицинский колледж
Кузнецкий филиал

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
для студентов 2 курса
специальность 34.02.01 «Сестринское дело»

**ПМ 04. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ
МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов
терапевтического профиля разных возрастных групп
Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях
терапевтического профиля**

Тема 2.6 Сестринский уход при заболеваниях эндокринной системы



Составитель: Павлова О.В.
преподаватель высшей
квалификационной категории

Пояснительная записка

Уважаемый студент!

Учебно – методическое пособие для студентов создано для самостоятельной внеаудиторной подготовки по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов эндокринной системы», а также может использоваться на практических занятиях по теме.

В пособии отражен и систематизирован теоретический материал по данной теме и включает основные вопросы:

- ✓ Определения заболеваний наиболее часто встречающихся;
- ✓ Этиология, патогенез и клиническая картина заболеваний;
- ✓ Диагностические методы;
- ✓ Особенности лечения;
- ✓ Особенности сестринского ухода;
- ✓ Осложнения и неотложные состояния.

Пособие содержит вопросы промежуточного контроля и раздел «Итоговая самооценка» для определения итогового уровня знаний после работы с пособием, для закрепления и обобщения полученной новой информации.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС и рабочей программой МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля, рекомендуется для преподавателей дисциплины и студентов специальности «Сестринское дело» 2 курса.

Указания по работе

I. Освоение нового материала основывается на базовых знаниях, полученных при изучении ряда дисциплин и МДК на первом и втором годах обучения.

1. ОП.02 «Анатомия и физиология человека»
2. ОП.03 «Основы латинского языка с медицинской терминологией»
3. ОП.04 «Основы патологии»
4. ОП.05 «Основы микробиологии и иммунологии»
5. ОП.06 «Генетика человека с основами медицинской генетики»
6. ОП.07 «Фармакология»
7. ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи МДК.01.01 Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации
8. ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности, находящегося в распоряжении медицинского персонала МДК.02.01 Документирование и контроль в профессиональной деятельности
9. ПМ.03 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни МДК.03.01 Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний МДК.03.02 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению

II. Для более точного осмысления и понимания нового материала, Вам необходимо внимательно ознакомиться с теоретическим материалом.

III. Изучите теоретический материал по теме, отвечая на вопросы самоконтроля. Законспектируйте кратко материал.

IV. Выполните задания в разделе «Итоговая самооценка» для закрепления, систематизации новой информации. После сверьте результаты с эталонами, при низкой оценке вернитесь к теоретическому материалу еще раз.

V. Для более глубокого изучения материала по данной теме воспользуйтесь списком дополнительной литературы, выполните задания для внеаудиторной работы.

Формируемые компетенции

1.1.1. Перечень общих компетенций

ОК 01.	<i>Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам</i>
ОК 02.	<i>Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности</i>
ОК 03.	<i>Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях</i>
ОК 04.	<i>Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде</i>
ОК 05.	<i>Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста</i>
ОК 06.	<i>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</i>
ОК 07.	<i>Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях</i>
ОК 08.	<i>Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности</i>
ОК 09.	<i>Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках</i>

1.1.2. Перечень профессиональных компетенций

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
ВД 4	Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях
ПК 4.1.	<i>Проводить оценку состояния пациента</i>
ПК 4.2.	<i>Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту</i>
ПК 4.3.	<i>Осуществлять уход за пациентом</i>
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

1.1.3. В результате освоения, обучающийся должен:

Иметь практический опыт	проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированием лечащего врача; выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту; осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии; обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода; оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний; проведения мероприятий медицинской реабилитации
Уметь	проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении; выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе; выявлять факторы риска падений, развития пролежней; проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике; осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств; определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода; выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни; проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли; выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту: - оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов; - введение лекарственных препаратов внутривенно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи; - катетеризацию периферических вен; - внутривенное введение лекарственных препаратов; проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача; собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача; проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача; обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том

	<p>числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов;</p> <p>ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;</p> <p>осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;</p> <p>выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни;</p> <p>оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям);</p> <p>проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача;</p> <p>получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения поведения.</p>
Знать	<p>основы теории и практики сестринского дела, методов определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>диагностических критериев факторов риска падений, развития пролежней и контактного дерматита у пациентов;</p> <p>анатомо-физиологических особенностей и показателей жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правил измерения и интерпретации данных;</p> <p>технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;</p> <p>основ клинической фармакологии, видов лекарственных форм, способов и правил введения лекарственных препаратов, инфузионных сред;</p> <p>правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам;</p> <p>медицинских изделий (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемых для проведения лечебных и (или) диагностических процедур и вмешательств;</p> <p>требований к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента;</p> <p>порядка и правил учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртосодержащих препаратов, инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания;</p>

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

правил транспортной иммобилизации;

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

современных технологий медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;

особенности и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;

порядка оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента;

процесса и стадий умирания человека, клинических признаков, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенности сестринского ухода;

признаков биологической смерти человека и процедур, связанных с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке;

психологии общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам (законным представителям);

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

физических и психологических особенностей пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

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

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

показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

правил оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Литература

3.2.1. Основные печатные издания

1. Лычев В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 552 с
2. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела: практикум : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования / Т. П. Обуховец ; под ред. Б.В. Кабарухина. – 3-е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2020. – 688 с.
3. Смолева, Э. В. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учебное пособие / Э. В. Смолева. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. — 475 с. — ISBN 978-5-222-35201-4;

3.2.2. Основные электронные издания

1. Антропова О. В. Теория и практика сестринского дела. Курс лекций : учебное пособие для спо / О. В. Антропова. — 2-е стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 84 с. — ISBN 978-5-8114-8670-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/179153> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Двойников, С. И. Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников : учеб. пособие / под ред. С. И. Двойникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4094-0. - Текст : электронный // URL : <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440940.html> (дата обращения: 11.01.2022). - Режим доступа : по подписке
3. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С.А. Тарновская И.И. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2019, 2020. – 368 с. Доступ из ЭБС «Конс. студ.»
4. Повх Л. А. Сестринский уход в терапии. Сборник задач : учебное пособие / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2020. — 116 с. — ISBN 978-5-8114-5660-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/143711> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3.2.3. Дополнительные источники

1. ГОСТ Р 52623.1–2008 Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования. – Введ. 01.09.2009 – Москва: Стандартинформ, 2009. – 35 с.
2. ГОСТ Р 52623.3 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 220 с.
3. ГОСТ Р 52623.4 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 88 с.

В период дистанционного обучения в открытом доступе представлен электронный дидактический материал (методические рекомендации, учебные пособия, рабочие тетради по ПМ 04.МДК 04.02) на сайте Кузнецкого филиала ГБОУ ПО «ПОМК» <http://kuzmedcoll.narod.ru> в разделе: «Дистанционное обучение».

Электронный адрес ведущего преподавателя:

pavlovaolga.72@mail.ru

Теоретический материал

МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп

Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля Тема 2.7 Сестринский уход при заболеваниях эндокринной системы

Эндокринная система — система регуляции деятельности внутренних органов посредством гормонов, выделяемых эндокринными клетками непосредственно в кровь либо диффундирующих через межклеточное пространство в соседние клетки. Она координирует и регулирует деятельность практически всех органов и систем организма, обеспечивает его адаптацию к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней среды, сохраняя постоянство внутренней среды, необходимое для поддержания нормальной жизнедеятельности данного индивидуума. Имеются чёткие указания на то, что осуществление перечисленных функций нейроэндокринной системы возможно только в тесном взаимодействии с иммунной системой.



Гипофиз (нижний придаток мозга) представляет собой небольшое образование, расположенное в турецком седле черепа. В гипофизе различают переднюю долю (аденогипофиз) и заднюю долю (нейрогипофиз). Передняя доля вырабатывает гонадотропные гормоны, тиреотропный гормон, аденокортикотропный гормон. Задняя доля гипофиза вырабатывает гормон роста, пролактин-лютеотропный гормон и меланоцитостимулирующий гормон. При недостатке или избытке этих гормонов нарушаются функции многих органов и эндокринных желез.

Эпифиз (шишковидная железа) — верхний придаток мозга — расположена на верхних бугорках четверохолмия. Эпифиз

вырабатывает мелатонин — антагонист меланоцито-стимулирующего и

лютеинизирующего гормонов гипофиза.

Надпочечники — парные железы, состоят из двух частей: коркового и мозгового вещества. В корковом веществе вырабатывается минералкортикоид альдостерон и глюкокортикостероиды (кортизол, кортикостерон), в мозговом веществе образуется адреналин и норадреналин.

Щитовидная железа — самая крупная из желез внутренней секреции, располагается в переднем отделе шеи, вырабатывает тироксин (тетрайодтиронин (Т4) и трийодтиронин (Т3) под контролем тиреотропного гормона гипофиза. Гормоны щитовидной железы оказывают влияние на все виды обмена веществ, рост и физическое развитие человека. В пространствах между фолликулами щитовидной железы находятся парафолликулярные клетки (С-клетки), которые вырабатывают гормон кальцитонин (тиреокальцитонин) регулирующий обмен кальция и фосфора в организме.

Паращитовидные (околощитовидные) железы вырабатывают паратгормон, который регулирует уровень кальция в организме).

Поджелудочная железа является смешанной железой. Сок желудочной железы поступает в 12-перстную кишку, а гормоны (инсулин, глюкагон, соматостатин) — непосредственно в кровь. В различных участках паренхимы железы расположены островки Лангерганса, содержащие бета-клетки (вырабатывающие инсулин), альфа-клетки (вырабатывающие глюкагон, антагонист инсулина) и дельта-клетки (вырабатывающие соматостатин, регулирующий синтез инсулина и глюкагона).

Половые железы представлены: яичниками у женщин, вырабатывающими эстрадиол, эстрон, прогестерон, и яичками у мужчин, вырабатывающими тестостерон, которые оказывают влияние на развитие вторичных половых признаков и половое поведение индивидов.

Заболевания эндокринных органов.

Основными проблемами пациента при заболеваниях эндокринных органов являются: изменение формы шеи, раздражительность, плаксивость, повышенная потливость, изменение массы тела, сердцебиение (постоянное, периодическое, с нагрузкой), жажда, кожный зуд, полиурия, слабость.

Наличие тех или иных симптомов зависит от патологического процесса, т.е. от развития того или иного заболевания.

Заболевания щитовидной железы.

Диффузный токсический зоб (Базедова болезнь, тиреотоксикоз) — генетически детерминированное иммунное заболевание, характеризующееся гиперсекрецией гормонов тироксина и трийодтиронина, приводящее в основном к нарушению функций сердечно-сосудистой системы и, реже, других органов и

систем. Пусковым механизмом болезни чаще всего бывает стрессовая ситуация или вирусные инфекции. Диффузный токсический зоб часто ассоциируется с аутоагрессивной эндокринной экзофтальмопатией, которая является самостоятельным заболеванием.

Тиреотоксикозом страдают 2 % женщин, в основном молодого и среднего возраста. Мужчины болеют в 5 раз реже.

Патогенез. Базедова болезнь щитовидной железы относится к аутоиммунным патологиям, а это значит, что под действием определенных факторов иммунная система начинает атаковать собственные ткани. В ответ на это нарушается синтез гормонов и страдает работа всего организма.

Основной **причиной** такого состояния считается наследственная предрасположенность. Кроме того, выделяют провоцирующие факторы:

- избыточное поступление йода в организм;
- частые стрессы;
- инфекционные болезни;
- курение;
- хронические аутоиммунные и эндокринные заболевания, например, сахарный диабет.

Клиника. Зависит от: *фазы заболевания* (обострение, ремиссия), *тяжести течения* (легкое — повышенная нервная возбудимость, похудание на 10—15%, тахикардия до 100 в 1 мин; среднее — нервная возбудимость выраженная, похудание более чем на 20 %, тахикардия 100—120 в 1 мин, тяжелое — резко

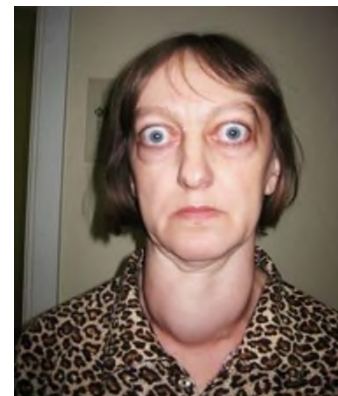


выраженная нервная возбудимость, похудание на 30—50%, тахикардия более 120 в 1 мин, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения).

В фазе ремиссии клиника отсутствует или слабо выражена. В фазе обострения характерны повышенная нервная возбудимость, беспричинное беспокойство, ощущение внутренней дрожи, напряжения; тремор языка и вытянутых пальцев рук; рассеянность, плаксивость, потливость, суетливость, многословность, конфликтность, быстрая

физическая и психическая истощаемость. Вопреки снижению массы тела отмечается повышенный аппетит, но могут быть рвота, понос, снижение показателей желудочной секреции, увеличение печени. На этапе выраженных клинических проявлений постоянной жалобой является сердцебиение и тахикардия, в покое и во время сна, аритмии, особенно часто мерцательная аритмия. Нередко отмечаются кардиалгии и одышка.

Глазные симптомы: «испуганный взгляд», широкая глазная щель, экзофтальм («пучеглазие»), блеск глаз; слабость конвергенции (симптом Мебиуса), редкое мигание (симптом Штельвага), отставание верхнего века при взгляде вниз (симптом Грефе), гиперпигментация кожи век (симптом Еллинека), мелкий тремор закрытых век (симптом Розенбаха).



Эндокринная система. Щитовидная железа диффузно увеличена, безболезненная, смещаемая. Могут быть выражены половые расстройства, выкидыши, бесплодие у женщин. Характерен гипокортицизм с «грязной» окраской кожи, своеобразной пигментацией верхних век или смуглым обликом больного, выраженной астенией, гипотонией.

В крови повышенный уровень трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), белковосвязанного йода и тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ). Отмечается ускоренное и повышенное поглощение изотопа йода-131 щитовидной железой.

При сканировании отмечается увеличение железы в размерах, интенсивное накопление изотопа.



Тиреотоксический криз развивается у больных тяжелым тиреотоксикозом после операции струмэктомии и других оперативных вмешательств (тонзилэктомия, холецистэктомия, экстракция зуба), при внезапной отмене антитиреоидных препаратов, при токсикозе беременных. Иногда криз может быть первым проявлением недиагностированного ранее тиреотоксикоза. Развивается, как правило, быстро. Возникает сильная головная боль, возбуждение, бессонница,

тошнота, рвота, понос, профузное потоотделение; гипертермия до 38—39,8 °С; тахикардия до 160—180 в 1 мин, пароксизмы тахиаритмии, снижение АД. Кожа горячая, влажная. Тремор век, пальцев рук. При дальнейшем развитии криза — резко выраженное двигательное беспокойство, дезориентация, различные степени затемнения сознания, кома. В крови лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, увеличение СОЭ, гипогликемия, высокие цифры Т3, Т4, снижение кортизола. Возможны летальные исходы в первые сутки.

Особенности ухода и лечение.

Медицинская сестра обеспечивает: выполнение назначенных врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов и контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и величины суточного диуреза; подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования (УЗИ щитовидной железы, поглощение ³¹¹I щитовидной железой, исследование крови на Т3, Т4, ТТГ, содержание холестерина); выполнение программы ЛФК. Также она проводит: беседы о необходимости соблюдения двигательного режима и диеты, о пользе правильного приема лекарственных средств; обучение больных контролю ЧДД, пульса.

Режим — охранительный, необходимо обеспечить психический покой, полноценный сон.

ОВД. Из питания исключаются острые блюда, крепкий чай, кофе, какао, шоколад, газированные напитки.

Принципы лечения диффузного токсического зоба включают: комплексное терапевтическое лечение, хирургическое лечение и лечение радиоактивным йодом. Последние два метода применяются при неэффективности фармакотерапии.

Основным методом лечения является тиреостатическая фармакотерапии, так как другие методы не устраняют аутоагрессию. Предусматривается применение следующих лекарственных средств. Первую группу составляют производные имидазола - мерказолил, метимазол, тиамазол. Они оказывают тиреостатическое и иммуномодулирующее действие. Из них наиболее назначается мерказолил (в дозе 20—40 мг в сутки). После стабилизации пульса, нарушений вегетативной нервной системы, АД, массы тела дозу мерказолила лечащий врач постепенно снижает (до 10—2,5 мг в сутки).

Во вторую группу препаратов входят производные тиоурацила — метилтиоурацил, тиреостат и др. Они тормозят периферическую конвергенцию тироксина в трийодтиронин. Лечение начинают с введения назначенного врачом метилтиоурацила (обычно в дозе 150 мг/сут.). Лечение тиреостатиками требует тщательного наблюдения за пациентом из-за выраженных побочных эффектов:

аллергические высыпания, артралгии, диспептические расстройства, лейкопения, агранулоцитоз, аллопеция. Предвестниками побочных реакций являются: повышение температуры тела, боли в горле, появление язвочек на слизистой рта. При появлении указанных признаков необходимо немедленно сообщить врачу.

L-тироксин и тиреоидный гормон трийодтиронина гидрохлорид для лечения больных с гиперфункцией щитовидной железы назначаются врачом для блокады продукции тиреотропина и предупреждения компенсаторного роста щитовидной железы при лечении тиреостатиками в индивидуальных дозах. Обычно один из них назначают через 3—4 недели от начала лечения тиреостатиками после наступления стойкой ремиссии в сочетании с приемом тиреостатиков до излечения или смены метода лечения.

Лечение диффузного токсического зоба включает иммуно-корректирующую терапию. С этой целью назначаются неспецифические иммунокорректоры (аевит, спленин, метилурацил, нуклеинат натрия, теofilлин и др.) курсами в течение 10—14 дней. При тяжелом течении болезни врачом могут быть назначены глюкокортикоиды (преднизолон) курсами по 3—4 недели.

Лечение тиреотоксического криза.

Больной в состоянии тиреотоксического криза должен быть немедленно госпитализирован в отделение интенсивной терапии или реанимации.

1. Снижение содержания в крови тиреоидных гормонов

Мерказолил 60-90 мг одновременно и далее по 30 мг каждые 6-8 часов (можно через зонд)

Препараты йода:

- в/в капельно 1% р-р Люголя в 500-800 мл 5% глюкозы, или внутрь 8-10 капель каждые 8 часов.
- в/в 10% р-р натрия йодида.

2. Купирование надпочечниковой недостаточности

- гидрокортизона гемисукцита 400-600 мг на 4-6 инъекций
- преднизолон 60-90 мг

3. Борьба с дегидратацией, интоксикацией, электролитными нарушениями

- 5% глюкоза, р-р Рингера.

4. Купирование гиперреактивности симпатической нервной системы.

- β-адреноблокаторы: индерал (анаприлин) 0,1%- 5мл в/в по 1-2 ампуле каждые 3-4 часа, предварительно развести в 10 мл изотонического р-ра натрия хлорида или внутрь по 80 мг каждые 6 часов.

Применение β-адреноблокаторов противопоказано при артериальной гипотензии и выраженной сердечной недостаточности.

- Резерпин или его парентеральная форма рауседил по 1 мл 0,25% р-ра каждые 6 часов под контролем АД. Противопоказания те же.

5. Нормализация деятельности сердечно-сосудистой системы.

По мере выполнения вышеизложенных мероприятий состояние ССС заметно

улучшается.

При значительном поражении ССС (МА, ОЛН) требуются дополнительные неотложные мероприятия:

- Сердечные гликозиды: строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра, коргликон 0,5-1мл 0,06% р-ра в/в струйно на физ. р-ре.
- Фуросемид (при развитии отека легких) 60-80 мг.
- Ингаляции кислорода через пеногаситель
- Допамин 40-80 мг в 200мл 5% р-ра глюкозы
- Поляризующая смесь (при развитии мерцательной аритмии): 300мл 10% р-ра глюкозы, 50 мл 4% калия хлорида, 8 ЕД инсулина, 100мг кокарбоксилазы.

6. Купирование нервного и психомоторного возбуждения.

- Седуксен (реланиум) 1-2 мл 0,5% (10мг в ампулах по 2 мл)
- Галоперидол 1мл 0,5% р-ра

7. Борьба с гипертермией

При тяжелом течении ТТК м.б. выраженная гипертермия, представляющая большую опасность для организма. Необходимо:

- Охлаждение больного (пузыри со льдом, влажные холодные обтирания, обтирание эфирно-спиртовой смесью, охлаждение вентилятором)
- в/м 2-4мл 50% р-ра анальгина, 2 мл 1%р-ра димедрола.

Салицилаты и ацетилсалициловую кислоту применять не рекомендуется, т.к они повышают уровень свободного тироксина и трийодтирониона в крови.

8. В тяжелых случаях, при неэффективности терапии, наличии противопоказаний к назначению больших доз тиреостатических препаратов и β -адреноблокаторов или их непереносимости проводится плазмаферез и гемосорбция.

Обучение.

1. Диффузный токсический зоб — заболевание, поражающее многие органы и системы, в особенности сердце и нервную систему.
2. Пациент нуждается в активном, в ряде случаев многолетнем комплексном лечении. По показаниям проводится хирургическое лечение.
3. Режим щадящий, исключающий физические и психоэмоциональные перегрузки, перегревание, переохлаждение, инсоляцию.
4. Питание дробное, с достаточным содержанием белка, витаминов, микроэлементов. Исключаются крепкие возбуждающие напитки (чай, кофе).

Профилактика.

Первичная: здоровый образ жизни, рациональное питание, двигательная активность, исключение вредных привычек, неправильных поведенческих реакций, предупреждение простудных заболеваний.

Вторичная: динамическое диспансерное наблюдение у эндокринолога (6 раз в год, при тяжелом течении 1 раз в месяц), осматриваются офтальмологом и невропатологом 1-2 раза в год. ОАК, ОАМ, ЭКГ 2-3 раза в год, 2 раза в год УЗИ щитовидной железы. После хирургического лечения наблюдение в течении 2 лет.

Гипотиреоз — заболевание, обусловленное недостаточной секрецией тиреоидных гормонов щитовидной железой.

При первичном (тиреоидном) гипотиреозе процесс локализуется в самой щитовидной железе (95% всех случаев), при вторичном — в гипофизе, при третичном — в гипоталамусе. Причиной первичного гипотиреоза являются наследственные дефекты в синтезе тиреоидных гормонов, субтотальная резекция щитовидной железы, лечение радиоактивным йодом, воспалительные заболевания щитовидной железы (тиреоидит), недостаточное поступление в организм алиментарного йода. Вторичный гипотиреоз обусловлен поражением гипофиза, уменьшением продукции гипофизарного тиротропина в результате нейроинфекции, травм черепа, аутоиммунных гипофизитов и др. Третичный гипотиреоз развивается при снижении продукции тиреотропин-рилизинг-гормона гипоталамуса вследствие врожденных ферментопатий или аутоагрессии. Женщины болеют гипотиреозом в 4—7 раз чаще мужчин.

Клиника. Симптоматика развивается обычно медленно и варьирует у различных больных. Отмечаются зябкость, сонливость, снижение интеллекта, памяти, депрессия (более выраженные у пожилых больных), увеличение массы тела, тяжелые запоры, выпадение волос, сухость кожи, огрубение голоса,



снижение половой функции. Температура тела обычно снижена. Лицо отечное, большое, заплывшее, с бедной мимикой, безразличным взглядом. Глазные щели узкие, блеск глаз отсутствует, выражена отечность век, губ, щек. Пульс редкий, тоны сердца приглушены. Отмечаются признаки анемии — снижение гемоглобина, увеличение СОЭ. При биохимическом анализе крови: гипоальбуминемия, гипер-холестеринемия, снижение содержания трийод- и тетраiod-тиронина. Отмечается понижение поглощения ^{131}I щитовидной железой.

Гипотиреоидная кома развивается чаще у пожилых больных не

получающих лечение. Провоцирующие факторы: переохлаждение, кровотечение, инфаркт миокарда, травма, инфекции, интоксикации. Обычно кома развивается постепенно. В стадии прекомы больной заторможен, сознание спутанно, периодически возникают судорожные подергивания мышц. Больной бледен, лицо отечное, амимичное. Отмечается брадикардия, гипотония. Живот вздут. Олигурия. Температура тела снижена. В стадии комы полная потеря сознания. Снижение температуры тела до 34 °С, брадикардия, гипотония; живот вздут, печень увеличена, анурия, анасарка.

Особенности ухода и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: выполнение назначенных врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов и контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и величины суточного диуреза; подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям (УЗИ щитовидной железы, поглощение ¹³¹I щитовидной железой, исследование крови на Т3, Т4, ТТГ, содержание холестерина); выполнение программы ЛФК. Также она проводит обучение больных правильному приему лекарственных препаратов.

Режим назначается свободный, диета (ОВД) с повышенным содержанием белка, ограничением углеводов и жиров. Пища должна быть витаминизирована.

До начала заместительной терапии следует убедиться, что концентрация ТТГ повышена, так как низкий уровень ТТГ свидетельствует о вторично гипотиреозе.

Заместительная терапия проводится тиреоидными препаратами при клинических проявлениях и повышенном уровне ТТГ: тиреоидином, трийодтиронином гидрохлоридом, L-тироксин и другими препаратами в индивидуальных дозах по назначению лечащего врача.

Эффективным препаратом является L-тироксин (левотироксин натрия). В начале лечения используют малые дозы (25—50 мкг в сутки). Увеличение дозы проводится строго по назначению врача каждые 5—7 дней (до 100—200 мкг в сутки). Разовая доза всегда соответствует дневной, принимается за 30 мин до завтрака. Клинический эффект проявляется через 1—2 дня. Однако об эффективности лечения судят через 1—3 мес. от начала лечения. Применяются также трийодтиронин гидрохлорид (синтетический аналог тироксина), начиная с 5—25 мкг в сутки (в 1—4 приема), тиреоидин, тиреотом и тиреоконб. Дозы тиреоидных препаратов рассчитываются врачом, исходя из тяжести гипотиреоза, массы тела больного, дефицита Т3, Т4, уровня ТТГ. Около 70 % суточной дозы пациент должен получить утром, остальную часть — во вторую половину дня. Особого контроля требуют больные с ИБС, так как прием тиреоидных препаратов может вызвать приступ стенокардии.

Лечение вторичного и третичного гипотиреоза включает мероприятия, направленные на коррекцию основного заболевания гипоталамо-гипофизарной системы. С этой целью проводится противовоспалительная терапия, лучевая терапия, удаление опухоли и др. Применяется также тиреолиберин по 400—1000 мг в сутки интраназально и другие препараты.

Негормональная медикаментозная терапия гипотиреоза проводится

блокаторами перекисного окисления липидов (аевит, аскорбиновая кислота, токоферол), препаратами, улучшающими микроциркуляцию в тканях (кавинтон, курантил, трентал) и метаболизм в клетках центральной нервной системы (аминалон, глутаминовая кислота, энцефабол).

Больным проводятся все виды водных процедур, массажа, ЛФК с разной нагрузкой.

Лечение гипотиреоидной комы:

1. Заместительная терапия тиреоидными гормонами: L-тироксин в/в по 250мкг ч/з 6 часов в 1-е сутки, затем 50-100мкг/сут (обычные поддерживающие дозы под обязательным контролем ЭКГ, АД, ЧСС, ЧДД т.к. эффекты тирокина отсрочены. Можно в первые сутки вводить трийодтироксин через зонд 100 мкг, затем по 25-50 мкг через 12 часов.

2. Лечение глюкокортикостероидными гормонами: в/в через 2-3 часа 10-15мг преднизолона, можно через зонд или в/м 50мг гидрокортизона 3-4р/сут.

3. Оксигенотерапия, при урежении дыхания 2-4 мл кордиамина.

4. Устранение гипогликемии:

- 20-30мл 40% глюкозы в/в струйно
- в/в капельно 500-1000 мл 5% р-ра глюкозы.

5. Нормализация деятельности ССС.

- Полиглюкин, 10% альбумин, 5% глюкозу, изотонический р-р, ангиотензинамид ((флакон по 0,001) содержимое флакона растворяют в 250 мл 5% глюкозы и вводят в/в капельно)
- При развитии НК – СГ.
- Для улучшения метаболизма миокарда: кокарбоксилаза, липоевая кислота 5 мл 10% р-ра.

6. Устранение анемии: эритроцитарная масса, если гемоглобин ниже 50г/л.

7. Устранение гипотермии – повышение (медленное) комнатной температуры до 25°С, укутать одеялом.

Грелки противопоказаны в связи с ухудшением гемодинамики за счет периферической вазодилатации.

Профилактика.

Первичная: здоровый образ жизни, рациональное питание, двигательная активность, своевременное и правильное лечение заболеваний щитовидной железы.

Вторичная: динамическое диспансерное наблюдение у эндокринолога.

Эндемический зоб — прогрессирующее увеличение щитовидной железы у лиц, проживающих в регионах с дефицитом йода во внешней среде. Дефицит йода вызывает снижение продукции гормонов щитовидной железы, который приводит к гиперсекреции тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) и увеличению щитовидной железы. Встречается в определенных регионах мира, эндемичных по зобу. В РФ это Алтайский край, Поволжье, Забайкалье, Кавказ.

Клиника. Зависит от: *формы заболевания* (эутиреоидная, гипертиреоидная, гипотиреоидная) и *степени увеличения щитовидной железы* (0-я ст. - железа не пальпируется; 1-я ст. — пальпируется увеличенный перешеек; 2-я ст. — щитовидная железа заметна при глотании, хорошо пальпируется; 3-я ст. — хорошо видна, «толстая шея»; 4-я ст. — выраженный зоб, резко меняющий конфигурацию шеи; 5-я ст. — железа гигантских размеров, спускающаяся на грудь).



Эутиреоидная форма протекает с увеличением щитовидной железы до 5-й степени без клинических проявлений. Гипертиреоидная форма проявляется увеличением щитовидной железы с развитием тиреотоксикоза. При гипотиреоидной форме отмечается соответствующая клиника гипотиреоза.

Особенности ухода и лечение.

Медицинская сестра обеспечивает: выполнение назначенных врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов и контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела; подготовка пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям - УЗИ щитовидной железы, поглощение ^{131}I щитовидной железой, исследование крови на Т3, Т4, ТТГ, содержание холестерина. Также она проводит: беседы о значении соблюдения назначенного двигательного режима и диеты, о пользе правильного приема лекарственных средств.

Режим назначается свободный.

Диета (ОВД) - исключаются возбуждающие напитки, алкоголь, острые блюда. Потребление продуктов богатых йодом (морепродукты, продукты сбалансированные по содержанию микроэлементов).

Лекарственная терапия: при легкой форме включает назначение врачом антиструмина по $\frac{1}{2}$ —2 табл. в день 1—3 раза в неделю. При повышенной функции щитовидной железы могут быть назначены тиреостатические препараты (мерказолил) и другие лекарственные средства, аналогичные при лечении тиреотоксикоза. При пониженной функции щитовидной железы назначается заместительная терапия. По показаниям проводится оперативное лечение.

Профилактика.

Первичная: использование в эндемических районах йодированной соли,

потребление продуктов моря, сбалансированное по содержанию микроэлементов в питании.

Вторичная: диспансерное наблюдение больных у эндокринолога. Для профилактики зоба в эндемичных местностях назначают йодид калия 100/200 (табл. по 100, 200 мг), по 1 табл. 1 раз в день, в сиропе по 5—10 мл, йодированную соль. При гипотиреоз водится заместительная терапия: индивидуально подобранные дозы L-тироксина (до 100—150 мг/сут); либо эутирокс-100 (табл. 100 мкг) 1 раз в день; йодтирокс по 1 табл. за 30 мин до еды в течение 1—2 мес.

Ожирение — состояние, сопровождающееся избыточным накоплением жировой ткани в организме и приводящее к увеличению массы тела на 20 % и более. Нормальной принято считать массу тела, примерно соответствующую цифрам роста в сантиметрах минус 100 (формула Брока), или более точно от 18,5 до 24,9 кг/м² индекса массы тела (формула Кетле: вес кг/рост м²). Степени ожирения представлены в таблице.

Таблица. Масса тела в зависимости от индекса массы тела

Индекс массы тела кг/м ²	Оценка массы тела	масса тела, кг		
		При росте 160 см	При росте 170 см	При росте 180 см
<18,5	Дефицит массы тела	<52	<58	<65
18,5-24,9	Нормальная масса тела	52-64	58-72	65-81
25-29,9	Легкое ожирение	64-77	72-87	81-97
30-34,9	Умеренное ожирение	77-90	87-101	97-113
35-39,9	Выраженное ожирение	90-102	101-116	113-130
40 и более	Патологическое ожирение	>102	>116	>130

Точные причины ожирения устанавливаются в 5—10 % случаев. Наиболее частая причина ожирения — несоответствие получения и потребления калорий.

Выделяют ожирение **первичное** (алиментарное, конституционально-наследственное) и **вторичное** (симптоматическое). Теория заданного веса определяется генами. Алиментарное, экзогенно-конституциональное ожирение развивается вследствие доступности еды, переедания, гиподинамии при наличии отягощенной наследственности. Переедание, особенно в условиях малоподвижного образа жизни (гиподинамии), ведет к накоплению жировой ткани. Жир — это не балластная, инертная, нейтральная, а весьма активная, скорее, агрессивная ткань. Агрессивность ее в организме проявляется прежде всего в неудержимом стремлении образовывать себе подобную ткань во всевозрастающем количестве. Она жадно поглощает жир из крови и, кроме того, образует новый жир из углеводов. Нуждаясь в постоянном питании и кислороде, жировая ткань все время требует дополнительных питательных ресурсов. Создается «заколдованный круг»: увеличивается масса тела, повышается аппетит.

Вероятность ожирения возрастает в периоды дисгормональных состояний (пубертат, беременность, лактация, климакс). Обусловлено постоянной стимуляцией секреции инсулина в результате обильной еды; повышения активности гипоталамического центра голода и торможения центра сытости вследствие нарушения соотношения гипоталамических катехоламинов и эндорфинов, нарушения секреции гастроинтестинальных пептидов.

Вторичное ожирение развивается вследствие эндокринных заболеваний (гипотиреоз, гиперкортицизм, гипогонадизм, гиперинсулинизм), церебральных нарушений (травматических повреждений мозга, нейроинфекции, опухолей мозга, длительного повышения внутричерепного давления, которые приводят к нарушениям функции гипоталамического центра сытости и аппетита и/или нарушениям деятельности коры головного мозга), генетических дефектов (болезнь Дауна), длительного приема лекарственных препаратов (ятрогенное), повышающих аппетит или активирующих липосинтез (инсулин, антидепрессанты, глюкокортикостероиды и др.). При гипоталамо-гипофизарном ожирении важную роль играет состояние щитовидной железы, когда недостаток тиреоидных гормонов приводит к снижению выхода жира из депо и окислению его в печени.

Клиника. Зависит от: *формы ожирения* (алиментарное, эндокринное, наследственное и др.), *степени превышения массы тела* (1-я степень — превышение массы тела от нормы на 10—29%, 2-я степень — 30—49 %, 3-я степень — 50—99 %, 4-я степс более 100 %), *стадии болезни* (прогрессирующая, стабильна).

В начальной стадии болезни, кроме повышенного аппетита, клиника отсутствует. При выраженном ожирении больные: предъявляют жалобы на прогрессирующее нарастание массы тела, одышку даже при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, вялость, повышенную потливость, головную боль, головокружение, боли в области сердца, в суставах, снижение половой функции, неустойчивое настроение, диспепсические расстройства, запоры.

Кожа нормальной окраски, реже бледная или гиперемированная. Повышенное потоотделение может привести к экземе, пиодермии, фурункулам.

При алиментарном ожирении отложение жира равномерное, преимущественно на животе, спине, груди, боковых поверхностях туловища, бедрах, затылке, таза. Образуется двойной подбородок, жир на животе свисает в виде передника и т. д. Отмечаются высокое стояние купола диафрагмы, сдавление вен заднего средостения, увеличение внутриплеврального давления, сужение воздухоносных путей, способствующих развитию бронхитов и пневмоний. Гиповентиляция легких обуславливает у тучных больных возникновение гипоксии мозга с последующим апноэ, являющимся причиной внезапной смерти. Днем у таких пациентов отмечается повышенная сонливость (синдром Пикквика). У больных часто отмечается артериальная гипертензия. Часто образуются паховые и пупочные грыжи. У женщин могут наблюдаться нарушения менструальной функции, у мужчин — снижение потенции, увеличение молочных желез.

Повышенный аппетит, частое неумеренное, бессистемное потребление

пищи приводят к увеличению печени вследствие жировой инфильтрации. Нарушается деятельность поджелудочной железы, развивается гиперинсулинемия в сочетании со снижением чувствительности к инсулину, что приводит к нарушению толерантности к глюкозе. У 20—25 % пациентов развивается сахарный диабет. Затем присоединяется хронический гастрит, дискинезии желчных путей, холецистит, желчнокаменная болезнь, хронический колит и др.

Особенности ухода и лечение. Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при ожирении проводятся в основном амбулаторно и направлены на все звенья патогенеза болезни с учетом формы, степени ожирения, основных симптомов заболевания и стадии болезни, возможных осложнений с целью их предупреждения.

Медицинская сестра обеспечивает: выполнение назначенных врачом двигательного режима и режима питания, мероприятий по личной гигиене; четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов и контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела; Подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям. Также она проводит беседы о значении соблюдения назначенного двигательного режима и диеты, о пользе правильного приема лекарственных средств.

Режим назначается свободный, рекомендуется повышенная двигательная активность (дозированные физические нагрузки, лечебная гимнастика, массаж). Диета (НКД) должна быть сбалансированной по составу и субкалорийности. Все блюда готовятся без соли, на руки больному выдают 3—5 г хлорида натрия, сахар исключается. Хлеб ржаной и пшеничный не более 50—300 г в день; фрукты и ягоды в сыром виде и в блюдах, картофель, морковь, свекла — в счет нормы углеводов, капуста белокочанная, кабачки, фасоль стручковая, огурцы, помидоры, спаржа — без ограничения. В первые 6 мес. снижается обычная суточная калорийность на 1000 ккал. Снижение массы тела должно быть не более 0,5 кг в неделю. Затем суточная калорийность снижается до 1500—1600 ккал/сут. Энергетическую ценность пищевого рациона рассчитывают с учетом массы тела, роста, пола, характера труда. Для этого применяются разгрузочные диеты с калорийностью до 900 ккал/сут. Обязательным компонентом разгрузочной диеты при ожирении является ограничение жидкости (до 1000 мл/сут.). Соль исключается.

Фармакотерапия ожирения показана не всем больным, и проведение ее требует большой осторожности. Не следует ждать хорошего эффекта только от приема лекарств, необходимо изменить образ жизни. Фармакотерапия ожирения включает: применение по назначению врача средств, активирующих липолиз (препараты тиреоидных гормонов — тироксин, трийодтиронин; препарат аденогипофиза — адипозин; бигуаниды — адебит; анорексигенные препараты (сибутрамин, орлистат, фепранон и др.) Анорексигенные препараты должны применяться длительно и непрерывно, если нет эффекта в течение 2—3 мес. их отменяют. Тиреоидные гормоны и анорексигенные фармакологические препараты принимаются больными строго под контролем АД и пульса, так как они вызывают резкое повышение АД и тахикардию. Также используют мочегонные

средства (верошпирон), растительные средства (толокнянка, листья ортосифона, петрушка) и регуляторы стула.

Если стул не регулируется с помощью диеты и растительных слабительных (ревень, крушина, александрийский лист, регулакс), применяются солевые слабительные (сернокислая магнезия).

Лечебное голодание проводится только в специализированных отделениях, поскольку при использовании этого метода лечения возможно возникновение серьезных осложнений.

Обходная медицина имеет целью удаления или разобщения отделов пищеварительного тракта с помощью одного или двух методов.

Шунтирование желудка, предрасполагающее выключение части желудка и тонкого кишечника, приводит к замедлению эвакуации пищи из желудка и, следовательно, к более длительному сохранению у человека чувства его наполненности.

Обходная хирургия сопряжена с риском повреждения печени, хронической диареи, нарушения питания и кишечных инфекций.

Ушивание желудка (гастропластика) используется для уменьшения размеров желудка, что заставляет человека потреблять меньше пищи.

Отсасывающая липосакция – метод избирательного удаления локальных, жировых отложений, которые с трудом поддаются диете и физическим упражнениям.

Сахарный диабет - это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

Среди эндокринной патологии сахарный диабет занимает первое место по частоте и составляет 50% от всех заболеваний внутренней секреции. Сахарным диабетом болеют в любом возрасте как мужчины, так и женщины. К концу XX в. в мире насчитывалось 120 млн больных СД. По прогнозам ВОЗ, эта цифра в XXI в. (в начале его) увеличится до 160 млн. Заболеваемость СД постоянно растет. В промышленных странах она составляет до 6—7 % всего населения. Для повышения эффективности профилактики и лечения СД комитет экспертов ВОЗ в 1999 г. утвердил новую классификацию и диагностические Критерии болезни.

Инсулинозависимый СД типа 1 (аутоиммунный, идиопатический) развивается вследствие деструкции β-клеток поджелудочной железы, обычно приводящей к абсолютной инсулиновой недостаточности. СД типа 1 возникает у молодых, в возрасте до 20 лет.

При СД типа 2 развиваются дефект секреции инсулина и резистентность тканей к инсулину, что ведет к повышению продукции инсулина — инсулинизму. Определенную роль играет вторичная глюкогонемия, которая развивается в ответ на снижение утилизации глюкозы тканями. Сахарный диабет типа 2 наиболее частая форма, составляет около 80% всех зарегистрированных случаев.

Заболеванию часто предшествует синдром инсулинорезистентности (метаболический синдром ожирение, артериальная гипертензия, гиперлипедемия и дислипидемия. Большинство больных имеют избыточную массу тела. Болеют СД типа 2 обычно в возрасте старше 40 лет.



Клиника. Зависит от: *типа сахарного диабета* (первичный инсулинозависимый, 1-й тип; вторичный, инсулинонезависимый, симптоматический, 2-й тип; другие типы СД), *тяжести заболевания* (легкий — нет микро- и макрососудистых осложнений; средней тяжести — диабетическая ретинопатия 1-й степени, диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии, диабетическая полинейропатия; тяжелый — диабетическая ретинопатия 2—3-й степени, диабетическая нефропатия протеинурией или ХПН, макроангиопатии — ИБС, сердечная недостаточность, синдром диабетической стопы и др.), *состояния компенсации* (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация), *осложнений инсулинотерапии* (анафилактический шок, местная аллергическая реакция, инсулинорезистентность), *осложнений заболевания* (кетоацидоз, диабетическая кома, гипогликемическое состояние,

гипогликемическая кома; микро- и макроангиопатии, нейропатии; энтеропатии, гепатопатия, катаракта, остеоартропатия).

В течении сахарного диабета различают три стадии: преддиабет, скрытый диабет (нарушенная толерантность к глюкозе) и явный диабет.

Преддиабет — стадия, которая современными методами исследования не выявляется. Это преимущественно лица с отягощенной наследственностью, женщины, родившие ребенка с весом 4,5 кг и более, пациенты с ожирением.

Больные со скрытым диабетом жалоб не предъявляют. Скрытый диабет выявляют с помощью пробы с сахарной нагрузкой (тест толерантности к глюкозе, ВОЗ.) Тест проводится утром натощак на фоне 3-дневного неограниченного питания и обычной физической активности. В эти три дня не принимаются медикаменты, контрацептивы; не курить, должны отсутствовать острые заболевания. После забора крови натощак в течение не более 5 мин выпивается 75 г глюкозы в 200 мл воды. У здоровых лиц содержание сахара в капиллярной крови (из пальца) натощак и через 2 ч после сахарной нагрузки составляет соответственно: $<5,5$ и $<7,8$ ммоль/л; у пациентов с гипергликемией натощак/через 2 ч — $>5,6$, но $<6,1/<7,8$ ммоль/л; у лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе натощак/через 2ч — $>5,6$, но $<6,1/>7,8$ и через 2 ч $<11,1$ ммоль/л; у больных сахарным диабетом натощак/через 2 ч — $>6,1/>11,1$ ммоль/л.

Критерии диагностики нарушений углеводного обмена

Показатель	Норма	Преддиабет	Диабет
Гликемия, ммоль/л			(2 значения)
натощак, цельная капиллярная кровь	$< 5,6$	$\geq 5,6 < 6,1$ нарушенная гликемия натощак	$\geq 6,1$
натощак, плазма венозной крови	$< 6,1$	$\geq 6,1 < 7,0$ нарушенная гликемия натощак	$\geq 7,0$
через 2 часа после нагрузки 75г глюкозы (цельная капиллярная кровь, плазма венозной крови)	$< 7,8$	$\geq 7,8 < 11,1$ нарушенная толерантность к глюкозе	$\geq 11,1$
НвА1с, %	$< 5,7$	$\geq 5,7 < 6,5$	$\geq 6,5$

Обязательным после глюкозотолерантного теста является определение **гликозилированного гемоглобина** (гликилированный гемоглобин, HbA_{1c}).

Показатель, который отражает усредненный уровень в крови глюкозы за последние 8-12 недель. Как правило, исследование этого вещества назначают пациентам совместно с анализом крови на сахар и тестом толерантности к глюкозе. Небольшое количество HbA_{1c} определяется и в крови здоровых людей, при некоторых заболеваниях его концентрация значительно возрастает.

HbA_{1c}	<i>Сахар крови, ммоль/л</i>	HbA_{1c}	<i>Сахар крови</i>
5,0 %	4,4	7,5 %	9,1
5,5 %	5,4	8,0 %	10,0
6,0 %	6,3	8,5 %	11,0
6,6 %	7,2	9,0 %	11,9
7,0 %	8,2	9,5 %	12,8
		10,0 %	13,7
		11,0 %	15,6

При диабете в состоянии компенсации жалобы у пациентов, как правило, отсутствуют. В состоянии субкомпенсации и декомпенсации жалобы полиморфны. Больные отмечают **сухость во рту, жажду, полиурию**, иногда полифагию, похудание, повышенную утомляемость, зуд кожи, зуд промежности, плохой сон, головную боль, снижение зрения, снижение чувствительности пальцев рук, парестезии.

При длительном течении сахарного диабета в состоянии субкомпенсации, когда лечение не проводится или проводится неадекватно, развиваются поздние осложнения — микроангиопатии, макроангиопатии и др. Кожа становится сухой, появляется румянец на щеках, развиваются атрофия мышц, похудание, фурункулез, нарушение зрения. На коже голени появляются бляшки восковидного цвета. Отмечаются вывихи, подвывихи, Деформация суставов кистей и стоп; онемение и парестезии в руках, ногах; снижение чувствительности, мышечной силы; гангрена нижних конечностей; нарушение зрения; увеличение печени, ХПН.

При длительной суб- и декомпенсации сахарного диабета развивается диабетический кетоацидоз. Причины кетоза: лечение диабета неадекватно малыми дозами инсулина, избыточное потребление углеводов, голодание, острые

инфекции, интоксикации, острые тяжелые заболевания, например инфаркт миокарда, беременность, роды.

Развивается кетоацидоз постепенно, в течение нескольких дней. Нарастает слабость, появляется и усиливается головная боль, снижается аппетит, усиливаются сухость во рту, жажда, появляются тошнота, рвота, разлитые боли в животе, судорожные подергивания отдельных мышечных групп. При осмотре кожа сухая, бледная. Язык сухой. Гипотония глазных яблок. Запах ацетона изо рта. Пульс мягкий, слабый и частый. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Отмечается гипергликемия, гликозурия, ацетонурия. По мере нарастания кетоацидоза рвота станов многократной, боли в животе усиливаются до острых (псевдоперитонит). Нарастает слабость, вялость, сонливость. Больные становятся безучастными, адинамичными. Спутанное сознание, сопор, полная потеря сознания и развитие диабетической комы.

При диабетической коме кожа у больных бледная, сухая; глаза запавшие, зрачок узкий, черты лица заострены, тургор кожи резко снижен; дыхание шумное — «большое дыхание Куссмауля»; тоны сердца глухие, пульс мягкий, частый, АД снижено. Язык сухой, покрыт коричневым налетом, живот вздут, иногда напряжен. Могут быть явления перитонизма. В крови: высокий нейтрофильный лейкоцитоз или лейкомоидная реакция, высокие цифры гемоглобина, эритроцитов за счет сгущения крови, увеличение СОЭ, гиперазотемия, электролитные нарушения. Гипергликемия до 15—35—50 ммоль/л, кетонемия. В моче - гликозурия до 3—10 %, кетонурия.



Гипогликемическая кома часто развивается у больных, страдающих сахарным диабетом, после инъекции инсулина при отсутствии своевременного

приема пищи (спустя более 20 мин после инъекции инсулина) при снижении концентрации глюкозы ниже 3 ммоль/л.

Гипогликемическое состояние: слабость, чувство тревоги, дрожь в руках, потливость, сильное чувство голода, спазмы в желудке, головная боль, двоение в глазах. В тяжелых случаях отмечается возбуждение, дезориентация.

Вероятность гипогликемии следует предположить у любого больного СД, находящегося в коме.

Основные клинические проявления гипогликемической комы обусловлены углеводным голоданием головного мозга и гипоксией. Отмечаются внезапная потеря сознания, гипертонус мышц, кожа бледная, влажная, пот; пульс слабый, частый, снижение АД, судороги; в крови уровень сахара меньше 3,0 ммоль/л.

Гиперосмолярная, гипергликемическая, некетоацидотическая кома встречается обычно у лиц старше 40 лет после употребления большого количества углеводов, лечения бигуанидами, тиазидовыми мочегонными, глюкокортикоидами; при резком обезвоживании организма. Ведущим патогенетическим фактором является повышение осмолярности крови более 340 мосмоль/л (норма — 280—290 мосмоль/л). Характерны высокий уровень сахара в крови— 30—60 ммоль/л, азотемия, высокая глюкозурия. В отличие от кетоацидотической комы отмечается отсутствие признаков кетоацидоза или имеются его легкие проявления. Отмечается слабость, жажда, полиурия, тахикардия.

Особенности ухода и лечение. Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при сахарном диабете должны быть направлены на все звенья патогенеза болезни и проводиться с учетом типа, тяжести течения, основных симптомов заболевания, состояния компенсации, побочных эффектов фармакотерапии, возможных осложнений с целью их предупреждения.

Медицинская сестра обеспечивает: выполнение больным назначенных врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием лекарственных препаратов и контроль их побочных эффектов; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и величины суточного диуреза; подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям (тест толерантности к глюкозе, гликемическая кривая, глюкозурический профиль, УЗИ поджелудочной железы и др.). Также она проводит: беседы о значении режима и диеты в лечении сахарного диабета, обучает больных правильному применению инсулина и/или сахароснижающих препаратов.

При сахарном диабете типа 1 без сопутствующего ожирения и нарушений функции почек назначается высокобелковая диета. При сахарном диабете типа 2 без сопутствующей избыточной массы тела или ожирения назначается основной вариант стандартной диеты (ОВД), пациентам с ожирением — низкокалорийная

диета (НКД). Для предупреждения резких колебаний содержания сахара в крови питание больных диабетом должно быть дробным, не менее 4—6 раз в сутки. Частота приемов пищи зависит от числа приемов инсулина (прием пищи не позднее 30 мин после введения инсулина).

Суточный рацион больных сахарным диабетом должен содержать 20—50 г клетчатки с нерафинированными углеводами (необдирные крупы, мука грубого помола), что способствует замедлению всасывания и утилизации углеводов. Состав суточного рациона: углеводов — 50—60 %, белков — 20—25 %, жиров — 15—20 %. В пересчете на энергетическую ценность — 30 ккал на 1 кг веса тела при легком труде; 40—45 ккал при труде средней тяжести, 50 ккал и более при тяжелом труде.

Из повседневного рациона исключаются продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы (сахар, мед, сладкие кондитерские изделия, варенье, сладкие напитки), используют аминокислотные заменители сахара — сластилин, аспартам, сладекс, нутривит, которые в 100 раз слаще сахара, обладают минимальной калорийностью, не вызывают осложнений, не разлагаются при кипячении и не имеют побочных эффектов.

Прием белков и жиров не вызывает немедленного повышения уровня глюкозы в крови, и поэтому они не учитываются при определении дозы инсулина. Уровень сахара в крови повышается только после

Таблица хлебных единиц

МОЛОКО И МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ 1 ХЕ

молоко	1 стакан	250 мл
кефир	1 стакан	250 мл
сливки	1 стакан	250 мл
йогурт натуральный	3/4 стакана	200 мл

ХЛЕБ И ХЛЕБОБУЛОЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ 1 ХЕ

белый хлеб	1 кусок	20 г
черный хлеб	1 кусок	25 г
крекеры	3–5 шт.	15 г
сухари	1–2 шт.	15 г
панировочные сухари	1 ст. ложка	15 г

* Такие продукты, как пельмени, блины, оладьи, пирожки, сырники, вареники, котлеты, также содержат углеводы, но количество ХЕ зависит от размера и рецепта изделия.

МАКАРОННЫЕ ИЗДЕЛИЯ* 1 ХЕ

вермишель, лапша, рожки, макароны	1–2 ст. ложки в зависимости от формы изделия	15 г
-----------------------------------	--	------

* Имеются в виду несваренные макароны. В вареном виде 1 ХЕ содержится в 2–4 ст. ложках продукта (50 г).

КРУПЫ, КУКУРУЗА, МУКА 1 ХЕ

гречневая крупа*	1 ст. ложка	15 г
кукуруза	1/2 початка	100 г
кукуруза консервированная	3 ст. ложки	60 г
кукурузные хлопья	4 ст. ложки	15 г
полкорм	10 ст. ложек	15 г
манная крупа*	1 ст. ложка	15 г
мука (любая)	1 ст. ложка	15 г
овсяная крупа*	1 ст. ложка	15 г
овсяные хлопья	2 ст. ложки	20 г
перловая крупа*	1 ст. ложка	15 г
пшено*	1 ст. ложка	15 г
рис*	1 ст. ложка	15 г

* Имеется в виду 1 ст. ложка сырой крупы. В вареном виде 1 ХЕ содержится в 2 ст. ложках с горкой (50 г).

КАРТОФЕЛЬ 1 ХЕ

картофель	1 шт.	65 г
картофельное пюре	2 ст. ложки	75 г
жареный картофель	2 ст. ложки	35 г
чипсы	1 мал. пачка	25 г

ДРУГИЕ ПРОДУКТЫ 1 ХЕ

зеленый горошек	7 ст. ложек	100 г
бобы вареные	3 ст. ложки	50 г
сахар	1 ст. ложка	65 г
мороженое	1 шарик	65 г
квас	1 стакан	250 мл

Татьяна Изюминка
tatyanaizuminka.ru

приема углеводов. Для удобства подсчета содержания в пище углеводов разработана система хлебных единиц (ХЕ) с распределением продуктов на пять групп: молоко, молочные жидкие продукты, зерновые, картофель, фрукты и продукты, содержащие чистый сахар. Для усвоения 1 ХЕ, соответствует 12 г глюкозы, требуется 1—2 ЕД инсулина (в зависимости от индивидуальной чувствительности). Например, одной ХЕ соответствует: 1 стакан молока, кефира, сливок, пива, кваса; один кусок (20 г) хлеба; 2—4 столовые ложки сваренных макарон, 2 столовые ложки любой каши, 2 столовые ложки картофельного пюре; одно яблоко (65 г), 8 столовых ложек малины (150 г), 1 столовая ложка сахара.

Ориентировочная потребность в ХЕ в сутки:

- люди тяжелого физического труда с дефицитом массы тела — 25—30 ХЕ, средней тяжести с нормальным весом тела — 20—22 ХЕ,
- с сидячей работой — 15—18 ХЕ,
- с умеренным весом — 12—14,
- с ожирением — 6—8 ХЕ.

Пример расчета: дневной рацион составляет 3000 ккал. Из них: 50 % должны составлять углеводы (1 г углеводов = 4 ккал). $1500 : 4 = 375$ г углеводов/сутки, что составляет 31 ХЕ ($375 : 12$) или 31 ЕД инсулина.

Физические нагрузки повышают работоспособность и настроение, они всегда индивидуальны. Любая физическая нагрузка сопровождается снижением уровня глюкозы в крови у больных СД, которое определяется двумя факторами: повышением скорости поглощения глюкозы из крови работающей мышцей и ускорением всасывания инсулина из места его введения вследствие усиления кровообращения. Регулярные физические нагрузки способствуют нормализации липидного обмена, улучшают рециркуляцию, активируют фибринолиз, нормализуют повышенную секрецию катехоламинов в ответ на стрессовую ситуацию, что предотвращает развитие сосудистых осложнений. Кроме того, физические упражнения повышают чувствительность тканей к инсулину и снижают уровень гликемии как во физической нагрузке, так и в течение 12 ч после. Поэтому при легких и умеренных физических нагрузках, продолжительностью не более 1 ч, требуется дополнительный прием углеводов до и после нагрузки (15 г легких углеводов на каждые 15 мин нагрузки). При умеренных физических нагрузках, продолжительностью более 1 ч, и интенсивном спорте необходимо снижать дозы инсулина, действующие во время нагрузки и в последующие 6-12 ч на 20-50 %.

Уровень глюкозы в крови нужно измерять до, во время и после физической нагрузки.

Лечение сахарного диабета типа 1. Инсулинотерапия.

Принципы инсулинотерапии:

- 1) доза инсулина должна быть достаточной для сохранения уровня глюкозы натощак в пределах нормы;
- 2) инсулинотерапия должна предотвращать гипергликемию после приема пищи;
- 3) инсулинотерапия не должна приводить к выраженной гипогликемии;
- 4) больной должен уметь оценить суточную потребность в инсулине, определяя концентрацию глюкозы в домашних условиях.

В лечении СД используются препараты инсулина ультракороткого, короткого, средней продолжительности, длительного действия и смешанные в различных пропорциях.

Расчет и ориентировочное распределение доз инсулина.

Чувствительность больных к экзогенному инсулину различна. Одна единица инсулина способствует усвоению от 2 до 5 г глюкозы. Первоначальную суточную дозу инсулина рекомендуется подбирать из расчета наибольшей чувствительности и только при недостаточном эффекте постепенно увеличивать дозу до нормогликемии.

Дозы инсулина и их распределение в течение дня регулируются врачом в зависимости от показателей гликемического профиля (7 измерений: до и через 90 мин после завтрака, обеда и ужина + 1 в 3 ч утра) и глюкозурии (в трех порциях: натощак, после основного приема пищи и перед сном (с 8.00 до 14.00, с 14.00 до 20.00, с 20.00 до 8.00 следующего дня)). Суточная доза инсулина обычно не превышает 0,7—0,9 ед./кг в пересчете на идеальную массу тела, которая перед завтраком, обедом и ужином распределяется в соотношении 2:3:1—1,5. При 4-кратном введении: перед завтраком — 35 %, перед обедом — 25 %, перед ужином — 30 %, перед сном (в 23 часа) — 10 % (соотношение 3,5 : 2,5 : 3 : 1). То есть 2/3 дозы действуют в дневные часы, 1/3 — в ночные часы. Инсулин короткого действия составляет 2/3 суточной дозы.

Изменение дозы инсулина должно быть не более 2—4 ед. однократно. Колебания уровня глюкозы в крови между приемами пищи должны составлять не более 1,5—2 ммоль/л. Вечернюю дозу простого инсулина вводят не позднее чем за 2—3 ч до сна. Эта доза должна быть наименьшей во избежание ночной гипогликемии. Через 15—30 мин после введения инсулина короткого действия пациенту надо поесть, а через 1,5—2 ч — выпить стакан кефира или молока и съесть кусок хлеба.

В дальнейшем разовая и суточная дозы корректируются по результатам повторных в течение дня исследований содержания глюкозы в крови и моче.

Существуют различные методики инсулинотерапии. Метод выбора — многократные инъекции. Однако могут быть использованы 2- и 3-разовые схемы. 3-разовая схема предпочтительнее (перед основным приемом пищи вводят

инсулин короткого действия, а инсулин длительного действия утром и перед сном; при необходимости в сочетании с инсулином короткого действия).

Для больных сахарным диабетом типа 1 применяется режим интенсифицированной инсулинотерапии, напоминающий естественную выработку инсулина у здорового человека:

а) инсулин короткого действия (Биосулин Н) — перед завтраком, обедом, ужином;

- инсулин средней продолжительности действия (Биосулин Р) — перед сном;

б) инсулин короткого действия (Биосулин Н) — перед завтраком, обедом, ужином;

- инсулин средней продолжительности действия (Биосулин Р).— перед завтраком и ужином;

в) инсулин короткого действия (Биосулин Н) — перед завтраком, обедом, ужином;

- инсулин средней продолжительности действия (Биосулин Р) — перед завтраком, обедом, ужином и на ночь.

Оценка и контроль инсулинотерапии.

Инсулинотерапия предусматривает ежедневный частый самоконтроль сахара крови. Показатели сахара крови являются единственным критерием адекватности доз инсулина.

Оценка утренней и вечерней доз пролонгированного инсулина проводят по результатам пяти исследований. Для оценки адекватности утренней дозы пролонгированного инсулина необходимо пропустить обед и, соответственно, перед обедом не вводить инсулин короткого действия. В этот день нормальный показатель сахара крови перед обедом (2-е исследование) и ужином (3-е исследование) будет свидетельствовать о правильной утренней дозе пролонгированного инсулина. Адекватной вечерней дозой пролонгированного инсулина будет нормальный уровень сахара крови натощак (1-е исследование) и отсутствие гипогликемии ночью (5-е исследование) при условии нормального уровня сахара крови перед сном (4-е исследование).

Оценку адекватности доз инсулина короткого действия осуществляют по уровню сахара в крови до еды или через 1,5-2 часа после еды (на «пике» повышения уровня глюкозы). Нормальный уровень сахара в крови перед ужином и сном свидетельствует соответственно об адекватной дозе перед обедом и ужином. Проведенный расчет количества ХЕ на завтрак, обед и ужин позволяет контролировать потребность в инсулине короткого действия.

Коррекция дозы инсулина должна осуществляться ежедневно на основании данных самоконтроля гликемии в течение суток.

Особая осторожность требуется у пациентов с поражениями почек, так как цифры глюкозурии у них не всегда точно отражают истинный уровень гликемии из-за того, что почки являются местом разрушения инсулина и при нарушении их функции снижается потребность в инсулине, что подлежит обязательной коррекции. В противном случае может развиваться выраженная, опасная для жизни гипогликемия.

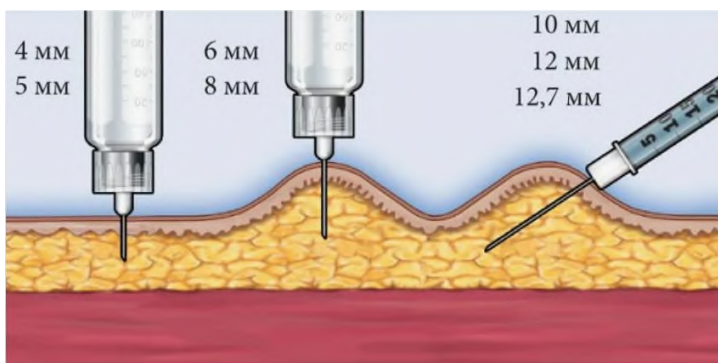
Техника инъекции инсулина.

Инсулин короткого действия вводят п/к за 30 мин до приема пищи (при необходимости за 40—60 мин). Инсулин ультракороткого действия (хумалог или новоРапид) можно вводить непосредственно перед приемом пищи, при необходимости во время или сразу после еды. Рекомендуется ежедневно чередовать места введения инсулина.



Инсулин короткого действия вводится в подкожную клетчатку живота, инсулин средней продолжительности — бедер или ягодиц.

Инъекции рекомендуется делать глубоко в подкожную клетчатку через широко сжатую кожу под углом 45° или 90° в случае, если подкожно-жировой слой толще длины иглы.



Осложнения инсулинотерапии: гипогликемия, феномен Сомоджи (синдром хронической передозировки инсулина или постгипогликемической гипергликемии), аллергические реакции, постинъекционные липодистрофии, инсулинорезистентность (суточная потребность в инсулине более 100—200 ЕД), инсулиновые отеки при использовании больших доз.

Лечение сахарного диабета типа 2. Для коррекции гипергликемии используются следующие группы препаратов.

Препараты сульфонилмочевины (ПСМ). Повышают секрецию инсулина и снижают периферическую инсулинорезистентность.

В настоящее время используются глибенкламид (манинил, даонил, глюкобене, эуглюкон), микроионизированная форма манинила, гликвидон (глюренорм, бигликор), гликлазид (минидиаб, глибенез, антидиаб), глимепирид (амарил), глипизид (минидиаб, глибенез, антидиаб), метформин (глюкофаг). Все они принимаются за 30 мин до еды 2 раза в день. Побочные эффекты: аллергические реакции, диспептический синдром, лейкопения, тромбоцитопения, желтуха.

Бигуаниды. Снижают периферическую инсулинорезистентность, подавляют глюконеогенез в печени. Метформин (сиофор, глюкофаж) в начальной дозе 0,25 г в сутки, которую постепенно увеличивают до 0,5 г 3 раза в сутки. Побочные эффекты: диспептический синдром, аллергические реакции.

Меглитиниды. Вызывают стимуляцию секреции инсулина. Репаглинид — принимается по 0,5—16 мг/сут. в 3—4 приема. Натеглинид — принимается по 60—240 мг/сут. в 3—4 приема.

Глитазоны. Снижают инсулинорезистентность мышечной и жировой ткани, продукцию глюкозы печенью. Пиоглитазон — принимается 15—45 мг/сут. 1 раз/сут. Розиглитазон — принимается по 2—8 мг/сут. в 1—2 приема.

Ингибиторы α -глюкозидазы. Снижают всасывание глюкозы в кишечнике. Акарбоза — принимается по 150—300 мг/сут. в 3 приема.

Применяется следующая схема лечения:

1. Начинают пероральную сахароснижающую терапию одним из препаратов — метформин или производным сульфанилмочевины.

2. При малом эффекте лечения через 3—6 мес. добавляют второй сахароснижающий препарат.

3. Если желательной концентрации глюкозы в крови натошак (менее 6,7 ммоль/л) не удастся достичь в течение следующих 3—6 мес., необходима инсулинотерапия.

Показания для назначения инсулина — систематическое повышение глюкозы натошак более 8 ммоль/л и временное повышение потребности в инсулине при тяжелых заболеваниях и операциях (при повышении концентрации

глюкозы до 10—12 ммоль/л). Инсулин назначают перед ужином или между 21—23 ч. При почечной недостаточности, при малой эффективности вечернего инсулина может быть применена 2-разовая схема — 30 % инсулина короткого действия и 70 % продолжительного действия. Комбинация инсулина и метморфина — терапия выбора, возможна также комбинация инсулина с сульфаниламочевойной.

В дополнение фармакотерапии проводится фитотерапия.

Необходимы самостоятельный контроль больными уровня глюкозы в крови и умения подбирать дозу инсулина самостоятельно.

Лечение АГ включает немедикаментозные методы (снижение массы тела, ограничение соли, физические нагрузки), используются ингибиторы АПФ, небольшие дозы салуретиков, аденоблокаторы. Лечение АГ значительно снижает риск макро-и микрососудистых осложнений СД, в том числе диабетической ретинопатии.

Больным СД 2 типа необходимо стремиться к нормализации концентрации липидов по правилу «12345»: содержание в крови холестерина липопротеинов высокой плотности > 1 ммоль/л, триглицеридов < 2 ммоль/л; холестерина липопротеинов низкой плотности < 3 ммоль/л; отношение общего холестерина к холестерину липопротеинов высокой плотности < 4 ; общего холестерина < 5 ммоль/л. Для этого используются статины (симваста тин, ловастатин, флувастин и др.) в чистом виде или в сочетании с фибратами. При более выраженных изменениях предпочтение отдается фибратам.

Для коррекции нарушений гемостаза и коагуляции применяют аспирин в дозе 75—100 мг в сутки.

Фитотерапия при сахарном диабете проводится в дополнение к фармакотерапии и включает чернику (лист, цветы, ягоды) створки фасоли, листья грецкого ореха, овес (зерно с отрубями), бруснику (листья, ягоды), жень-шень, элеутерококк.

Профилактика.

Первичная: рациональное питание, двигательная активность, формирование навыков здорового образа жизни, исключение вредных привычек.

Вторичная: диспансерное наблюдение у эндокринолога.

Пациенты пожизненно находятся под наблюдением эндокринолога, ежемесячно в лаборатории определяют уровень глюкозы. В школе диабетиков они учатся самоконтролю состояния и корректировке дозы инсулина.

Обучение.

В процессе обучения больной должен получить знания и четкое представление о ежедневном режиме и проведении различных манипуляций, необходимых для поддержания стабильного течения сахарного диабета.

1. Выполнять рекомендации по диете.

2. Проводить определение и оценку содержания глюкозы в крови и моче.

3. Рассчитать количество хлебных единиц в продуктах питания, принимаемых в конкретное время дня.
4. Рассчитать и менять свою дозу инсулина.
5. Определять начальные признаки осложнений и правильно принимать необходимые меры по их устранению.
6. Осуществлять уход за кожей стоп (включает ежедневную смену носков; удобную, мягкую обувь; мягкие стельки, прокладочки; ежедневное мытье ног теплой водой с мылом (не тереть)).
7. При появлении микротравм — немедленно обрабатывать бриллиантовой зеленью, перекисью водорода, бактерицидным пластырем.
8. Вести дневник большого диабета.
9. Поддерживать здоровый образ жизни: соблюдать время сна, отдыха и рабочей активности.
10. Устранить вредные привычки или сократить до минимума прием алкоголя и курение; нивелировать стрессовые ситуации и поведенческие реакции.
11. Проверка уровня сахара крови (визуальные тест-полоски, глюкометр) проводится не менее 3—4 раза в сутки с оценкой результатов и регистрацией в дневнике.

Лечение и уход при заболеваниях органов эндокринной системы.

В лечении различают этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины), патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания) и симптоматическое (только устраняет симптомы заболевания на короткое время).

Этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины):

1. **Антибактериальные препараты:** антибиотики различных групп с учетом чувствительности возбудителя для лечения нейроинфекций;
2. **Противовирусные средства** (при вирусной этиологии);
3. **Ферменты и антациды** (лечение панкреатита);
4. **Тиреоидные гормоны и анорексогенные препараты** (лечение ожирения)

Патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания):

1. **Противовоспалительные препараты** (НПВС и СПВ, ГКС);
2. **Тиреостатики и антитиреоидные препараты** (направленных на регулировку тиреоидных гормонов);
3. **Препараты йода** (при йододефиците);
4. **Инсулины** (заместительная терапия при сахарном диабете);
5. **Препараты сульфонилмочевины (ПСМ)** (повышают секрецию инсулина и снижают периферическую инсулинорезистентность);
6. **Бигуаниды** (снижают периферическую инсулинорезистентность, подавляют глюконеогенез в печени);

7. **Глитазоны** (снижают инсулинрезистентность мышечной и жировой ткани, продукцию глюкозы печенью).

Симптоматическое (устранение симптомов и облегчение состояния)

1. **Жаропонижающие** (при высокой температуре);
2. **Обезболивающие (НПВС и анальгетики)**;
3. **Антиаритмические** (при сухом кашле);
4. **Седативные** (контроль ЦНС);
5. **β - адреноблокаторы и гипотоники** (при наличии высокого АД);
6. **Мочегонные** (для устранения отеков);
7. **Ноотропы** (для улучшения мозгового кровообращения);
8. **Ангиопротекторы** (улучшающие микроциркуляцию)
9. **Витаминотерапия.**

Для каждого заболевания и пациента индивидуальный подход в лечении, но основа всегда заключается в понимании этиологии, патогенеза, клинической картины и возможного развития осложнений.

Для составления плана сестринских вмешательств используйте методическое пособие «**Методы исследования при заболеваниях терапевтического профиля в сестринской практике**».

Пример плана сестринских вмешательств

Цель: устранить жажду, уменьшить слабость, чувство голода, клжный зуд

Сестринские вмешательства

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим (в соответствии с состоянием: физическая активность)	Для эффективного лечения и профилактики осложнений.
2. Организация лечебного питания (в зависимости от заболевания (ОВД, НКД). - исключаются продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы (сахар, мед, сладкие кондитерские изделия, варенье, сладкие напитки), - - используют аминокислотные заменители сахара — сластилин, аспартам, сладекс, нутривит,	Для эффективного лечения: Нормализации уровня глюкозы в крови
3. Организация диагностических методов с выпиской направлений: АК на сахар утром натощак из пальца (в клиническую лабораторию); Тест толерантности к глюкозе - проводится утром натощак на фоне 3-дневного неограниченного питания и	Для качественной и своевременной диагностики

<p>обычной физической активности. В эти три дня не принимаются медикаменты, контрацептивы; не курить, должны отсутствовать острые заболевания. После забора крови натощак в течение не более 5 мин выпивается 75 г глюкозы в 200 мл воды.</p> <p>Гликемического профиля (7 измерений: до и через 90 мин после завтрака, обеда и ужина + 1 в 3 ч утра) Глюкозурический профиль (в трех порциях: натощак, после основного приема пищи и перед сном (с 8.00 до 14.00, с 14.00 до 20.00, с 20.00 до 8.00 следующего дня). (биохимическая лаборатория или тест полоски)</p> <p>Исследование глазного дна – направление на консультацию к окулисту</p> <p>Ангиография сосудов - за 6-8 часов до начала аппаратного обследования пациенту запрещается употреблять еду и питье. За сутки до ангиографии следует отказаться от табакокурения и приема этанолсодержащих медикаментов. Также врачи не рекомендуют принимать непрямые антикоагулянты, ненаркотические анальгетики и противопаркинсонические средства. Прежде чем сделать рентген, специалист должен убедиться в отсутствии гиперчувствительности к йодосодержащим препаратам.</p>	<p>Отказ от еды позволяет избежать возможной аспирации содержимого желудка в дыхательные пути и предотвратить развитие осложнений, в частности, аспирационной пневмонии.</p> <p>Профилактика легочного кровотечения</p> <p>Контроль уровня глюкозы в организме и динамика результатов лечения.</p> <p>Своевременное выявление макро и микрососудистых осложнений.</p>
---	---

<p>4. Организация ухода (в зависимости от проблем пациента):</p> <ul style="list-style-type: none"> - рассчитать количество хлебных единиц в продуктах питания, принимаемых в конкретное время дня <p>Пример расчета: дневной рацион составляет 3000 ккал. Из них: 50 % должны составлять углеводы (1 г углеводов = 4 ккал). $1500 : 4 = 375$ г углеводов/сутки, что составляет 31 ХЕ ($375 : 12$) или 31 ЕД инсулина.</p> <ul style="list-style-type: none"> – провести беседу о необходимости приема пищи после введения инсулина быстрого действия; – предложить пациенту или родственникам записать таблицу содержания хлебных единиц (ХЕ) в продуктах питания; 	<p>Для предупреждения гипергликемии</p> <p>Для предупреждения гипогликемии и оказания самопомощи</p> <p>Повысить знания и навыки ухода пациента и его родственников для повышения качества жизни</p>
<p>5. Проводить обучение пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> - самоконтролю глюкометром (сделать прокол пальца. Чтобы получить полноценную каплю с первого раза, лучше делать прокол не в середине подушечки пальца, а чуть сбоку. Эту каплю подносят к краю тест-полоски, просто коснуться ее, чтобы необходимое количество крови втянулось в индикатор. Через несколько секунд (в зависимости от модели глюкометра – от 5 до 40) на дисплее появляется результат. (показатель занести в дневник) <p>обучить пациента или его родственников вводить инсулин подкожно и соблюдать правила введения (места введения и техника</p>	<p>Повысить знания и навыки ухода пациента и его родственников для повышения качества жизни</p> <p>С целью профилактики осложнений и самоконтроля</p>
<p>7. Обеспечить прием инсулина по назначению врача (инсулин короткого действия вводят п/к за 30 мин до приема пищи)</p>	<p>Для поддержания уровня гликемии</p>
<p>8. Следить за цветом кожных покровов, чувствительностью конечностей, пульсом, ЧДД, АД, диурезом.</p>	<p>Для контроля состояния и своевременной диагностики развития осложнений</p>

9. Своевременно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного	Для предупреждения осложнений
10. Соблюдать этические деонтологические правила при общении с пациентом и его родственниками	Для психоэмоциональной разгрузки больного и родственников


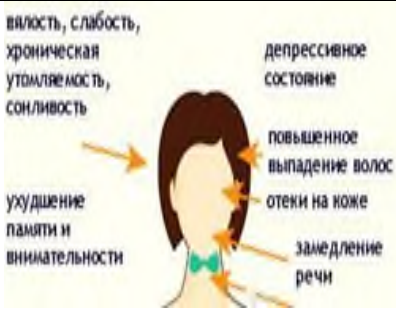

Если заболевание сопровождается развитием осложнений в виде неотложных состояний, в плане сестринских вмешательств на первом месте указывается применение алгоритма неотложной помощи! (См. методические рекомендации «Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях»)

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите заболевания, относящиеся к патологии органов эндокринной системы.
2. Дать определение понятию «тиреотоксикоз» с указанием этиологии и патогенеза.
3. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
4. Дать определение понятию «гипотиреоз» с указанием этиологии и патогенеза.
5. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
6. Дать определение понятию «эндемический зоб» с указанием этиологии и патогенеза.
7. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
8. Дать определение понятию «сахарный диабет» с указанием этиологии и патогенеза.
9. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
10. Перечислить лабораторные методы исследования используемые для диагностики заболеваний эндокринной системы.
11. Перечислить инструментальные (функциональные, рентгенологические, эндоскопические) методы исследования, используемые для диагностики заболеваний органов эндокринной системы.
12. Перечислить препараты для лечения заболеваний органов эндокринной системы, соблюдая принципы лечения (этиотропное, патогенетическое и симптоматическое).
13. Перечислите неотложные состояния, с клиническими проявлениями относящиеся к патологии эндокринной системы.

Итоговая самооценка

1. Заполните таблицу, согласно зарисовки патогенеза заболеваний щитовидной железы.

название			
патогенез			
проблемы настоящие			
проблемы приоритетные			
проблемы потенциальные			

2. Установите соответствие

Заболевание	Клинические проявления
1. Тиреотоксикоз 2. Гипотиреоз	а) гипотермия б) гипертермия в) узкие глазные щели г) экзофтальм д) похудание е) увеличение массы тела

3. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

- Основные причины развития тиреотоксикоза
 - психическая травма, инфекции
 - голодание, гиповитаминозы
 - переедание, злоупотребление алкоголем
 - курение, переохлаждение
- Симптом тиреотоксикоза
 - вялость
 - сонливость
 - раздражительность
 - заторможенность
- Симптомы диффузного токсического зоба
 - снижение памяти, забывчивость
 - снижение интереса к жизни, апатия
 - сердцебиение, похудание
 - головная боль, повышение массы тела
- Заболевание, при котором наблюдаются тахикардия, экзофтальм, тремор
 - гипотиреоз
 - тиреотоксикоз
 - сахарный диабет
 - эндемический зоб
- При диагностике заболеваний щитовидной железы важное значение имеет определение в крови
 - лейкоцитов, СОЭ
 - гемоглобина, цветового показателя
 - гормонов Т3, Т4, ТТГ
 - инсулина, глюкогона
- При лечении пациента с тиреотоксикозом используют
 - мерказолил, анаприлин
 - антиструмин, тиреотом
 - инсулин, букарбан
 - манинил, диформин
- Жалоба при гипотиреозе
 - раздражительность
 - чувство жара
 - бессоница
 - сонливость

8. Симптомы гипотиреоза
- чувство жара, сердцебиение
 - выпячивание глазных яблок, дрожание тела
 - снижение памяти, запоры
 - повышенный аппетит, похудание
9. При лечении пациента с гипотиреозом используются
- мерказолил, анаприлин
 - инсулин, полиглюкин
 - тиреотом, тиреокомб
 - манинил, бутамид
10. При недостаточном содержании йода в пище развивается
- диффузный токсический зоб
 - ожирение
 - сахарный диабет
 - эндемический зоб
11. Для профилактики эндемического зоба целесообразно йодировать
- сахар, конфеты
 - крупы, молоко
 - растительное масло, маргарин
 - хлеб, поваренную соль

4. Установите соответствие

Заболевание	Препараты
1. Тиреотоксикоз 2. Гипотиреоз	а) мерказолил б) L-тироксин в) анаприлин г) кордиамин д) преднизолон е) седуксен

5. Перечислите степени ожирения:

6. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

12. Причина избыточной массы тела
- занятия физической культурой
 - малоподвижный образ жизни
 - переохлаждение
 - вегетарианство
13. Проблемы пациента при ожирении
- избыточная масса тела, одышка
 - зябкость, запоры
 - жажда, кожный зуд
 - сердцебиение, дрожание

14. Степень ожирения, при которой отмечается превышение массы тела на 40% от должной
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
15. При ожирении медсестра рекомендует пациенту диету
- вариант с пониженным содержанием белка
 - вариант с пониженной калорийностью
 - основной вариант стандартной
 - вариант с повышенным содержанием белка
16. Потенциальная проблема пациента при ожирении
- изжога
 - отрыжка
 - обморок
 - сердечная недостаточность
17. Клинические симптомы ожирения
- гипертензия, одышка
 - изжога, отрыжка
 - желтуха, гепатомегалия
 - отеки, макрогематурия
18. При лечении ожирения медсестра рекомендует пациенту
- голодание
 - прием пищи 1 раз в день
 - прием пищи 2 раза в день
 - разгрузочные дни
19. При проведении разгрузочных дней пациенту с ожирением медсестра рекомендует
- апельсины
 - виноград
 - картофель
 - яблоки
20. При лечении ожирения используются препараты
- антимикробные
 - анорексигенные
 - противовоспалительные
 - цитостатики
21. Отсутствие аппетита называется
- анорексией
 - булимией
 - полифагией
 - полидипсией
22. При обследовании пациента с ожирением приоритетным действием медсестры будет оценка
- массы тела
 - пульса
 - дыхания
 - АД

23. Для профилактики запоров у пациента с ожирением медсестра рекомендует продукты, богатые
- белками
 - витаминами
 - жирами
 - клетчаткой
24. При лечении ожирения используются
- антиструмин, тиреотом
 - мерказолил, анаприлин
 - валериану, пустырник
 - адипозин, фепранон
25. Профилактика ожирения
- закаливание
 - отказ от курения
 - санация очагов хронической инфекции
 - рациональное питание

7. Заполните таблицу типов СД

1 тип – (название) _____	2 тип – (название) _____
Патогенез	Патогенез
Возрастная категория _____	Возрастная категория _____

8. Установите соответствие

Тип СД	Клинические признаки
1. ИЗСД 2. ИНЗСД	а) относительная недостаточность инсулина б) абсолютная недостаточность инсулина в) масса тела чаще повышена г) масса тела чаще в норме или снижена

9. Установите соответствие

Симптом	Характеристика
1. Гипергликемия	а) наличие ацетона в моче
2. Гипогликемия	б) наличие сахара в моче
3. Глюкозурия	в) уровень сахара больше 6,0 ммоль/л
4. Кетонурия	г) уровень сахара меньше 3,5 ммоль/л

10. Установите соответствие

Группы сахароснижающих средств	Название препаратов
1. Препараты сульфонилмочевины (ПСМ).	а) Хумулин
2. Инсулины	б) Актрапид
3. Бигуаниды	в) Манинил
	г) Глюренорм
	д) Метформин
	е) Сиафор

11. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

26. Нормальные показатели глюкозы в крови натощак (ммоль/л)
- а) 1,1-2,2
 - б) 2,2-3,3
 - в) 3,3-5,5
 - г) 6,6-8,8
27. Симптомы сахарного диабета
- а) жажда, кожный зуд
 - б) отёки, боли в пояснице
 - в) сухой кашель, одышка
 - г) снижение памяти, запоры
28. Потенциальная проблема пациента при сахарном диабете
- а) потеря зрения
 - б) остеопороз
 - в) легочное кровотечение
 - г) печеночная кома
29. При лечении сахарного диабета II типа используется
- а) амарил
 - б) инсулин
 - в) хомофан
 - г) хоморан
30. Гликемический и глюкозурический профиль используют для оценки эффективности терапии при
- а) гипотиреозе
 - б) эндемическом зобе
 - в) диффузном токсическом зобе
 - г) сахарном диабете
31. При сахарном диабете в анализе крови отмечается
- а) гиперпротеинемия
 - б) гипопропротеинемия
 - в) гипергликемия
 - г) гипербилирубинемия

32. При сахарном диабете в анализе мочи отмечается
- а) бактериурия*
 - б) глюкозурия*
 - в) фосфатурия*
 - г) пиурия*
33. Высокая относительная плотность мочи при сахарном диабете обусловлена появлением в ней
- а) белка*
 - б) глюкозы*
 - в) билирубина*
 - г) лейкоцитов*
34. Осложнение сахарного диабета
- а) кетоацидотическая кома*
 - б) гипертонический криз*
 - в) отек легких*
 - г) легочное кровотечение*
35. При кетоацидотической коме кожные покровы пациента
- а) влажные*
 - б) гиперемированные*
 - в) желтушные*
 - г) сухие*
36. При кетоацидотической коме у пациента медсестра определяет в выдыхаемом воздухе
- а) запах алкоголя*
 - б) запах аммиака*
 - в) запах ацетона*
 - г) отсутствие запаха*
37. Зависимое сестринское вмешательство при кетоацидотической коме – введение
- а) инсулина, хлорида калия*
 - б) клофелина, пентамина*
 - в) папаверина, дибазола*
 - г) морфина, гепарина*
38. Основные симптомы гипогликемического состояния
- а) боли в области сердца, одышка*
 - б) одышка, сухой кашель*
 - в) отеки, головная боль*
 - г) чувство голода, потливость*
39. При гипогликемической коме кожные покровы пациента
- а) влажные*
 - б) гиперемированные*
 - в) желтушные*
 - г) сухие*
40. При гипогликемической коме у пациента в выдыхаемом воздухе медсестра определяет
- а) запах алкоголя*
 - б) запах аммиака*
 - в) запах ацетона*
 - г) отсутствие запаха*

41. Независимое сестринское вмешательство при гипогликемическом состоянии
- а) введение дибазола*
 - б) введение инсулина*
 - в) напоить сладким чаем*
 - г) напоить отваром шиповника*
42. Зависимое сестринское вмешательство при гипогликемической коме - введение
- а) инсулина*
 - б) глюкозы*
 - в) морфина*
 - г) нитроглицерина*
43. При лечении пациента с сахарным диабетом I типа без сопутствующего ожирения медсестра рекомендует диету
- а) вариант с повышенным содержанием белка*
 - б) вариант с пониженным содержанием белка*
 - в) вариант с пониженной калорийностью*
 - г) основной вариант стандартной*
44. При лечении сахарного диабета I типа используется
- а) букарбан*
 - б) актрапид*
 - в) манинил*
 - г) диформин*
45. Местное осложнение инсулинотерапии
- а) ожирение*
 - б) липодистрофия*
 - в) кетоацидоз*
 - г) снижение иммунитета*

12. Решите клинические задачи в сборнике задач

По мере решения в сборнике подпишите над задачей определенный диагноз или неотложное состояние, а в самой задаче маркером выделите ведущие симптомы (3-4 симптома).

Задачи также используются для индивидуального задания по составлению плана сестринских вмешательств

Эталоны ответов к тестовым вопросам: 1 а, 2 в, 3 в, 4 б, 5 в, 6 а, 7 г, 8 в, 9 в, 10 г, 11 г, 12 б, 13 а, 14 б, 15 б, 16 г, 17 а, 18 г, 19 г, 20 б, 21 а, 22 а, 23 г, 24 г, 25 г, 26 в, 27 а, 28 а, 29 а, 30 г, 31 в, 32 б, 33 б, 34 а, 35 г, 36 в, 37 а, 38 г, 39 а, 40 г, 41 в, 42 б, 43 а, 44 б, 45 б.

Критерии оценки:

0 – 4 ошибки – «5»

5 - 10 ошибок – «4»

11 - 15 ошибок – «3»

16 и более ошибок – «2»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБОУ ПО Пензенский областной медицинский колледж
Кузнецкий филиал

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

для студентов 2 курса

специальность 34.02.01 «Сестринское дело»

**ПМ 04. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ**

**МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов
терапевтического профиля разных возрастных групп**

**Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях
терапевтического профиля**

**Тема 2.7 Сестринский уход при заболеваниях
опорно-двигательного аппарата**



Составитель: Павлова О.В.

преподаватель высшей квалификационной категории

2024 г

Пояснительная записка

Уважаемый студент!

Учебно – методическое пособие для студентов создано для самостоятельной внеаудиторной подготовки по теме «Сестринский уход при заболеваниях опорно-двигательного аппарата», а также может использоваться на практических занятиях по теме.

В пособии отражен и систематизирован теоретический материал по данной теме и включает основные вопросы:

- ✓ Определения заболеваний наиболее часто встречающихся;
- ✓ Этиология, патогенез и клиническая картина заболеваний;
- ✓ Диагностические методы;
- ✓ Особенности лечения;
- ✓ Особенности сестринского ухода;
- ✓ Осложнения и неотложные состояния.

Пособие содержит вопросы промежуточного контроля и раздел «Итоговая самооценка» для определения итогового уровня знаний после работы с пособием, для закрепления и обобщения полученной новой информации.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС и рабочей программой МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля, рекомендуется для преподавателей дисциплины и студентов специальности «Сестринское дело» 2 курса.

Указания по работе

I. Освоение нового материала основывается на базовых знаниях, полученных при изучении ряда дисциплин и МДК на первом и втором годах обучения.

1. ОП.02 «Анатомия и физиология человека»
2. ОП.03 «Основы латинского языка с медицинской терминологией»
3. ОП.04 «Основы патологии»
4. ОП.05 «Основы микробиологии и иммунологии»
5. ОП.06 «Генетика человека с основами медицинской генетики»
6. ОП.07 «Фармакология»
7. ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи МДК.01.01 Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации
8. ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности, находящегося в распоряжении медицинского персонала МДК.02.01 Документирование и контроль в профессиональной деятельности
9. ПМ.03 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни МДК.03.01 Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний МДК.03.02 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению

II. Для более точного осмысления и понимания нового материала, Вам необходимо внимательно ознакомиться с теоретическим материалом.

III. Изучите теоретический материал по теме, отвечая на вопросы самоконтроля. Законспектируйте кратко материал.

IV. Выполните задания в разделе «Итоговая самооценка» для закрепления, систематизации новой информации. После сверьте результаты с эталонами, при низкой оценке вернитесь к теоретическому материалу еще раз.

V. Для более глубокого изучения материала по данной теме воспользуйтесь списком дополнительной литературы, выполните задания для внеаудиторной работы.

Формируемые компетенции

1.1.1. Перечень общих компетенций

ОК 01.	<i>Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам</i>
ОК 02.	<i>Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности</i>
ОК 03.	<i>Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях</i>
ОК 04.	<i>Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде</i>
ОК 05.	<i>Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста</i>
ОК 06.	<i>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</i>
ОК 07.	<i>Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях</i>
ОК 08.	<i>Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности</i>
ОК 09.	<i>Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках</i>

1.1.2. Перечень профессиональных компетенций

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
ВД 4	Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях
ПК 4.1.	<i>Проводить оценку состояния пациента</i>
ПК 4.2.	<i>Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту</i>
ПК 4.3.	<i>Осуществлять уход за пациентом</i>
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

1.1.3. В результате освоения, обучающийся должен:

Иметь практический опыт	<p>проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированием лечащего врача;</p> <p>выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту;</p> <p>осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии;</p> <p>обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;</p> <p>проведения мероприятий медицинской реабилитации</p>
Уметь	<p>проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении;</p> <p>выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>выявлять факторы риска падений, развития пролежней;</p> <p>проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике;</p> <p>осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода;</p> <p>выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни;</p> <p>проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли;</p> <p>выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту:</p> <ul style="list-style-type: none">- оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов;- введение лекарственных препаратов внутривенно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи;

	<p>- катетеризацию периферических вен;</p> <p>- внутривенное введение лекарственных препаратов;</p> <p>проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача;</p> <p>собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача;</p> <p>проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача;</p> <p>обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов;</p> <p>ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;</p> <p>осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;</p> <p>выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни;</p> <p>оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям);</p> <p>проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача;</p> <p>получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения поведения.</p>
Знать	<p>основы теории и практики сестринского дела, методов определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>диагностических критериев факторов риска падений, развития</p>

<p>пролежней и контактного дерматита у пациентов;</p> <p>анатомо-физиологических особенностей и показателей жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правил измерения и интерпретации данных;</p> <p>технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;</p> <p>основ клинической фармакологии, видов лекарственных форм, способов и правил введения лекарственных препаратов, инфузионных сред;</p> <p>правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам;</p> <p>медицинских изделий (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемых для проведения лечебных и (или) диагностических процедур и вмешательств;</p> <p>требований к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента;</p> <p>порядка и правил учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртосодержащих препаратов, инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания;</p> <p>правил ассистирования врачу (фельдшеру) при выполнении лечебных или диагностических процедур;</p> <p>правил транспортной иммобилизации;</p> <p>особенности сестринского ухода с учетом заболевания, возрастных, культурных и этнических особенностей пациента;</p> <p>современных технологий медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;</p> <p>особенности и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;</p> <p>порядка оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента;</p> <p>процесса и стадий умирания человека, клинических признаков, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенности сестринского ухода;</p> <p>признаков биологической смерти человека и процедур, связанных с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке;</p> <p>психологии общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам</p>
--

(законным представителям);

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

физических и психологических особенностей пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

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

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

показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

правил оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Литература

3.2.1. Основные печатные издания

1. Лычев В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 552 с
2. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела: практикум : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования / Т. П. Обуховец ; под ред. Б.В. Кабарухина. – 3-е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2020. – 688 с.
3. Смолева, Э. В. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учебное пособие / Э. В. Смолева. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. — 475 с. — ISBN 978-5-222-35201-4;

3.2.2. Основные электронные издания

1. Антропова О. В. Теория и практика сестринского дела. Курс лекций : учебное пособие для СПО / О. В. Антропова. — 2-е стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 84 с. — ISBN 978-5-8114-8670-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/179153> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Двойников, С. И. Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников : учеб. пособие / под ред. С. И. Двойникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4094-0. - Текст : электронный // URL : <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440940.html> (дата обращения: 11.01.2022). - Режим доступа : по подписке
3. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С.А. Тарновская И.И. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2019, 2020. – 368 с. Доступ из ЭБС «Конс. студ.»
4. Повх Л. А. Сестринский уход в терапии. Сборник задач : учебное пособие / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2020. — 116 с. — ISBN 978-5-8114-5660-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/143711> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3.2.3. Дополнительные источники

1. ГОСТ Р 52623.1–2008 Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования. – Введ. 01.09.2009 – Москва: Стандартинформ, 2009. – 35 с.
2. ГОСТ Р 52623.3 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 220 с.
3. ГОСТ Р 52623.4 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 88 с.

В период дистанционного обучения в открытом доступе представлен электронный дидактический материал (методические рекомендации, учебные пособия, рабочие тетради по ПМ 04.МДК 04.02) на сайте Кузнецкого филиала ГБОУ ПО «ПОМК» <http://kuzmedcoll.narod.ru> в разделе: «Дистанционное обучение».

Электронный адрес ведущего преподавателя:

pavlovaolga.72@mail.ru

Теоретический материал

МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп

Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля Тема 2.7 Сестринский уход при заболеваниях опорно-двигательного аппарата

Опорно-двигательный аппарат состоит из костей скелета, их соединений и мышц.

Функции опорно-двигательного аппарата:

- **опорная:** является опорой всего тела; к костям прикрепляются мягкие ткани и органы;
- **двигательная:** система рычагов с подвижными соединениями, приводимых в движение мышцами;
- **защитная:** образует полости для жизненно важных органов — позвоночный канал для спинного мозга; черепная коробка — для головного мозга; грудная полость — для сердца и легких; тазовые кости — для защиты органов мочеполовой системы;
- **минеральный обмен:** кости являются депо для минеральных солей: фосфора, кальция, железа, меди; регулируют постоянство минерального состава внутренней среды организма;
- **кровотворная (гемопоэтическая функция):** из стволовых гемопоэтических клеток костного мозга образуются клетки крови и иммунной системы.



Костно-мышечная система является опорно-двигательным аппаратом человека, обеспечивающим его деятельность путем функционирования суставов. Суставом называется замкнутое пространство, образованное суставными поверхностями костей и суставной капсулой. Суставные поверхности костей покрыты хрящом. Функции суставов: двигательная, опорная.



Выделяют три типа суставов: 1) синартрозы — неподвижные суставы (соединения костей черепа, остистых отростков позвонков, реберно-грудинные); 2) симфизы — полуподвижные суставы (лонный); 3) диартрозы — подвижные, истинные суставы (коленные, позвоночник), выстеленные внутри синовиальной оболочкой, выделяющие в полость сустава суставную жидкость (транссудат плазмы). Суставная (синовиальная) жидкость обеспечивает трущимся поверхностям костей свободное перемещение друг относительно друга. Внутри истинного сустава имеется хрящевая суставная пластинка (мениск), играющая роль амортизатора при физической нагрузке.

Заболевания опорно-двигательного аппарата.

Основными проблемами пациента при заболеваниях опорно-двигательного аппарата являются: боль в суставах при движении, утренняя скованность (ограничение движений в суставах из-за болей и мышечной слабости), деформация и девиация суставов, мышечная слабость, атрофия мышц суставов.

Наличие тех или иных симптомов зависит от патологического процесса, т.е. от развития того или иного заболевания.

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно периферических (синовиальных) суставов по типу симметричного эрозивно-деструктивного полиартрита. Центральное место занимает экссудативное воспаление синовиальной оболочки суставов - синовит.

В результате синовита характерна веретенообразная припухлость суставов. Предполагается, что в основе заболевания лежит изменение иммунного реагирования на собственную соединительную ткань. В организме больных появляется особый белок (ревматоидный фактор), который соединяется с другими белками в виде иммунных комплексов и откладывается в суставах, в стенке сосудов многих внутренних органов, вызывая их повреждение. Причины развития болезни не ясны. В числе возможных этиологических факторов рассматриваются: персистенция вирусов Эпштейна — Барра, ретровирусов, вирусов краснухи, герпеса, парвовируса, цитомегаловируса, генетический фактор (повышенная частота болезни у родственников 1-й степени родства).

Предрасполагающими факторами являются: холод, влажный климат, инфекция, ангины, ОРВИ, хронический тонзиллит, вредные привычки, частые переохлаждения.

Клиника ревматоидного артрита зависит от: *формы* заболевания (суставная, висцеральная, комбинированная), *течения* болезни (медленно прогрессирующее, быстро прогрессирующее); *фазы* воспалительного процесса (обострение, ремиссия), *степень функциональной недостаточности* (0 — отсутствует, I — профессиональная трудоспособность ограничена, II — профессиональная способность утрачена, III — утрата способности к самообслуживанию).



Заболевание обычно начинается постепенно с поражения мелких суставов кистей, пястно-фаланговых и лучезапястных суставов. Для заболевания характерно симметричное поражение суставов, однако возможно поражение только одного или двух суставов. Никогда не поражаются дистальные суставы первых пальцев кистей и стоп, они являются суставами исключения.

Для периода развернутых клинических проявлений РА характерен рецидивирующий прогрессирующий симметричный эрозивно-деструктивный артрит с утренней скованностью, припуханием, болями в суставах и их деформацией, ограничением объема движений, в процесс вовлекаются околосуставные ткани (связки, капсулы суставных сумок, сухожилия); характерна стероидная миопатия — уменьшение массы и силы межкостных мышц на тыле кисти.

Часто формируются стойкие деформации кистей и стоп (подвывихи головок плюсневых костей), анкилозы суставов запястья формируют «костный блок». Характерна сгибательная контрактура коленного сустава. Контрактуры других суставов (тазобедренных, челюстно-височных, грудино-ключичных сочленений) развиваются редко.

На какие еще органы и системы влияет РА?



Особенности ухода и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: выполнение назначенных врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов и контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и величины точного диуреза; подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям. Также она проводит: беседы о роли двигательного режима и диеты в лечении ревматоидного артрита, о положительном влиянии лекарственных препаратов.

При РА режим назначается свободный, показана максимальная двигательная активность. Только в исключительных случаях при выраженном болевом синдроме, на короткий период времени назначается полупостельный режим. В любом случае нужно обеспечить безопасность пациента от травм при его передвижении (объяснить нахождение туалета, обеспечить освещение в ночное время, сопровождение и транспортировку на исследования и др.). Назначается основной вариант стандартной диеты (ОВД). При поражении внутренних органов рекомендуется ограничение жидкости до 1000 мл в сутки (под контролем диуреза) и соли (до 5 г в сутки).

Лекарственная терапия РА направлена на предупреждение развития костных эрозий, улучшения функциональных возможностей больного и улучшение качества жизни. К сожалению, полное излечение возможно лишь у 20 % больных, в основном лечение способствует замедлению прогрессирования болезни. Также трудно предвидеть, какой препарат будет для больного наиболее эффективным и безопасным.

Основными средствами для лечения РА являются воспалительные, цитостатические препараты и иммуномодуляторы. Препараты применяются внутрь, а также в виде инъекций в пораженные суставы.

Медикаментозная терапия проводится строго по назначению врача (дозы, методы введения препаратов и сроки лечения индивидуальны).

Базисные препараты обладают различной степенью токсичности — слаботоксичные (хинолиновые производные, сульфасалазин, салазопиридазин, ауранофин); умеренно токсичные (соли золота, Д-пеницилламин; антиметаболиты — метотрексат; азатиоприн, циклоспорин А); сильно токсичные (циклофосфан, хлорбутин). Наиболее частые и выраженные побочные эффекты этих препаратов: кожные поражения, аллергические реакции, тошнота, боли в животе, редко гепатит; изменения крови. Применение иммунодепрессантов способствует присоединению инфекции (необходим контроль показателей крови, в первую очередь содержания лейкоцитов). Группа хинолиновых препаратов способствует нарушению зрения (необходимо наблюдение окулиста); препараты золота вызывают повреждение почек (появление белка в моче).

Противовоспалительные препараты (НПВС, глюкокортикостероиды) являются симптоматическими средствами при РА, они быстро купируют признаки воспаления, но не приводят к ремиссии заболевания.

Физиотерапия включает: применение УФО, сероводородных, радоновых ванн, ультразвука, УВЧ, грязевых аппликаций, парафина, озокерита, фонофореза с гидрокортизоном; сухого тепла, холода и проводится как дополнительное лечение после уменьшения местных воспалительных явлений.

ЛФК и массаж проводятся на всех этапах лечения РА в дополнение базисной терапии.

В лечении больных РА используются и другие методы: введение интерферонов, иммуноглобулинов, ионизирующее излучение, а также хирургическое лечение. Показаниями к хирургическому лечению являются сдавление нерва, разрыв сухожилия, тяжелые деформации и анкилозы.

Остеоартроз (деформирующий остеоартроз) — дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов и позвоночника. Встречается в основном у лиц старшего возраста. Женщины заболевают в 2 раза чаще мужчин. В семьях с отягощенным анамнезом заболеваемость остеоартрозом в 2 раза выше, чем в популяции. Вследствие наследственной предрасположенности, физической перегрузки, повреждения, обменного или эндокринного дисбаланса возникают нарушения обмена в суставном хряще, что приводит к избыточной гидратации, нарушению эластичности, упругости и разрыву эластических волокон. Освобождающиеся протеогликаны, продукты распада хондроцитов и коллагена обуславливают воспаление пораженного хряща, его дегенерацию.

Стадии остеоартроза

(дегенеративно-дистрофического заболевания суставов)



Клиника остеоартроза. Основными клиническими формами болезни являются поражения поясничного отдела позвоночника, коксартроз, гонартроз и артроз дистальных межфаланговых суставов кистей в форме Бушара и Гебердена. Пациентов беспокоит боль в пораженных суставах, возникающая при движении после состояния покоя, после механической нагрузки. Пациенты отмечают крепитацию и «хруст» в суставах, на которые падает наибольшая нагрузка, иногда может быть незначительная кратковременная утренняя скованность. Интенсивность болевого синдрома нарастает к концу дня или в первой половине ночи, утром больной чувствует значительное облегчение. Боль в крупных суставах или позвоночнике обусловлена не только повреждениями суставных поверхностей хряща, но и мышечными контрактурами, спазмом мышечных групп, прилежащих к суставу, вследствие раздражения их остеофитами (костными разрастаниями), сдавлением нервных стволов выпячиваниями межпозвоночных хрящевых дисков («грыжа Шморля»). При осмотре кистей выявляется деформация пораженных суставов за счет костных разрастаний, включая узелки Гебердена и Бушара в области межфаланговых суставов.

Особенности ухода и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: выполнение назначенных врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов и контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и величины точного диуреза; подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям. Также она проводит: беседы о роли двигательного режима и диеты в лечении остеоартроза, о положительном влиянии лекарственных препаратов.

При остеоартрозе в фазе обострения необходимо значительно уменьшить нагрузку на пораженные суставы. Назначается полупостельный режим, полноценное сбалансированное питание (ОВД) с увеличением потребления молока и молочных продуктов, овощей, фруктов и ограничением мяса. При наличии повышенной массы тела назначается низкокалорийная диета (НКД), для устранения излишней нагрузки на суставы. Два раза в неделю проводятся разгрузочные дни (овощные, фруктовые) и короткие курсы (2—3 дня) разгрузочно-диетической терапии (лечебное голодание).

В лечении остеоартроза большая роль отводится медикаментозной терапии. Назначаются следующие группы лекарственных препаратов: хондропротективные вещества (румалон, артепарон, артрон); противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен, вольтарен и др.), кортикостероиды (гидрокортизон, кеналог). Используется внутрисуставное введение антиферментных препаратов (трасилол, контрикал, гордокс), которые оказывают выраженное противовоспалительное действие. Также широко применяется физиотерапия

(озокеритовые, грязевые, парафиновые аппликации, магнитотерапия, электрофорез, лазерное лечение, фонофорез, мазевые растирания, компрессы), ЛФК. В тяжелых случаях проводится эндопротезирование тазобедренного сустава, оперативное лечение поражений позвоночника.

Диагностика при заболеваниях опорно-двигательной системы.

Чтобы назначить правильное лечение позвоночника и суставов, надо определить причины боли. Точно определить ее с помощью визуального осмотра нельзя, нужна диагностика.

Используют два метода:

- лабораторная диагностика — общий и биохимический анализ крови, мочи, изучение синовиальной жидкости.
- инструментальная диагностика — обследование с помощью различного оборудования (МРТ или рентген коленного сустава, УЗИ и т. д.), которые позволяют детально изучить состояние поврежденного органа;

Оба метода дополняют друг друга, поэтому их нельзя разделять. Увидеть четкую картину можно, лишь имея на руках данные анализов крови, снимок рентгена, КТ или МРТ.

Лабораторная диагностика

Для того, чтобы понять, как проверить суставы всего тела, нужно сдать кровь. Прежде всего, надо сделать общий расширенный анализ крови. Например, отклонение от нормы лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов указывает на воспаление. Значит, есть смысл заподозрить артрит. В этом случае врач назначает анализы крови на С-реактивный белок.

При подозрении на подагрический артрит надо сдать креатин, мочевины, антитела к человеческому гамма-глобулину.

Также понадобится общий анализ мочи с микроскопией осадка, определение мочевой кислоты.

Для выявления инфекционного артрита нужен анализ синовиальной жидкости на хламидии, гонококк.

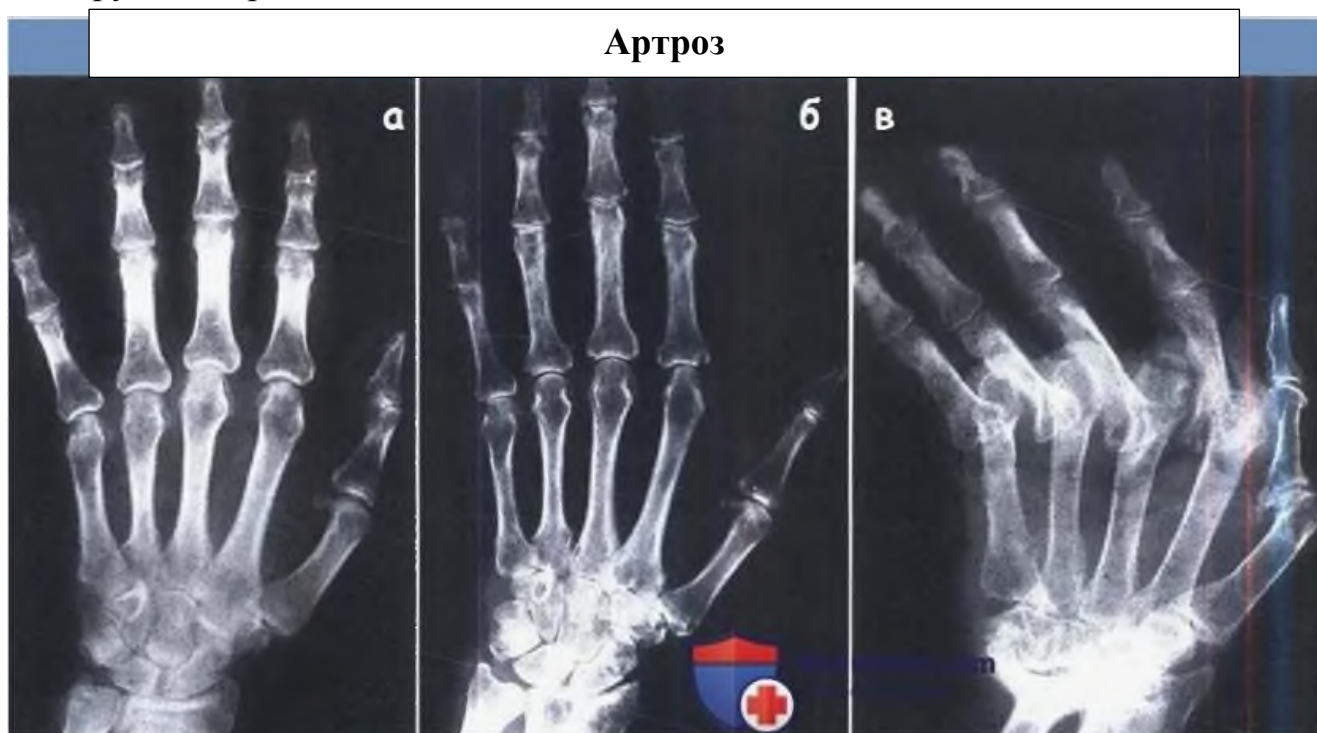
Инструментальная диагностика

При болезни суставов информативными методами являются рентгенография, КТ, рентгеноскопия, которые показывают состояние твердой ткани. МРТ и УЗИ назначают, чтобы определить повреждение мышц, нервов, кровеносных сосудов.

Рентгенография

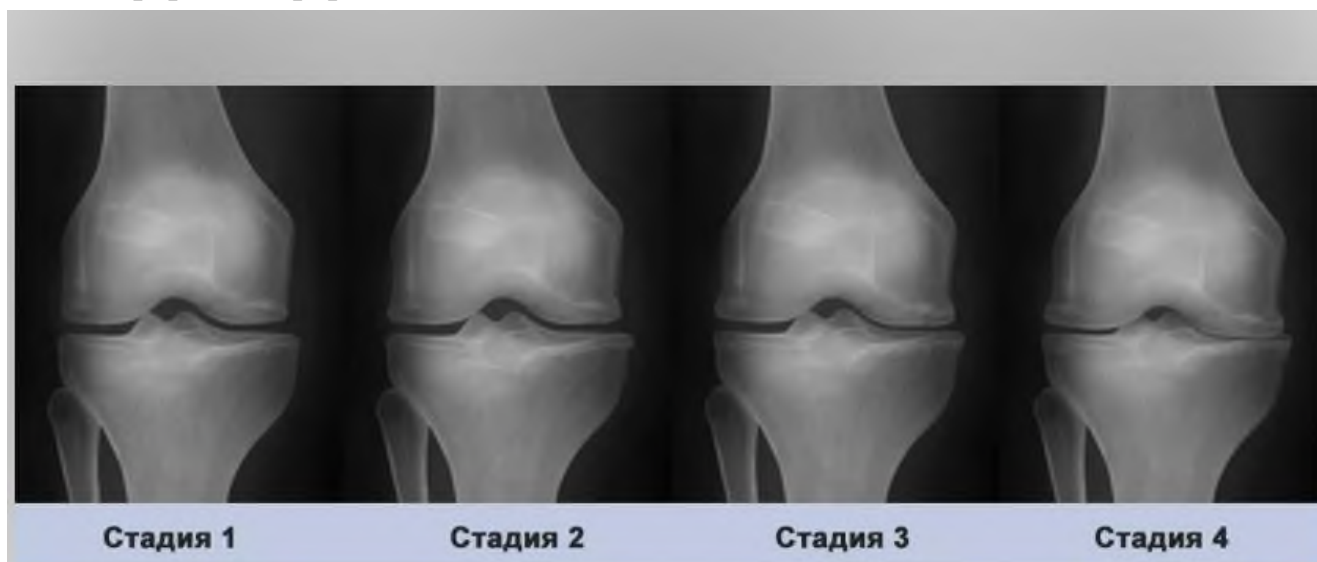
Рентгенография — это недорогая процедура, которая позволяет получить двухмерный снимок внутренних органов. Кальций, который содержат кости, поглощает лучи сильнее других органов. В области, где они находятся, на снимок попадает мало лучей, из-за чего кости четко просматриваются в виде белых

структур. Мягкие ткани, жир, жидкости плохо поглощают лучи, поэтому на снимке они серого цвета. Воздух лучи не поглощают, поэтому полости, которые им заполнены, темные. Снимок отражает, видно ли на рентгене разрыв связок, или другие повреждения.



Снимок помогает определить такие патологии:

- повреждение суставов и связок — трещины, перелом, вывих, подвывих, растяжение;
- дегенеративные изменения костей и сочленений;
- разрыв мениска коленного сустава;
- остеомиелит — гнойно-некротические процессы в костях;
- остеоартроз (артроз) — дистрофическая болезнь суставов, связанная с медленным разрушением внутрисуставного хряща;
- гонартроз — артроз колена;



- хондроматоз — появление хрящевых узлов в суставной сумке;
- бурсит — воспаление синовиальной жидкости;
- периартрит — воспаление мягких тканей возле крупных сочленений (тазобедренного, коленного, плечевого).

Компьютерная томография



Метод обладает более высокой разрешающей способностью, чем рентгенография, поэтому может похвастаться лучшей диагностической чувствительностью. Его минус — более высокое облучение, но его все равно недостаточно, чтобы навредить человеку.

Снимок позволит послойно изучить:

- костную структуру сочленений — дает возможность найти костные разрастания, эрозии;
- соотношение суставных концов — позволяет определить вывих, подвывих, перелом;
- жидкость в суставной сумке — ее избыток свидетельствует о воспалении, инородном теле в суставе.

КТ помогает определить воспаление внутри сустава, остеоартроз, увидеть опухоли костей и сочленений на более ранних стадиях, чем рентген. Если при диагностике используется контрастное вещество, КТ выявляет патологические изменения в сосудах, которые могли спровоцировать боль в суставах.

Рентгеноскопия

Рентгеноскопия — это наблюдение за работой скелета с помощью рентгеновских лучей, когда изображение выводится на монитор в режиме онлайн. Метод позволяет врачу оценить амплитуду смещаемости костей и суставов, локализацию патологических изменений, растяжимость связок и сухожилий.

МРТ. Магнитно-резонансная томография — это метод обследования суставов, который позволит определить их состояние с помощью электромагнитных волн.





На радиоволны реагируют атомы водорода, резонируют и выдают сигналы, характер которых напрямую зависит от болезни. Эти знаки фиксирует прибор, расшифровывает их и строит трехмерное изображение на компьютере.

МРТ выявляет:

- травмы, повреждение сухожилий (в т.ч. ахиллова), мышц;
- воспаление синовиальной жидкости, мягких тканей вокруг суставов;
- злокачественную или доброкачественную опухоль возле и в сочленении;
- состояние связок лучезапястного, локтевого, коленного, голеностопного суставов;
- избыток жидкости в синовиальной сумке из-за воспаления;
- хондроматоз — патологические хрящи в сочленении;
- артрит.

МРТ видит все проблемы, но лучше всего определяет состояние мягких тканей — нервов, мышц, связок. Прибор хорошо видит межпозвоночные диски, хрящи, структуры спинного мозга, позвоночника и суставов. МРТ показывает разрыв/отрыв/надрыв тканей, повреждение мениска, воспаление суставной поверхности, кисты или опухоль в суставной сумке. Также МРТ выявляет инфекционные повреждения мягких тканей, абсцессы, нагноения.

УЗИ суставов

УЗИ — это метод, когда организм человека обследуется с помощью ультразвуковых волн. На кожу пациента помещается датчик, который отправляет в тело ультразвук. Сигнал отражается от органов и отправляется назад. Датчик ловит его, передает на компьютер, где сигнал преобразуется в картинку, и врач определяет, что показывает УЗИ суставов.



Ультразвук помогает оценить мутность (воспаление) суставной жидкости, определить ее объем. Он находит опухоли, разрывы, надрывы, ушибы мышц, сухожилий, менисков. Исследование позволяет определить плотности костной ткани (ультразвуковая денситометрия), выявить остеопороз на начальной стадии.

Обучение.

1. Соблюдать режим двигательной активности. В фазе обострения — относительный покой пораженных суставов, статистические изометрические упражнения в положении лежа и сидя; кинезотерапия (активные движения) в здоровых суставах.

2. При затухании обострения — изометрические упражнения, кинезотерапия, гидрокинезотерапия в бассейне при температуре 30-35 °С.

3. В стадии ремиссии — кинезотерапия, гидрокинезотерапия, пассивные движения с сопротивлением или грузом.

4. Переохлаждение, перегревание, чрезмерная инсоляция противопоказаны.

5. Питание обычное, кроме случаев медикаментозного гастрита, гастродуоденальных язв. В таких случаях назначается щадящая диета. При приеме глюкокортикостероидов — ограничение углеводов, жиров, соли, достаточное количество белков и витаминов, солей калия (абрикосы, курага, персики, печеная картошка). Весьма полезен чеснок и изготовленные из него препараты.

Профилактика.

Первичная: здоровый образ жизни, исключение вредных привычек, санация очагов хронической инфекции.

Вторичная: организация планомерного ведения больных с ревматоидным артритом, диспансерное наблюдение больных, поддерживающая терапия основного заболевания. При длительной активной фазе заболевания необходима консультация специалиста, неэффективность разработанной схемы лечения в течение 4—6 мес. требует ее изменения. Медсестра также разъясняет больному, что, несмотря на перечень осложнений в аннотациях, при применении небольших доз лекарств осложнений немного.

Лечение и уход при заболеваниях опорно-двигательной системы.

В лечении различают этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины), патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания) и симптоматическое (только устраняет симптомы заболевания на короткое время).

Этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины):

1. Антибактериальные препараты: антибиотики различных групп с учетом чувствительности возбудителя;

2. Хинолиновые производные обладают иммунодепрессивным и неспецифическим противовоспалительным. действием;

3. Иммунодепрессанты (способствуют снижению иммунного ответа организма (необходим контроль показателей крови, в первую очередь содержания лейкоцитов)).

Патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания):

1. Противовоспалительные препараты (НПВС и СПВ, ГКС);

2. Хондропротекторы (предназначены для предупреждения дегенеративных изменений в хрящевых структурах);

3. Антиферментные препараты (внутрисуставное введение которых оказывает выраженное противовоспалительное действие)

4. Антигистаминные (при наличии аллергического компонента).

Симптоматическое (устранение симптомов и облегчение состояния)

1. Жаропонижающие (при высокой температуре);

2. Обезболивающие (НПВС и анальгетики);

3. Витаминотерапия (повышение защитных сил организма);

4. Пробиотики (устраняют осложнения от лечения антибиотиков, восстанавливая кишечную микрофлору);

5. Препараты калия (способствуют восполнять потребность в электролитах, восстанавливают нормальный баланс)

6. Препараты кальция (укрепление костной ткани)

Для каждого заболевания и пациента индивидуальный подход в лечении, но основа всегда заключается в понимании этиологии, патогенеза, клинической картины и возможного развития осложнений.

Для составления плана сестринских вмешательств используйте методическое пособие «**Методы исследования при заболеваниях терапевтического профиля в сестринской практике**».

Пример плана сестринских вмешательств

Цель: устранить утреннюю скованность и боли в суставах, нормализовать температуру

Сестринские вмешательства

План	Мотивация
Обеспечить лечебно-охранительный режим (в соответствии с состоянием: постельный, полупостельный и т.д) с исключением переохлаждений.	Для эффективного лечения и профилактики осложнений.
Соблюдать режим двигательной активности. В фазе обострения — относительный покой пораженных суставов,	Профилактика снижения двигательной активности и

<p>статистические изометрические упражнения в положении лежа и сидя; кинезотерапия (активные движения) в здоровых суставах. При затухании обострения — изометрические упражнения, кинезотерапия, гидрокинезотерапия в бассейне при температуре 30-35 °С. В стадии ремиссии — кинезотерапия, гидрокинезотерапия, пассивные движения с сопротивлением или грузом. Переохлаждение, перегревание, чрезмерная инсоляция противопоказаны.</p>	<p>формирования костных блоков.</p>
<p>2. Организация лечебного питания (в зависимости от заболевания (ОВД, НКД).</p> <ul style="list-style-type: none"> - с достаточным потреблением жидкости до 2-2,5 литров, - витаминизированное (чай лимоном – вит С и т.д); - в случае медикаментозного гастрита, гастродуоденальных язв. назначается щадящая диета. <p>При приеме глюкокортикостероидов — ограничение углеводов, жиров, соли, достаточное количество белков и витаминов, солей калия (абрикосы, курага, персики, печеная картошка). Весьма полезен чеснок и изготовленные из него препараты. Продукты богатые кальцием (молоко, сыр, йогурт), твердых сырах, листовых зеленых овощах (шпинат, брокколи, капуста), рыбе (сардины, лосось, скумбрия) и орехах (миндаль, фундук, кешью). Введение в рацион железных блюд (желе фруктовые, заливное, холодец)</p>	<p>Для эффективного лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> дезинтоксикация; для повышения защитных сил организма; профилактика осложнений со стороны ЖКТ профилактика ожирения и гипертонии профилактика ССЗ, восполнение утраты калия богат селеном (для увлажнения сустава) укрепление костной ткани строительный материал для хряща
<p>3. Организация диагностических методов с выпиской направлений: ОАК утром натощак из пальца (в клиническую лабораторию); БАК утром натощак из вены (в биохимическую лабораторию) КТ сустава (в рентген кабинет)</p>	<p>Для качественной и своевременной диагностики</p>

4. Организация ухода (в зависимости от проблем пациента):

- Обеспечить удобное положение в постели (положить подушки и валики под пораженные суставы), физический и психический покой

- Постановка компресса на сустав:



с «Димексидом». Перед проведением лечебных процедур из концентрата разводят водный раствор необходимой концентрации для компрессов. Для приготовления смеси используется дистиллированная вода (1:1). Время компресса не более 15 минут.

Для ограничения подвижности сустава и уменьшения боли

Для уменьшения болей

местное противовоспалительное действие

5. Проводить обучение пациента:

- прием базисных препаратов и противовоспалительных средств по назначению врача (обязательно после еды);

- комплекс ЛФК



Для уменьшения воспалительных явлений и уменьшения боли в суставах (для профилактики заболеваний ЖКТ)

Для сохранения подвижности суставов


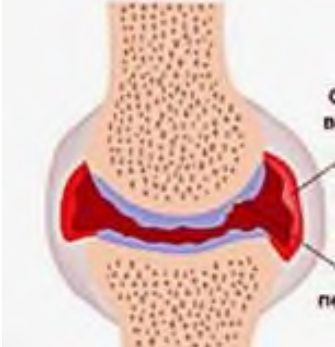
7. Обеспечить прием обезболивающих средств по назначению врача	Для купирования болевого синдрома
8. Следить за цветом кожных покровов (суставов), температурой, пульсом, ЧДД, АД	Для контроля состояния и своевременной диагностики развития осложнений
9. Своевременно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного	Для предупреждения осложнений
10. Соблюдать этические деонтологические правила при общении с пациентом и его родственниками	Для психоэмоциональной разгрузки больного и родственников

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите заболевания, относящиеся к патологии опорно-двигательного аппарата.
2. Дать определение понятию «артрит» с указанием этиологии и патогенеза.
3. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
4. Дать определение понятию «остеоартроз» с указанием этиологии и патогенеза.
5. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
6. Перечислить лабораторные методы исследования используемые для диагностики заболеваний опорно-двигательного аппарата.
7. Перечислить инструментальные методы исследования используемые для диагностики заболеваний опорно-двигательного аппарата.
8. Перечислить препараты для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, соблюдая принципы лечения (этиотропное, патогенетическое и симптоматическое).

Итоговая самооценка

1. Заполните таблицу, согласно зарисовки патогенеза заболеваний опорно-двигательного аппарата.

название		
патогенез		
проблемы настоящие		
проблемы приоритетные		
проблемы потенциальные		

2. Установите соответствие

Стадия заболевания суставов	Функциональная недостаточность
1. I стадия 2. II стадия 3. III стадия	а) профес. трудоспособность утрачена б) утрачена способность к самообслуживанию в) профессиональная трудоспособность сохранена

3. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

1. При ревматоидном артрите преимущественно поражаются суставы
 - а) коленные
 - б) локтевые
 - в) тазобедренные
 - г) пястнофаланговые
2. Типичный симптом ревматоидного артрита
 - а) слабость
 - б) одышка
 - в) утренняя скованность суставов
 - г) боли в животе
3. Потенциальная проблема пациента при ревматоидном артрите
 - а) желтуха
 - б) запор
 - в) влажный кашель
 - г) деформация суставов
4. При лечении ревматоидного артрита обычно используются
 - а) антибиотики
 - б) диуретики
 - в) гипотензивные
 - г) нестероидные противовоспалительные препараты
5. Основное побочное действие НПВП
 - а) повреждение слизистой оболочки ЖКТ
 - б) нарушение зрения
 - в) повышение АД
 - г) токсичность
6. Независимое сестринское вмешательство при болях в суставах
 - а) придать удобное положение в постели
 - б) ввести обезболивающее
 - в) ввести противовоспалительные средства
 - г) провести тепловые процедуры
7. Деформирующий остеоартроз относится к группе заболеваний
 - а) инфекционных
 - б) воспалительных
 - в) обменно-дистрофических
 - г) аутоиммунных
8. При деформирующем остеоартрозе отмечается
 - а) усиление болей к вечеру
 - б) уменьшение болей при нагрузке
 - в) утренняя скованность
 - г) боль в крестце
9. Деформирующим остеоартрозом чаще болеют
 - а) дети
 - б) подростки
 - в) женщины старше 40 лет
 - г) мужчины младше 40 лет

4. Установите соответствие

Название препарата	Группа препарата
Метотрексат	ГКС
Диклофенак	Антиферментные
Преднизолон	Хондропротекторы
Румалон	Антиметаболиты
Гордокс	Антибиотики
Пенициллин	НПВС
Метипред	Иммунодепрессанты

5. Установите соответствие

Название метода диагностики	Диагностические показатели
Ультразвуковая денситометрия	Состояние мягких тканей
Биохимический анализ крови	Смещаемость костей и суставов
Рентгеноскопия	Плотность костной ткани
МРТ	СРБ, фибриноген

6. Решите клинические задачи в сборнике задач

По мере решения в сборнике подпишите над задачей определенный диагноз или неотложное состояние, а в самой задаче маркером выделите ведущие симптомы (3-4 симптома).

Задачи также используются для индивидуального задания по составлению плана сестринских вмешательств.

Эталоны ответов к тестовым вопросам: 1 г, 2 в, 3 г, 4 г, 5 а, 6 а, 7 в, 8 а, 9 в.

Критерии оценки:

0 – 1 ошибок – «5»

2 - ошибки – «4»

3 - ошибки – «3»

4 и более ошибок – «2»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБОУ ПО Пензенский областной медицинский колледж
Кузнецкий филиал

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

для студентов 2 курса

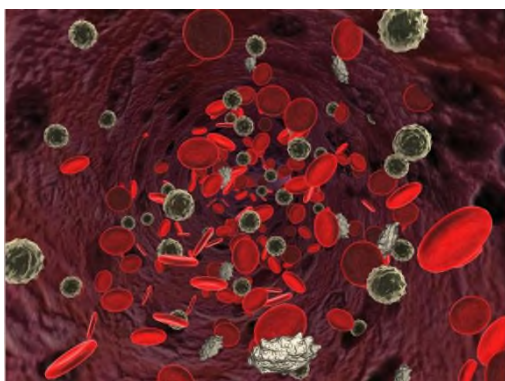
специальность 34.02.01 «Сестринское дело»

**ПМ 04. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ**

**МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов
терапевтического профиля разных возрастных групп**

**Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях
терапевтического профиля**

**Тема 2.8 Сестринский уход при заболеваниях крови
и органов кроветворения**



Составитель: Павлова О.В.

преподаватель высшей

квалификационной категории

Пояснительная записка

Уважаемый студент!

Учебно – методическое пособие для студентов создано для самостоятельной внеаудиторной подготовки по теме «Сестринский уход при заболеваниях крови и органов кроветворения», а также может использоваться на практических занятиях по теме.

В пособии отражен и систематизирован теоретический материал по данной теме и включает основные вопросы:

- ✓ Определения заболеваний наиболее часто встречающихся;
- ✓ Этиология, патогенез и клиническая картина заболеваний;
- ✓ Диагностические методы;
- ✓ Особенности лечения;
- ✓ Особенности сестринского ухода;
- ✓ Осложнения и неотложные состояния.

Пособие содержит вопросы промежуточного контроля и раздел «Итоговая самооценка» для определения итогового уровня знаний после работы с пособием, для закрепления и обобщения полученной новой информации.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС и рабочей программой МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля, рекомендуется для преподавателей дисциплины и студентов специальности «Сестринское дело» 2 курса.

Указания по работе

I. Освоение нового материала основывается на базовых знаниях, полученных при изучении ряда дисциплин и МДК на первом и втором годах обучения.

1. ОП.02 «Анатомия и физиология человека»
2. ОП.03 «Основы латинского языка с медицинской терминологией»
3. ОП.04 «Основы патологии»
4. ОП.05 «Основы микробиологии и иммунологии»
5. ОП.06 «Генетика человека с основами медицинской генетики»
6. ОП.07 «Фармакология»
7. ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи МДК.01.01 Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации
8. ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности, находящегося в распоряжении медицинского персонала МДК.02.01 Документирование и контроль в профессиональной деятельности
9. ПМ.03 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни МДК.03.01 Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний МДК.03.02 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению

II. Для более точного осмысления и понимания нового материала, Вам необходимо внимательно ознакомиться с теоретическим материалом.

III. Изучите теоретический материал по теме, отвечая на вопросы самоконтроля. Законспектируйте кратко материал.

IV. Выполните задания в разделе «Итоговая самооценка» для закрепления, систематизации новой информации. После сверьте результаты с эталонами, при низкой оценке вернитесь к теоретическому материалу еще раз.

V. Для более глубокого изучения материала по данной теме воспользуйтесь списком дополнительной литературы, выполните задания для внеаудиторной работы.

Формируемые компетенции

1.1.1. Перечень общих компетенций

ОК 01.	<i>Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам</i>
ОК 02.	<i>Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности</i>
ОК 03.	<i>Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях</i>
ОК 04.	<i>Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде</i>
ОК 05.	<i>Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста</i>
ОК 06.	<i>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</i>
ОК 07.	<i>Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях</i>
ОК 08.	<i>Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности</i>
ОК 09.	<i>Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках</i>

1.1.2. Перечень профессиональных компетенций

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
ВД 4	Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях
ПК 4.1.	<i>Проводить оценку состояния пациента</i>
ПК 4.2.	<i>Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту</i>
ПК 4.3.	<i>Осуществлять уход за пациентом</i>
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

1.1.3. В результате освоения, обучающийся должен:

Иметь практический опыт	<p>проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированием лечащего врача;</p> <p>выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту;</p> <p>осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии;</p> <p>обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;</p> <p>проведения мероприятий медицинской реабилитации</p>
Уметь	<p>проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении;</p> <p>выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>выявлять факторы риска падений, развития пролежней;</p> <p>проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике;</p> <p>осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода;</p> <p>выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни;</p> <p>проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли;</p> <p>выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту:</p> <ul style="list-style-type: none">- оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов;- введение лекарственных препаратов внутривенно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи;

	<p>- катетеризацию периферических вен;</p> <p>- внутривенное введение лекарственных препаратов;</p> <p>проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача;</p> <p>собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача;</p> <p>проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача;</p> <p>обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов;</p> <p>ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;</p> <p>осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;</p> <p>выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни;</p> <p>оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям);</p> <p>проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача;</p> <p>получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения поведения.</p>
Знать	<p>основы теории и практики сестринского дела, методов определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>диагностических критериев факторов риска падений, развития</p>

пролежней и контактного дерматита у пациентов;

анатомо-физиологических особенностей и показателей жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правил измерения и интерпретации данных;

технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;

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

правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам;

медицинских изделий (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемых для проведения лечебных и (или) диагностических процедур и вмешательств;

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

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

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

правил транспортной иммобилизации;

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

современных технологий медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;

особенности и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;

порядка оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента;

процесса и стадий умирания человека, клинических признаков, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенности сестринского ухода;

признаков биологической смерти человека и процедур, связанных с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке;

психологии общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам

(законным представителям);

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

физических и психологических особенностей пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

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

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

показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

правил оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Литература

3.2.1. Основные печатные издания

1. Лычев В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 552 с
2. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела: практикум : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования / Т. П. Обуховец ; под ред. Б.В. Кабарухина. – 3- е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2020. – 688 с.
3. Смолева, Э. В. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие / Э. В. Смолева. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. — 475 с. — ISBN 978-5-222-35201-4;

3.2.2. Основные электронные издания

1. Антропова О. В. Теория и практика сестринского дела. Курс лекций : учебное пособие для спо / О. В. Антропова. — 2-е стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 84 с. — ISBN 978-5-8114-8670-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/179153> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Двойников, С. И. Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников : учеб. пособие / под ред. С. И. Двойникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4094-0. - Текст : электронный // URL : <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440940.html> (дата обращения: 11.01.2022). - Режим доступа : по подписке;
3. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С.А. Тарновская И.И. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2019, 2020. – 368 с. Доступ из ЭБС «Конс. студ.»
4. Повх Л. А. Сестринский уход в терапии. Сборник задач : учебное пособие / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2020. — 116 с. — ISBN 978-5-8114-5660-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/143711> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3.2.3. Дополнительные источники

1. ГОСТ Р 52623.1–2008 Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования. – Введ. 01.09.2009 – Москва: Стандартинформ, 2009. – 35 с.
2. ГОСТ Р 52623.3 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 220 с.
3. ГОСТ Р 52623.4 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 88 с.

В период дистанционного обучения в открытом доступе представлен электронный дидактический материал (методические рекомендации, учебные пособия, рабочие тетради по ПМ 04.МДК 04.02) на сайте Кузнецкого филиала ГБОУ ПО «ПОМК» <http://kuzmedcoll.narod.ru> в разделе: «Дистанционное обучение».

Электронный адрес ведущего преподавателя:
pavlovaolga.72@mail.ru

Теоретический материал

МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп

Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля Тема 2.8 Сестринский уход при заболеваниях крови и органов кроветворения

Органы, служащие местом образования форменных элементов крови. У человека после рождения в норме основным кроветворным органом является красный, или кроветворный, костный мозг.

КРОВЕТВОРНЫЕ ОРГАНЫ И ИХ ФУНКЦИИ



- 1. Костный мозг** находится в эпифизах длинных трубчатых костей и в плоских костях. В красном костном мозге происходит образование эритроцитов, гранулоцитов, моноцитов, тромбоцитов, В-лимфоцитов и предшественников Т-лимфоцитов. Костный мозг участвует в разрушении эритроцитов, в фагоцитозе, в синтезе гемоглобина.
- 2. Вилочковая или зобная железа (тимус)** ответственна за дифференцировку Т-лимфоцитов из их костномозговых предшественников, которые осуществляют реакции клеточного иммунитета.
- 3. Селезенка** – принимает участие в лимфопоэзе, лизисе лейкоцитов, тромбоцитов, эритроцитов (обладает способностью понижать осмотическую устойчивость клеток), накоплении железа, синтезе иммуноглобулинов.
- 4. Лимфатические узлы** располагаются по ходу лимфатических сосудов, продуцируют и депонируют лимфоциты, осуществляя лимфоцитопоэз и иммунологическую защиту.
- 5. Скопление лимфоидной ткани** в стенках полых органов пищеварительного тракта и дыхательных путей выполняет локальную иммунную защиту.

Кровеносные и лимфатические сосуды всегда заполнены кровью или лимфой соответственно, в состав которых входят так называемые форменные элементы. Функция и строение их многообразны (эритроциты переносят кислород и углекислоту, разнообразные лейкоциты участвуют в регуляторных



По мере взросления кроветворение сосредотачивается в костях черепа, позвоночника и бедер, а также в головках крупных костей. Костный мозг вырабатывает все типы лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов. Лейкоциты вырабатываются также в селезенке и лимфатических узлах.



гемопоэтические стволовые клетки

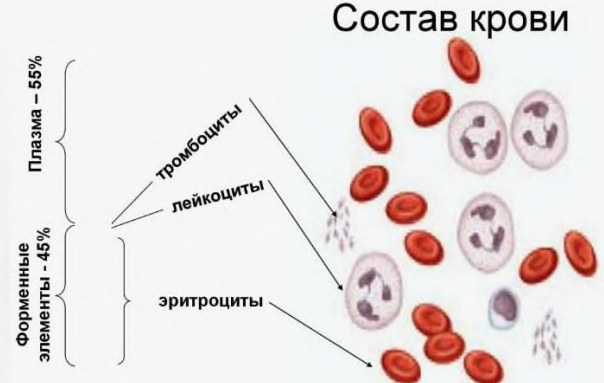
красный костный мозг

эритроциты

лейкоциты

тромбоциты

Состав крови



Плазма – 55%

Форменные элементы – 45%

тромбоциты

лейкоциты

эритроциты

и защитных реакциях организма). Среди таких реакций особо выделяют иммунологические, которые направлены на нейтрализацию чужеродных веществ и клеток. Эти реакции осуществляются в основном за счет деятельности лимфоцитов и макрофагов. Форменные элементы развиваются вследствие размножения стволовых клеток, которые находятся в костном мозге. Часть клеток, возникнув здесь, определяет свой дальнейший путь развития в вилочковой железе. Поэтому костный мозг и вилочковая железа называются центральными органами кроветворения.

Значительная часть последующих превращений клеток на пути к специализированным формам осуществляются в лимфатических узлах и селезенке, поэтому их называют периферическими органами кроветворения.

Заболевания органов кроветворения.

Основными проблемами пациента при заболеваниях органов кроветворения являются: слабость, снижение работоспособности, головокружение, шум в ушах, усиленное сердцебиение, одышка, шаткость походки, боли в костях, жжение в языке.

Наличие тех или иных симптомов зависит от патологического процесса, т.е. от развития того или иного заболевания.

Анемия – патологическое состояние, характеризующееся уменьшением содержания гемоглобина в крови, чаще при одновременном снижении эритроцитов в единице объема крови.

Анемией считается содержание гемоглобина у взрослых мужчин ниже 130 г/л, у взрослых женщин – ниже 120 г/л, у беременных – 110 г/л.

Анемия может быть как самостоятельным заболеванием, но чаще является осложнением других болезней.

Цветовой показатель крови (ЦПК) – характеризует степень насыщения эритроцитов гемоглобином.

$$\text{ЦПК} = \frac{\text{количество Нbg/л} * 3}{\text{Эпврвьецифрьюкол} - \text{ваэритроц.}}$$

ЦПК в норме = 0,86 – 1,05 - нормохромия

ЦПК ниже 0,86 – гипохромия

ЦПК больше 1,05 – гиперхромия

Уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина без изменения ЦПК – нормохромная анемия

Показатель, единица измерения	Взрослые женщины	Взрослые мужчины
Гемоглобин, г/л	120–140	130–160
Гематокрит, %	34,3–46,6	34,3–46,6
Эритроциты	3,7–4,7x10 ¹²	4–5,1x10 ¹²
Средний объем эритроцитов, fl	78–94	78–94
Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах, пг	26–32	26–32
Цветовой показатель	0,85–1,15	0,85–1,15
Ретикулоциты, %	0,2–1,2	0,2–1,2
Тромбоциты	180–400x10 ⁹	180–400x10 ⁹
Тромбокрит, %	0,1–0,5	0,1–0,5
СОЭ, мм/ч	2–15	1–10
Лейкоциты	4–9x10 ⁹	4–9x10 ⁹
Палочкоядерные гранулоциты, %	1–6	1–6
Сегментоядерные гранулоциты, %	47–72	47–72
Эозинофилы, %	0–5	0–5
Базофилы, %	0–1	0–1
Лимфоциты, %	18–40	18–40
Моноциты, %	2–9	2–9
Метамиелоциты	не выявлено	не выявлено
Миелоциты	не выявлено	не выявлено

Классификация.

С учетом этиологии анемии делятся:

I – анемии в следствии кровопотери:

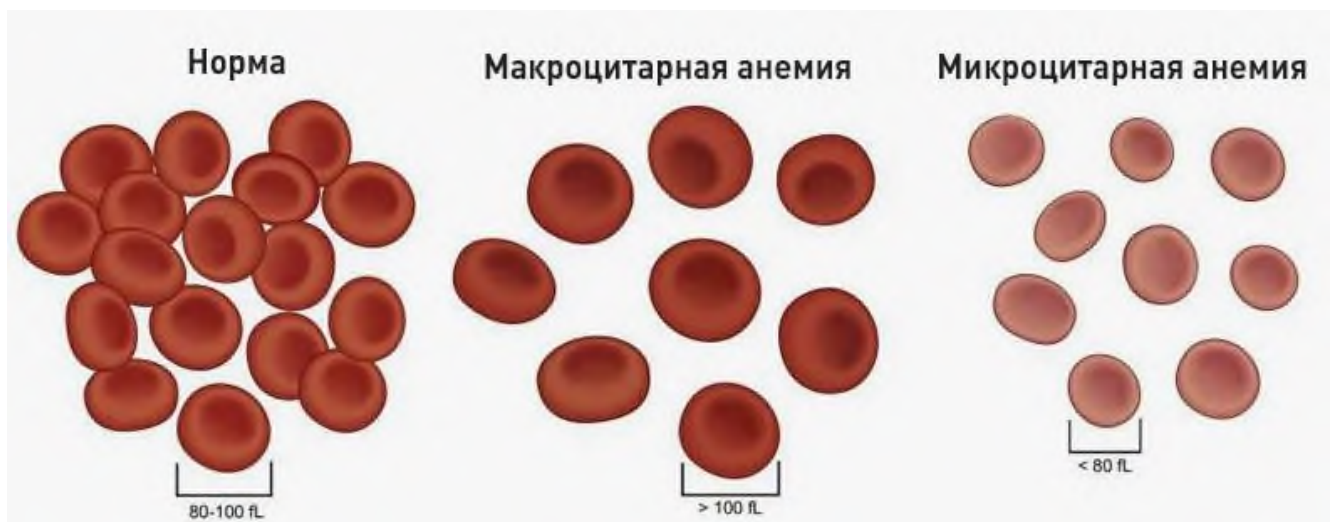
1. острая постгеморрагическая;
2. хроническая постгеморрагическая;

II – анемии вследствие нарушения кровообразования:

1. железодефицитные;
2. сидероахрестические;
3. В12 –дефицитные;
4. гипопластические;

III – анемии вследствие повышенного кроверазрушения (гемолитические):

1. эритроцитопатии;
2. ферментопатии;
3. гемоглинопатии.



I. Постгеморрагическая анемия.

Патология развивается вследствие однократной или повторной потери большого количества крови.

Этиология и патогенез.

Причинами кровопотери могут быть внешние травмы с повреждением крупных сосудов, кровотечения из внутренних органов – желудочно-кишечные, легочные, почечные, кровотечения при соматических заболеваниях, геморрагических диатезах. Быстрая потеря крови приводит к резкому сокращению общего объема крови в сосудах, уменьшению количества эритроцитов и кислородному голоданию.

Клиническая картина.

Клиническая картина зависит от степени и скорости кровопотери. Больные жалуются на резкую слабость, шум в ушах, головокружение, ощущение усиленного сердцебиения, сухость во рту, постоянную жажду, потемнение в глазах, снижение температуры тела. Объективно отмечают резкую бледность кожных покровов, холодный липкий пот, снижение артериального давления,

слабое наполнение и учащение пульса, одышка. Возможно развитие судорожного синдрома. Переход в вертикальное положение сопровождается потерей сознания.

Если быстро не восполнить кровопотерю, наступает коллапс (шок), снижение диуреза, анурия и развивается острая почечная недостаточность.

Диагностика.

В гемограмме анемия носит нормохромный характер, даже при большой потере крови снижение уровня гемоглобина и эритроцитов может быть умеренным.

Лечение.

Терапия заключается в остановке кровотечения и борьбе с шоком. Затем проводится восстановление состава крови. С этой целью осуществляется трансфузионная заместительная терапия, включающая введение полиглюкина, реополиглюкина, эритроцитарной массы, плазмозаменителей.

II. Железодефицитная анемия.

Этот вид заболевания обусловлен недостатком железа в организме. Суточная потребность человека в железе, необходимом для нормального синтеза гемоглобина, - 15-30 г.

Этиология и патогенез. Причинами железодефицитной анемии могут быть:

1. Хронические кровопотери (обильные менструации, кровотечения из ЖКТ, геморроидальные, носовые кровотечения и др.);
2. Пониженное всасывание железа из ЖКТ (гастриты с пониженной секрецией, опухоли толстого кишечника и желудка, резекция желудка и др.);
3. Недостаточное поступление железа с пищей;
4. Повышенная потребность организма в железе при беременности, лактации, в период интенсивного роста;
5. Врожденная недостаточность железа;
6. Нарушение транспорта железа в костный мозг.

Клиническая картина.

Наиболее характерные для заболевания симптомы:

- ломкие, искривленные, поперечно исчерченные ногти; часто ногти плоские, ложкообразные;
- кожа бледная, сухая, особенно на лице и кистях рук, губы сухие трескающиеся, выявляется ангулярный стоматит (трещины в углах рта, «заеды»);
- волосы сухие, ломкие, растут медленно, секутся;
- глоссит – язык ярко-красный, отечный, болезненный, имеет гладкую поверхность, сглаженные сосочки;
- атрофический эзофагит – затруднение глотания, охриплость голоса;

- кариес зубов, крошение их эмали, нарушение роста зубов, эмаль приобретает сероватый оттенок, возможны дефекты челюстей;
- нарушение функций ЖКТ вследствие резкого снижения секреции соляной кислоты, пепсина, извращение вкуса (потребность есть мел, глину, уголь, землю);
- атрофия слизистой гениталий, нарушение менструального цикла;
- слабость, быстрая утомляемость, сонливость, головокружение, шум в ушах, одышка и учащенное сердцебиение.

Диагностика.

Лабораторные данные свидетельствуют о снижении количества гемоглобина и эритроцитов, цветной показатель – 0,5-0,7, выявляется гипохромия эритроцитов; количество лейкоцитов, тромбоцитов и лейкоцитарная формула остаются без изменений.

В миелограмме наблюдается расширение эритроидного роста за счет полихроматофильных и оксифильных нормальных нормобластов.

Для заболевания характерно снижение уровня сывороточного железа ниже 11 мкмоль/л, повышение уровня свободного трансферрина.

Лечение.

Терапия включает устранение источника кровопотери и дефицита железа; диету, богатую железом (рекомендуется говядина, печень, гречневая каша, яблоки и др.); заместительную терапию препаратами железа:

1. ферроплекс или феррокаль по 1-2 драже 3-4 раза в день;
2. тардиферон по 1 таб 1 раз в день;
3. феррум-лек 2-5 мл в/м;
4. ферамид по 0,3 г внутрь;
5. ферро-градумет и др.

Назначаются также аскорбиновая кислота, витамины группы В, фолиевая кислота.

В12 – фолиеводефицитная анемия.

Патологическое состояние развивается в результате недостатка витамина В12 и (или) фолиевой кислоты в связи с недостаточным их употреблением в организм или невозможностью утилизации.

Этиология и патогенез.

В12-фолиеводефицитная анемия чаще всего развивается:

1. в результате снижения всасывания в желудке витамина В12 вследствие нарушения выработки



слизистой оболочки желудка и кишечника внутреннего фактора Касла, связывающего поступающий с пищей витамин В12;

2. у пожилых людей в связи с развитием атрофических процессов в желудке, перенесенным энтеритом, гепатитом;

3. после резекции желудка;

4. глистных инвазиях;

5. опухолях ЖКТ;

6. хроническом алкоголизме.

Дефицит фолиевой кислоты, кроме того, может наблюдаться у беременных женщин, недоношенных детей, при длительном применении некоторых лекарственных веществ.

Клиническая картина.

При медленном развитии происходит адаптация организма, и клинические проявления длительное время могут быть маловыраженными. Отмечаются общеанемические жалобы (слабость, снижение работоспособности, головокружение, шум в ушах, усиленное сердцебиение, одышка и др.).

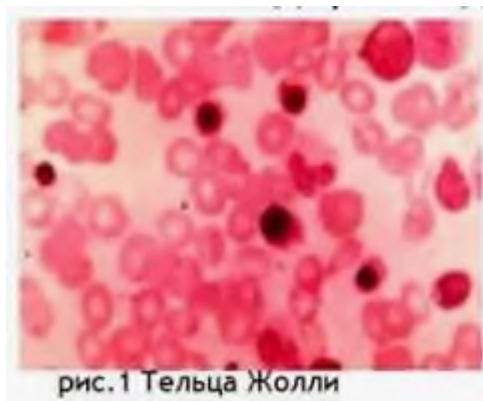
Специфическими для В12-дефицитной анемии являются чувство жжения и боли в языке и ротовой полости, парестезии, онемение конечностей, боли в них, шаткость походки. Язык становится гладким, блестящим (лаковым) вследствие атрофии сосочков. Кожа приобретает лимонно-желтый оттенок. Часты диспептические явления, нарушение глотания. В связи с повышенным распадом клеток крови увеличиваются печень и селезенка.

Диагностика. Изменения в гемограмме:

1. выраженная анемия, чаще гиперхромного характера;

2. цветной показатель более единицы;

3. имеются дегенеративные изменения эритроцитов с наличием



мегалоцитов, кольца Кебота и тельца Жоли в мегалоцитах, мегалобласты;

4. возможна лейкопения, иногда тромбоцитопения.

В пунктате костного мозга определяется расширение эритроидного ростка за счет мегалобластов различной степени зрелости.

Лечение.

Диета больных должна быть полноценной, богатой по содержанию витамином В12 (рекомендуется печень, мясо, молоко, почки, яйца, сыр и др.)

Основной метод терапии – введение В12 в/м или п/к в дозе 200-400 мкг, курс лечения – 4-6 недель, а затем препараты вводятся еженедельно или 2 раза в месяц по 200-400 мкг. Фолиевая кислота назначается в дозе 5-15 мг в сутки внутрь.

III. Гемолитические анемии –это группа патологических состояний, характеризующихся преобладанием процессов кроверазрушения над кроветворением.

Классификация.

По этиологии различают:

1. наследственные гемолитические анемии – в основе патологии лежит врожденный дефект мембран эритроцитов или гемоглобина:

- эритроцитопатии, обусловленные структуры мембран эритроцитов. Для них характерны микросфероцитоз, овалоцитоз;
- энзимопатии, обусловленные нарушением активности ферментов в эритроцитах, например глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы;
- гемоглобинопатии, обусловленные нарушением структуры или синтеза цепей гемоглобина;

2. приобретенные гемолитические анемии:

- изоиммунные анемии. К ним относятся гемолитическая болезнь новорожденных, посттрансфузионные анемии;
- аутоиммунные анемии, связанные с образованием антител против антигенов эритроцитов;
- анемии, связанные с изменением структуры мембран эритроцитов вследствие соматической мутации;
- анемии, связанные с действием прямых гемолизин, т.е. веществ, химически или механически повреждающих оболочки эритроцитов.

Каждый вид гемолитической анемии имеет свои особенности.

1. наследственные гемолитические анемии:

- Микросфероцитоз(болезнь Минковского-Шоффара)

Клиника: ведущий симптом желтуха, увеличение селезенки, боли в правом подреберье, признаки замедленного физического развития у детей.

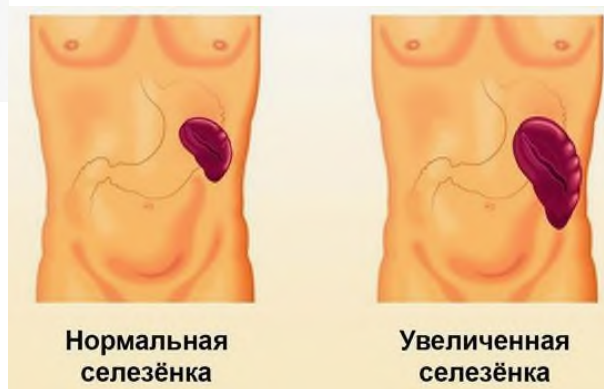
Лечение: показана спленэктомия (удаление селезенки). Эффективного консервативного лечения нет.

- Серповидно-клеточная анемия – наследственная гемоглобинопатия, связанная с доминантно наследуемым нарушением, приводящим к образованию аномального гемоглобина с патологическими свойствами.

Клиника проявляется с детства (встречается главным образом в Центральной Африке, Закавказье). Проявляется патология хронической анемией и частыми гемолитическими кризами. Из жалоб преобладают одышка,



головокружение, быстрая утомляемость, боли в правом подреберье, нередко боли в суставах и костях. При осмотре выявляется увеличение печени (гепатомегалия) и селезенки



(спленомегалия), иктеричность кожи и склер, иногда – тромбозы с инфарктами внутренних органов.

Лечение: только симптоматическая терапия. В период гемолитического криза назначают переливание эритроцитарной массы, плазмы, аспирин в качестве антиагреганта, при тромбозах – антикоагулянты.

антиагреганта, при тромбозах – антикоагулянты.

2.приобретенные гемолитические анемии:

- Пароксизмальная ночная гемоглобинурия – это приобретенная гемолитическая анемия, в основе которой лежит приобретенный дефект мембраны эритроцитов вследствие соматической мутации клетки – предшественницы гемопоэза.

Клиника: развитие болезни обычно медленное. Ведущими симптомами являются анемия, желтуха, постоянная гемосидеринурия, сосудистые тромбозы. Больных беспокоят боли в животе и пояснице, слабость, утомляемость, сердцебиение. При присоединении лейкопении и тромбоцитопении развиваются хронические инфекционные осложнения, геморрагический синдром. Характерны гемоглобинурические кризы после сна с отделением мочи черного цвета.

Лечение: только симптоматическая терапия. При уровне гемоглобина ниже 70 г/л показано переливание 150-200 мл отмытых или выдержанных эритроцитов. При преобладании гипоплазии костного мозга применяются анаболические гормоны, при тромбозах – антиагреганты, антикоагулянты.

Лейкозы – заболевания, характеризующиеся поражением кроветворной ткани, с наличием очагов экстрамедуллярного кроветворения, с гиперплазией, трансформацией периферической крови.

Классификация.

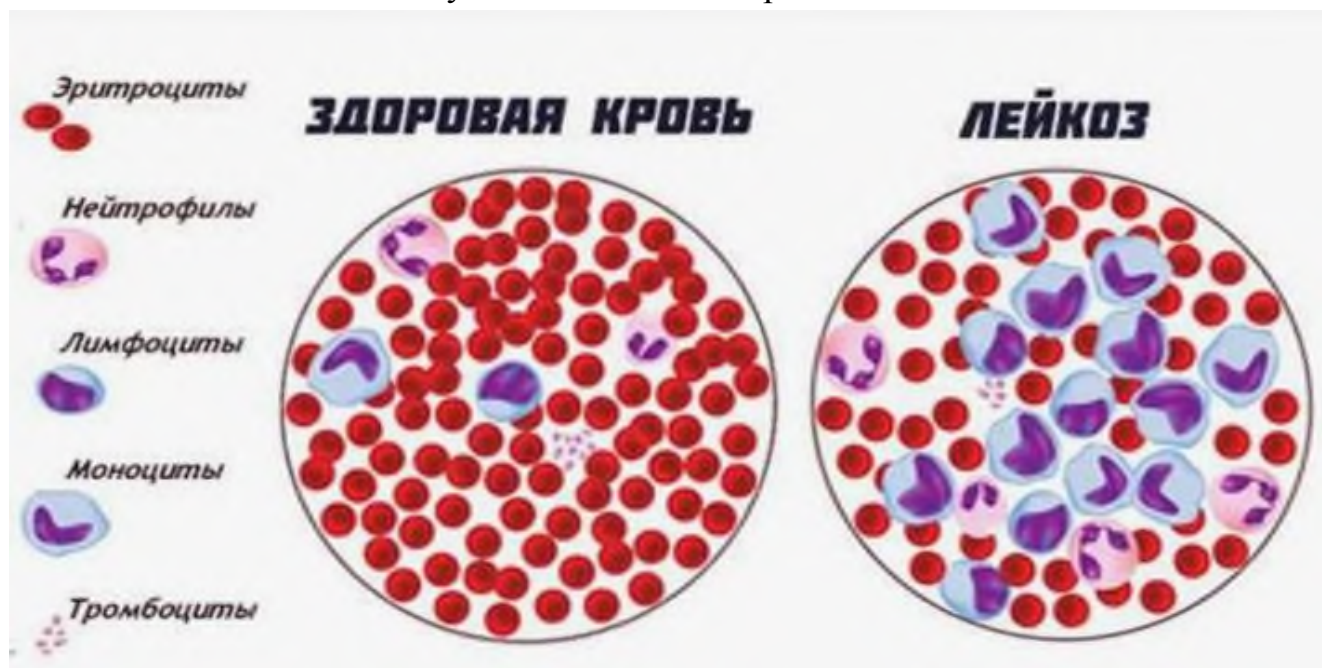
Лейкозы делятся на острые и хронические.

Острый лейкоз – представляет собой злокачественную опухоль кроветворной ткани, при которой морфологическим субстратом являются бластные клетки.

Острый лейкоз подразделяют на лимфобластный и миелобластный.

Острый лимфобластный лейкоз наиболее часто возникает в детском возрасте, повторный подъем заболеваемости наблюдается после 40 лет.

Острый миелобластный лейкоз чаще встречается у взрослых, причем частота его возникновения увеличивается с возрастом.



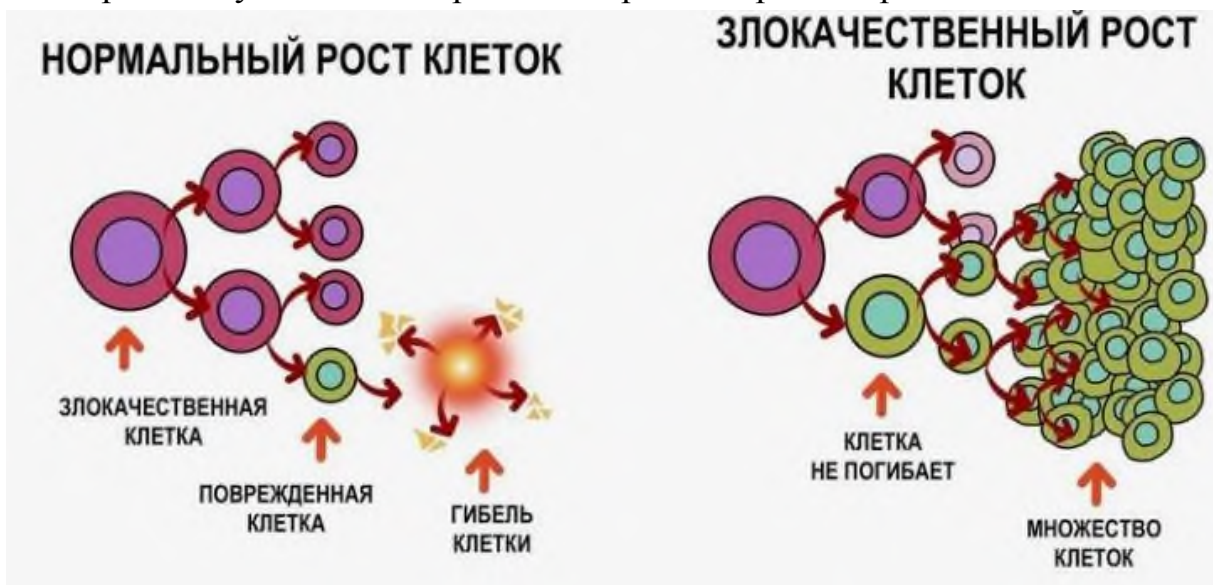
Этиология и патогенез.

Причины развития заболевания окончательно не изучены. Однако известно, что способствовать развитию заболевания могут следующие факторы:

1. хромосомные аномалии;
2. ионизирующая радиация;
3. воздействие токсических веществ внешней среды;
4. предшествующие заболевания системы кроветворения;
5. наследственная предрасположенность.

Под действием провоцирующего фактора в костном мозге формируется клон опухолевых бластных клеток, которые начинают пролиферировать, накапливаться, а затем метастазировать в различные органы: селезенку, головной мозг, печень и др.

При этом угнетается нормальный рост кроветворения.



Клиническая картина.

В начале заболевания клинические проявления носят общий характер: нарастающая слабость, повышенная потливость, общее недомогание, повышение температуры тела от субфебрильной до постоянной высокой.

Первые симптомы могут маскироваться под другие заболевания. Иногда первым проявлением является геморрагический синдром в виде носовых и маточных кровотечений, кровоточивости десен, геморрагической сыпи, синяков, кровоподтеков.

При осмотре выявляются бледность кожных покровов и слизистых оболочек, геморрагические высыпания, плазия десен. У детей часто наблюдается увеличение лимфатических узлов, у взрослых это происходит реже. При пальпации могут быть увеличены печень, селезенка.



Диагностика.

Общий анализ крови выявляет снижение гемоглобина, количество тромбоцитов, число лейкоцитов может колебаться от низких до высоких цифр; дифференцировка клеток нарушена, в мазке присутствуют опухолевые бластные клетки.

В биохимическом анализе крови при высоком лейкоцитозе могут определяться признаки почечной недостаточности (повышение уровня мочевины и креатинина).



Костномозговая пункция (стеральная) дает картину гиперклеточности с повышенным содержанием бластов.

Лечение.

Все пациенты с подозрением на лейкоз должны быть как можно быстрее направлены в специализированный гематологический стационар и проходить лечение только в условиях клиники.

Цель лечения – стойкой ремиссии заболевания, обеспечить длительную выживаемость без рецидивов болезни.

Лечение проводят по определенным схемам с учетом фазы деления клеток и морфологической формы лейкоза. Обычно назначают полихимиотерапию с подбором комбинации препаратов.

Основные этапы полихимиотерапии:

1. Индукция (вызывание) ремиссии;
2. Консолидация (закрепление) ремиссии;
3. Противорецидивная терапия;
4. Профилактика нейролейкемии.

При остром лимфобластном лейкозе этап индукции состоит из 2 фаз, каждая из которых длится 4 недели:

1-я фаза – назначаются винкристин, рубромицин, L-аспарагиназа, преднизолон;

2-я фаза – применяются циклофосфан, цитозар и вепезид по 2 курса длительностью 5 дней.

В качестве противорецидивной терапии показаны метотрексат и 6-меркаптопурин. Профилактика нейтролейкемии проводится с помощью эндолюмбального введения комбинации преднизолона, метотрексата, цитозара.

При острых нелимфобластных лейкозах с целью индукции ремиссии 7-дневным курсом применяют цитозар в комбинации срубромидином. На этапе консолидации используют цитозар и митоксантрон. Поддерживающая терапия проводится цитозаром и рубромидином.

Профилактика нейтролейкемии осуществляется эндолюмбальным введением цитостатиков и преднизолона.

Хронический миелолейкоз.

Процесс характеризуется опухолевой пролиферацией клеток миелоидного ростка с появлением очагов внекостномозгового кроветворения.

Этиология и патогенез.

Причиной возникновения заболевания является мутация клетки – предшественницы миелопоэза. В результате появляются клетки с различными неправильными наборами хромосом.

Клиническая картина.

В начальной фазе заболевание может протекать малосимптомно и выявляться случайно, при анализах крови.

В развернутой стадии больных беспокоят слабость, повышенная утомляемость, потливость, похудание, повышение температуры до субфебрильных цифр, тяжесть в левом подреберье (за счет увеличения селезенки), плохой аппетит, снижение веса.

При объективном обследовании определяется увеличение селезенки, она становится плотной, но остается безболезненной. Печень также может быть увеличена.

В поздней стадии отмечают лихорадка, геморрагический синдром, опухолевый рост в мягких тканях, коже, увеличение лимфатических узлов. Наблюдается изменения со стороны ССС: одышка, учащенное сердцебиение, разнохарактерные боли в сердце.

В терминальной стадии имеется склонность к тромбоэмболиям, инфекционным осложнениям.

Диагностика.

В анализе крови – выраженный лейкоцитоз до 200-300 в 10⁹/л, увеличение количества базофилов и эозинофилов; в лейкоцитарной формуле выявляется палочкоядерный сдвиг, появляются миелобласты; для терминальной стадии характерны анемия, тромбоцитопения, появление бластных клеток.

Костномозговая пункция: в развернутой стадии определяется значительное преобладание клеток гранулоцитарного ряда, в терминальной стадии – увеличение количества бластных клеток, мегакакриоцитоз.

Лечение.

В начальной стадии заболевания при отсутствии клинических проявлений больной находится под наблюдением, требуются нормализация режима, правильное питание; пациенту назначается общеукрепляющая терапия.

Цитостатическая терапия показана при прогрессировании процесса. Схема лечения зависит от стадии заболевания. Химиотерапия проводится курсами.

В развернутой стадии применяется миелосан 2-6 мг в сутки, а затем, после снижения числа лейкоцитов, его применяют в поддерживающей дозе 2-4 мг в неделю, миелобромол назначают по 0,25г 1 раз в день, на курс – до 2-6 г.

В терминальной стадии болезни схемы лечения аналогичны используемым при острых лейкозах.

Хронический лимфолейкоз – доброкачественное опухолевое заболевание иммунокомпетентной ткани, в основе которого лежит патология В-лимфоцитов.

Этиология и патогенез.

Заболевание характеризуется системной гиперплазией лимфоидного аппарата, лимфоидной метаплазией селезенки, костного мозга и других органов. Чаще патологический процесс развивается в среднем и пожилом возрасте (25-70 лет), преимущественно у мужчин.

Клиническая картина.

Первыми симптомами недуга являются общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, увеличение подкожных лимфатических узлов. Постепенно общее недомогание усиливается, появляются повышенная потливость, температура тела повышается до субфебрильных цифр.

В зависимости от преимущественного увеличения лимфатических узлов тех или иных групп и лимфоидной инфильтрации различных органов возникают дополнительные симптомы: диспептические явления и поносы (при поражении ЖКТ), одышка и приступы удушья (при сдавлении увеличенными лимфоузлами трахеи и бронхов).

При развитии лейкемической лимфодении отмечаются покраснение, сухость кожи и зуд. Могут наблюдаться геморрагические проявления.

При осмотре больного выявляются увеличения лимфоузлов. Чаще всего оно начинается с какой-либо одной или нескольких групп, а затем распространяется на остальные. Может наблюдаться увеличение миндалин. Инфильтрация кожи сопровождается ее уплотнением, покраснением, сухостью и шелушением.

При пальпации лимфоузлы эластично-тестоватой консистенции, не спаяны между собой и с кожей, в большинстве случаев безболезненны. Размеры их могут достигать величины куриного яйца. Лимфатические узлы даже при значительном увеличении не изъязвляются и не нагнаиваются. Печень и селезенка увеличенные, плотные. Могут развиваться инфаркты селезенки, и тогда она становится болезненной при пальпации.

Диагностика.

В анализе крови лейкоцитов доходит до 300 тыс. на 10⁹/л крови и более; 80-95% клеток белой крови составляют лимфоциты, преимущественно зрелые формы, в небольшом количестве определяются пролимфоциты и лимфобласты; относительное количество нейтрофилов значительно уменьшено.

В терминальном периоде выявляются анемия и тромбоцитопения.

Пунктат костного мозга выявляет его лимфоидную метаплазию: обнаруживается большое количество клеток лимфоидного ряда, число клеточных элементов гранулоцитарного и эритроцитарного ростков уменьшено по сравнению с нормой.

Лечение.

В начальном периоде активная терапия не проводится. Основное внимание уделяется нормализации режима труда и отдыха больного, достаточному пребыванию его на свежем воздухе, полноценной диете с большим содержанием витаминов и белка.

При наличии интоксикации или быстром развитии болезни проводится рентгенотерапия: облучаются группа увеличенных лимфатических узлов и селезенка.

Из химиопрепаратов применяются лейкеран, преднизолон, циклофосфан и другие цитостатические средства. При анемии и тромбоцитопении показана гемотрансфузия.

Эритремия – доброкачественное миелопролиферативное заболевание, характеризующееся тотальной гиперплазией клеточных элементов костного мозга, наиболее выраженной в эритроцитарном ростке.

Заболевание чаще поражает лиц пожилого возраста, преимущественно мужчин.

Клиническая картина.

Начало болезни медленное и незаметное. При развернутой клинической картине больные жалуются на тяжесть в голове, головные боли, шум в ушах, одышку при физической нагрузке, снижение памяти, кожный зуд. В ряде случаев наблюдается ослабление зрения и слуха. Могут возникать боли в животе, обусловленные чрезмерным кровенаполнением внутренних органов. Иногда

бывают кратковременные нестерпимые жгучие боли в кончиках пальцев – эритромегалии, связанные с временным сосудистым спазмом.

При осмотре обращает на себя внимание «полнокровный» красно-вишневый цвет кожи, особенно выраженный на открытых частях тела: на лице, шее, кистях рук. Язык и губы имеют синевато-красный цвет, конъюнктивы глаз гиперемированы.

Пальпаторно определяется умеренное увеличение селезенки и печени. Поколачивание по плоским костям и давление на них болезненны, что всегда наблюдается при гиперплазии костного мозга. Артериальное давление нередко повышено.

Диагностика.

В анализе крови количество эритроцитов увеличено (6,0-8,0 на 10¹²/л и более), количество гемоглобина повышается до 180-220 г/л, цветовой показатель меньше 1; количество ретикулоцитов повышено, отмечается полихромазия эритроцитов. В мазке присутствуют отдельные эритробласты; может быть увеличение количества нейтрофилов, эозинофилов, реже базофилов. Наблюдается ядерный сдвиг влево; число тромбоцитов резко повышено, СОЭ замедлена.

Пункция костного мозга и гистологическое исследование пунктата выявляют заметное увеличение количества клеток эритроцитарного ростка, повышение числа молодых клеток гранулоцитарного ряда и мегакариоцитов.

Лечение.

Для терапии применяют активный фосфор (32Р), который оказывает цитостатическое действие на костномозговое кроветворение. В большинстве случаев удается достигнуть клинической ремиссии длительностью от 1 года до 3 лет. Используются также цитостатические препараты: миелосан, имифос (макрофан) и др.

В качестве симптоматической терапии проводят кровопускание по 500 мл крови каждые 5-7 дней.

Лечение и уход при заболеваниях органов кроветворения.

В лечении различают этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины), патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания) и симптоматическое (только устраняет симптомы заболевания на короткое время).

Этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины):

- 1. Химиотерапия: антимаболизаторы** (цитостатические противоопухолевые химиотерапевтические лекарственные препараты);
- 2. Лучевая терапия** (один из ведущих методов противоопухолевого лечения, основанный на использовании ионизирующего излучения);
- 3. Переливание фракций крови** (при кровопотерях).

4. **Препараты железа** (при недостатке железа)
5. **Витамины (В₉, В₁₂, С и т.д)** (дефицит витаминов)
6. **Пересадка костного мозга**

Патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания):

1. **Гормональные препараты**
2. **Противоопухолевые антибиотики**
3. **Ферменты L-аспарагиназа**
4. **Алкалоиды**

борьба с ростом и продуцированием опухолевых (бластных) клеток

Симптоматическое (устранение симптомов и облегчение состояния)

1. **Жаропонижающие** (при высокой температуре);
2. **Обезболивающие (НПВС и анальгетики);**
3. **Пробиотики** (устраняют осложнения от лечения антибиотиков, восстанавливая кишечную микрофлору);
4. **Противогрибковые, антибактериальные и антисептические средства** (борьба с инфекцией)
5. **Витаминотерапия** (борьба с авитаминозами и повышение защитных сил организма)
6. **Оксигенотерапия** (для устранения гипоксии).

Для каждого заболевания и пациента индивидуальный подход в лечении, но основа всегда заключается в понимании этиологии, патогенеза, клинической картины и возможного развития осложнений.

Для составления плана сестринских вмешательств используйте методическое пособие «**Методы исследования при заболеваниях терапевтического профиля в сестринской практике**».

Пример плана сестринских вмешательств

Цель: устранить слабость, повысить работоспособность, уменьшить головокружение, шум в ушах, усиленное сердцебиение, одышку, шаткость походки, снизить боли в костях, жжение в языке, нормализация температуры.

Сестринские вмешательства

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим (в соответствии с состоянием: постельный, полупостельный и т.д) с исключением переохлаждений, физических нагрузок и т.д. Строгое соблюдение мер асептики и антисептики (боксовые палаты, работа с пациентами в условиях приближенных к стерильным)	Для эффективного лечения и профилактики осложнений. Профилактика инфекционных заболеваний у пациентов с лейкозом (при сниженном иммунитете)

2. Организация лечебного питания (в зависимости от заболевания (ОВД, ВБД).

- витаминизированное (продукты богатые вит В:

молодой зеленый горошек с листьями, бобовые (фасоль, чечевица), хлеб из грубого помола, дрожжи, печень, морковь, орехи, бананы, апельсины, дыни, абрикосы. Полезно кушать тунец, лосось, молоко и сыр.);

Продукты питания богатые витамином В12

витаминно-биологический витамин, кобаламин, цианокобаламин

Указано ориентировочное наличие в 100гр продукта:

Печень  Говядина 60 мкг, свинина 30 мкг, курица 16,58 мкг	Осьминог  20 мкг	Скумбрия  12 мкг	Сардина  11 мкг	Кролик  4,3 мкг
Говядина  2,6 мкг	Морской окунь  2,4 мкг	Свинина  2 мкг	Баранина  2 мкг	Треска  1,6 мкг
Карп  1,5 мкг	Сыр голландский  1,4 мкг	Краб  1 мкг	Яйцо куриное  0,5 мкг	Сметана  0,4 мкг

Животного происхождения				Растительного происхождения			
 печень - 20 мкг	 сердце - 5 мкг	 язык - 4 мкг	 говядина - 3,5 мкг	 шпинат	 красная капуста	 шампиньоны	 краб
 свинина - 2 мкг	 курица - 1,5 мкг	 желток куриный - 6,5 мкг	 пшеница - 2,5 мкг	 соевые бобы	 чечевица	 шпинат	 малина
 устрицы - 9 мкг	 мидии - 6,5 мкг	 сардины - 3 мкг	 тунец - 1,5 мкг	 черника	 клубника	 яблоки	 черника

Для эффективного лечения:

дезинтоксикация;

Восполнить дневную норму фолиевой кислоты

Восполнить дневную норму цианокобаламина

Восполнить дневную норму железа

3. Организация диагностических методов с выпиской направлений:

ОАК утром натощак из пальца (в клиническую лабораторию);

БАК утром натощак из вены (в биохимическую лабораторию)

КТ печени и селезенки, костей (в рентген кабинет)

Стернальная пункция:

Участие м/с в стернальной пункции

Последовательность выполнения:

Подготовительный этап выполнения манипуляции.

Накануне провести беседу с больным о необходимости и сущности манипуляции, получить его письменное согласие.

Провести хирургическую антисептику рук, надеть индивидуальные средства защиты.

Подготовить манипуляционный столик.

Доставить больного в манипуляционный кабинет.

Предложить раздеться до пояса и лечь на спину, на кушетку.

Для качественной и своевременной диагностики

<p><i>Основной этап выполнения манипуляции.</i> Место пункции обработать йодсодержащим антисептиком. Для хирургической антисептики рук гематологу подать антисептик, а затем шприц с 5,0 мл 1% раствора новокаина для местной анестезии (пункцию можно производить и без обезболивания). Подать врачу иглу Кассирского (предварительно предохранитель-ограничитель установить на необходимую глубину прокола и вставить мандрен). После прокола подать врачу шприц 1,0 мл. Подать врачу два предметных стекла. Место прокола закрыть стерильной салфеткой, закрепить пластырем. <i>Заключительный этап выполнения манипуляции.</i> Справиться о самочувствии больного и проводить его в палату. Оформить направление. Приготовленные мазки доставить в клиническую лабораторию.</p>	
<p>4. Организация ухода (в зависимости от проблем пациента): - Обеспечить сопровождение пациента при наличии шаткой походки и головокружения - Ношение масок при работе с пациентами страдающими лейкозом</p>	<p>Для профилактики травматизма Для предупреждения передачи инфекции</p>
<p>5. Проводить обучение родственников пациента: - соблюдению правил асептики и антисептики; - особенностям питания</p>	<p>Для качественного ухода и лечения</p>
<p>7. Обеспечить прием обезболивающих средств по назначению врача</p>	<p>Для купирования болевого синдрома</p>
<p>8. Следить за цветом кожных покровов, температурой, пульсом, ЧДД, АД</p>	<p>Для контроля состояния и своевременной диагностики развития осложнений</p>
<p>9. Своевременно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного</p>	<p>Для предупреждения осложнений</p>
<p>10. Соблюдать этико-деонтологические правила при общении с пациентом и его родственниками</p>	<p>Для психоэмоциональной разгрузки больного и родственников</p>

Если заболевание сопровождается развитием осложнений в виде неотложных состояний, в плане сестринских вмешательств на первом месте указывается применение алгоритма неотложной помощи! (См. методические рекомендации «Оказание неотложной помощи»)

Вопросы и задания для самоконтроля 8

1. Перечислите нормальные показатели общего анализа крови.
2. Перечислите заболевания, относящиеся к патологии органов кроветворения.
3. Дать определение понятию «анемия» с указанием этиологии и патогенеза.
4. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
5. Дать определение понятию «лейкоз» с указанием этиологии и патогенеза.
6. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
7. Перечислить лабораторные методы исследования используемые для диагностики заболеваний крови.
8. Перечислить инструментальные методы исследования используемые для диагностики заболеваний крови.
9. Перечислить препараты для лечения заболеваний крови, соблюдая принципы лечения (этиотропное, патогенетическое и симптоматическое).
10. Сформулируйте понятие паллиативной помощи

Итоговая самооценка

1. Заполните таблицу заболеваний крови.

Название	Причины	Клиника	Диагностика	Лечение
I. Постгеморрагические анемии				
II. Анемии вследствие нарушения кроветворения				
- железодефицитная анемия				
- В ₁₂ дефицитная анемия				
- фолиеводефицитная анемия				
III. Гемолитические анемии				
IV. Лейкоз				

2. Установите соответствие

Заболевание	Признаки
1. Постгеморрагическая 2. Железодефицитная анемия 3. В ₁₂ дефицитная 4. Гемолитическая анемия 5. Лейкоз	а) лимонно-желтый цвет кожи б) увеличение лимфоузлов в) извращение вкуса и обоняния г) после сна отделение мочи черного цвета д) бледность кожи, головокружение

3. Установите соответствие витаминов

Препарат	Витамин
Тиамин	витамин В ₁
Цианокабаламин	витамин В ₁₂
Пиридоксин	витамин В ₆
Аскорбиновая кислота	витамин С
Фолиевая кислота	витамин В ₉
Ретинол	витамин А

4. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

1. Наиболее частая причина развития железодефицитной анемии
 - а) дефицит витаминов*
 - б) хронические кровопотери*
 - в) избыточное употребление углеводов*
 - г) избыточное употребление белков*
2. Основные симптомы при железодефицитной анемии
 - а) раздражительность, бессонница*
 - б) лихорадка, головная боль*
 - в) обмороки, головная боль*
 - г) отеки, боли в пояснице*
3. Заболевание, при котором наблюдаются слабость, головокружение, извращение вкуса и обоняния
 - а) острый лейкоз*
 - б) хронический лейкоз*
 - в) железодефицитная анемия*
 - г) В12-дефицитная анемия*
4. Кожные покровы при железодефицитной анемии
 - а) бледные*
 - б) гиперемированные*
 - в) желтушные*
 - г) цианотичные*
5. Железодефицитная анемия по цветовому показателю
 - а) гипохромная*
 - б) гиперхромная*
 - в) нормохромная*
6. При железодефицитной анемии в анализе крови наблюдаются
 - а) лейкоцитоз, увеличение СОЭ*
 - б) лейкопения, уменьшение СОЭ*
 - в) снижение гемоглобина и цветового показателя*
 - г) увеличение гемоглобина и эритроцитов*
7. При железодефицитной анемии медсестра рекомендует пациенту в больших количествах употреблять
 - а) кашу*
 - б) молоко*
 - в) мясо*
 - г) овощи*
8. Продукт с наибольшим содержанием железа
 - а) крупа*
 - б) молоко*
 - в) мясо*
 - г) свекла*
9. Медсестра рекомендует пациенту запивать препараты железа
 - а) кофе*
 - б) кислым фруктовым соком*
 - в) минеральной водой*
 - г) чаем*

10. Препарат железа для парентерального применения
- а) гемостимулин*
 - б) феррокаль*
 - в) ферроплекс*
 - г) феррум-лек*
11. При лечении железодефицитной анемии используется
- а) аспаркам*
 - б) аскорутин*
 - в) актиферрин*
 - г) цианокобаламин*
12. Для улучшения всасывания препаратов железа используют
- а) ретинол*
 - б) цианокобаламин*
 - в) аскорбиновую кислоту*
 - г) эргокальциферол*
13. Количество эритроцитов в крови в норме у мужчин (в 1 л)
- а) $4,5-5,0 \times 10^{12}$*
 - б) $4-5 \times 10^9$*
 - в) $6-8 \times 10^{12}$*
 - г) $180-320 \times 10^9$*
14. Количество гемоглобина в норме у женщин (г/л)
- а) 12-16*
 - б) 80-100*
 - в) 120-140*
 - г) 180-200*
15. Значение СОЭ в норме у мужчин (в мм/ч)
- а) 1-2*
 - б) 2-10*
 - в) 20-40*
 - г) 40-50*
16. Количество лейкоцитов в крови в норме (в 1 л)
- а) $4-9 \times 10^9$*
 - б) $4-9 \times 10^{12}$*
 - в) $12-14 \times 10^9$*
 - г) $18-320 \times 10^{12}$*
17. Количество тромбоцитов в крови в норме (в 1 л)
- а) $20-30 \times 10^9$*
 - б) $100-120 \times 10^9$*
 - в) $180-320 \times 10^9$*
 - г) $180-320 \times 10^{12}$*
18. Анемия Аддисона-Бирмера развивается при дефиците витамина
- а) B_1*
 - б) B_2*
 - в) B_6*
 - г) B_{12}*

19. Основная причина B_{12} -дефицитной анемии
- а) атрофический гастрит*
 - б) кровохарканье*
 - в) обильные менструации*
 - г) геморрой*
20. Внешним антианемическим фактором является витамин
- а) А*
 - б) B_6*
 - в) B_{12}*
 - г) С*
21. Симптомы B_{12} -дефицитной анемии
- а) извращение вкуса и обоняния*
 - б) рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул*
 - в) отрыжка горьким, боль в правом подреберье*
 - г) жжение в языке, онемение конечностей*
22. Кожные покровы при B_{12} -дефицитной анемии
- а) бледные*
 - б) гиперемированные*
 - в) бледно-желтушные*
 - г) цианотичные*
23. Заболевания, при котором наблюдается красный "лакированный" язык
- а) железодефицитная анемия*
 - б) B_{12} -дефицитная анемия*
 - в) острый лейкоз*
 - г) хронический лейкоз*
24. B_{12} -дефицитная анемия по цветовому показателю
- а) гипохромная*
 - б) гиперхромная*
 - в) нормохромная*
25. При B_{12} -дефицитной анемии в анализе крови наблюдается
- а) лейкоцитоз, увеличение СОЭ*
 - б) лейкопения, уменьшение СОЭ*
 - в) повышение гемоглобина и эритроцитов*
 - г) повышение цветового показателя, снижение гемоглобина*
26. При лечении анемии Аддисона-Бирмера используется витамин
- а) B_6*
 - б) B_{12}*
 - в) С*
 - г) D*
27. При лечении B_{12} -дефицитной анемии используется
- а) адреналин*
 - б) гепарин*
 - в) ферроплекс*
 - г) цианокобаламин*

28. Подготовка пациента к анализу крови
- а) утром – исключение приема пищи*
 - б) утром – обильный завтрак*
 - в) утром и вечером – обильный прием пищи*
 - г) вечером – исключение приема пищи*
29. Физиологический лейкоцитоз наблюдается
- а) при голодании*
 - б) после еды*
 - в) после обильного приема жидкости*
 - г) при переохлаждении*
30. Для лечения острого лейкоза используют
- а) НПВС*
 - б) цитостатики и преднизолон*
 - в) гипотензивные средства*
 - г) ингаляционные глюкокортикоиды*
31. Основная причина острого лейкоза
- а) бактериальная инфекция*
 - б) гиподинамия*
 - в) стрессы*
 - г) хромосомные нарушения*
32. Стернальная пункция проводится при диагностике
- а) плеврита*
 - б) лейкоза*
 - в) пневмонии*
 - г) цирроза печени*
33. При лейкозе наблюдаются синдромы
- а) болевой, дизурический*
 - б) гипертонический, нефротический*
 - в) гиперпластический, геморрагический*
 - г) болевой, диспепсический*
34. Жалобы при остром лейкозе
- а) одышка, сердцебиение*
 - б) отеки, головная боль*
 - в) боли в костях, кровоточивость*
 - г) желтуха, кожный зуд*
35. При остром лейкозе часто развивается
- а) пневмония*
 - б) цирроз печени*
 - в) гломерулонефрит*
 - г) туберкулез*
36. Заболевание, при котором наблюдается гиперлейкоцитоз до 300×10^9 /л
- а) лейкоз*
 - б) пиелонефрит*
 - в) пневмония*
 - г) ревматизм*

37. Проявление геморрагического синдрома при остром лейкозе
- слабость
 - лихорадка
 - тяжесть в левом подреберье
 - носовое кровотечение
38. При лейкозе в анализе крови наблюдается
- лейкоцитоз, появление бластов
 - эритроцитоз, уменьшение СОЭ
 - тромбоцитоз, ускорение СОЭ
 - эритроцитоз, тромбоцитоз
39. Подготовка пациента к стеральной пункции
- очистительная клизма
 - исключение из рациона железосодержащих продуктов
 - не проводится
 - разъяснение сущности процедуры
40. При хроническом лимфолейкозе происходит увеличение
- печени, селезенки, сердца
 - печени, селезенки, лимфатических узлов
 - селезенки, сердца, щитовидной железы
 - селезенки, сердца, почек

5. Установите соответствие

Название препарата	Группа препарата
Метотрексат	ГКС
Диклофенак	Антиферментные
Преднизолон	Хондропротекторы
Румалон	Антиметаболиты
Гордокс	Антибиотики
Пенициллин	НПВС
Метипред	Иммунодепрессанты

6. Решите клинические задачи в сборнике задач

По мере решения в сборнике подпишите над задачей определенный диагноз или неотложное состояние, а в самой задаче маркером выделите ведущие симптомы (3-4 симптома).

Задачи также используются для индивидуального задания по составлению плана сестринских вмешательств.

Эталоны ответов к тестовым вопросам: 1 б, 2 в, 3 в, 4 а, 5 а, 6 в, 7 в, 8 в, 9 б, 10 г, 11 в, 12 в, 13 а, 14 в, 15 б, 16 а, 17 в, 18 г, 19 а, 20 в, 21 г, 22 в, 23 б, 24 б, 25 г, 26 б, 27 г, 28 а, 29 б, 30 б, 31 г, 32 б, 33 в, 34 в, 35 а, 36 а, 37 г, 38 а, 39 г, 40 б.

Критерии оценки:

0 – 4 ошибок – «5»

5 - 8 ошибки – «4»

9 - 12 ошибки – «3»

13 и более ошибок – «2»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБОУ ПО Пензенский областной медицинский колледж
Кузнецкий филиал

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

для студентов 2 курса

специальность 34.02.01 «Сестринское дело»

**ПМ 04. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ**

**МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов
терапевтического профиля разных возрастных групп**

**Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях
терапевтического профиля**

**Тема 2.9 Сестринский уход при острых аллергических
заболеваниях**



Составитель: Павлова О.В.
преподаватель высшей квалификационной
категории

Пояснительная записка

Уважаемый студент!

Учебно – методическое пособие для студентов создано для самостоятельной внеаудиторной подготовки по теме «Сестринский уход при острых аллергических заболеваниях», а также может использоваться на практических занятиях по теме.

В пособии отражен и систематизирован теоретический материал по данной теме и включает основные вопросы:

- ✓ Определения заболеваний наиболее часто встречающихся;
- ✓ Этиология, патогенез и клиническая картина заболеваний;
- ✓ Диагностические методы;
- ✓ Особенности лечения;
- ✓ Особенности сестринского ухода;
- ✓ Осложнения и неотложные состояния.

Пособие содержит вопросы промежуточного контроля и раздел «Итоговая самооценка» для определения итогового уровня знаний после работы с пособием, для закрепления и обобщения полученной новой информации.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС и рабочей программой МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп. Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля, рекомендуется для преподавателей дисциплины и студентов специальности «Сестринское дело» 2 курса.

Указания по работе

I. Освоение нового материала основывается на базовых знаниях, полученных при изучении ряда дисциплин и МДК на первом и втором годах обучения.

1. ОП.02 «Анатомия и физиология человека»
2. ОП.03 «Основы латинского языка с медицинской терминологией»
3. ОП.04 «Основы патологии»
4. ОП.05 «Основы микробиологии и иммунологии»
5. ОП.06 «Генетика человека с основами медицинской генетики»
6. ОП.07 «Фармакология»
7. ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи МДК.01.01 Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации
8. ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности, находящегося в распоряжении медицинского персонала МДК.02.01 Документирование и контроль в профессиональной деятельности
9. ПМ.03 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни МДК.03.01 Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний МДК.03.02 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению

II. Для более точного осмысления и понимания нового материала, Вам необходимо внимательно ознакомиться с теоретическим материалом.

III. Изучите теоретический материал по теме, отвечая на вопросы самоконтроля. Законспектируйте кратко материал.

IV. Выполните задания в разделе «Итоговая самоаттестация» для закрепления, систематизации новой информации. После сверьте результаты с эталонами, при низкой оценке вернитесь к теоретическому материалу еще раз.

V. Для более глубокого изучения материала по данной теме воспользуйтесь списком дополнительной литературы, выполните задания для внеаудиторной работы.

Формируемые компетенции

1.1.1. Перечень общих компетенций

ОК 01.	<i>Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам</i>
ОК 02.	<i>Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности</i>
ОК 03.	<i>Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях</i>
ОК 04.	<i>Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде</i>
ОК 05.	<i>Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста</i>
ОК 06.	<i>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</i>
ОК 07.	<i>Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях</i>
ОК 08.	<i>Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности</i>
ОК 09.	<i>Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках</i>

1.1.2. Перечень профессиональных компетенций

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
ВД 4	Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях
ПК 4.1.	<i>Проводить оценку состояния пациента</i>
ПК 4.2.	<i>Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту</i>
ПК 4.3.	<i>Осуществлять уход за пациентом</i>
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

1.1.3. В результате освоения, обучающийся должен:

Иметь практический опыт	<p>проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированием лечащего врача;</p> <p>выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту;</p> <p>осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии;</p> <p>обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;</p> <p>проведения мероприятий медицинской реабилитации</p>
Уметь	<p>проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении;</p> <p>выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>выявлять факторы риска падений, развития пролежней;</p> <p>проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике;</p> <p>осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода;</p> <p>выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни;</p> <p>проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли;</p> <p>выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту:</p> <ul style="list-style-type: none">- оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов;- введение лекарственных препаратов внутривенно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи;

	<p>- катетеризацию периферических вен;</p> <p>- внутривенное введение лекарственных препаратов;</p> <p>проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача;</p> <p>собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача;</p> <p>проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача;</p> <p>обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов;</p> <p>ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств;</p> <p>осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;</p> <p>осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;</p> <p>выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни;</p> <p>оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям);</p> <p>проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;</p> <p>разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача;</p> <p>получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения поведения.</p>
Знать	<p>основы теории и практики сестринского дела, методов определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;</p> <p>диагностических критериев факторов риска падений, развития</p>

	<p>пролежней и контактного дерматита у пациентов;</p> <p>анатомо-физиологических особенностей и показателей жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правил измерения и интерпретации данных;</p> <p>технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;</p> <p>основ клинической фармакологии, видов лекарственных форм, способов и правил введения лекарственных препаратов, инфузионных сред;</p> <p>правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам;</p> <p>медицинских изделий (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемых для проведения лечебных и (или) диагностических процедур и вмешательств;</p> <p>требований к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента;</p> <p>порядка и правил учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртосодержащих препаратов, инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания;</p> <p>правил ассистирования врачу (фельдшеру) при выполнении лечебных или диагностических процедур;</p> <p>правил транспортной иммобилизации;</p> <p>особенности сестринского ухода с учетом заболевания, возрастных, культурных и этнических особенностей пациента;</p> <p>современных технологий медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;</p> <p>особенности и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;</p> <p>порядка оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента;</p> <p>процесса и стадий умирания человека, клинических признаков, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенности сестринского ухода;</p> <p>признаков биологической смерти человека и процедур, связанных с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке;</p> <p>психологии общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам</p>
--	--

(законным представителям);

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

физических и психологических особенностей пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

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

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

показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

правил оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Литература

3.2.1. Основные печатные издания

1. Лычев В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 552 с
2. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела: практикум : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования / Т. П. Обуховец ; под ред. Б.В. Кабарухина. – 3-е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2020. – 688 с.
3. Смолева, Э. В. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учебное пособие / Э. В. Смолева. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. — 475 с. — ISBN 978-5-222-35201-4;

3.2.2. Основные электронные издания

1. Антропова О. В. Теория и практика сестринского дела. Курс лекций : учебное пособие для СПО / О. В. Антропова. — 2-е стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 84 с. — ISBN 978-5-8114-8670-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/179153> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Двойников, С. И. Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников : учеб. пособие / под ред. С. И. Двойникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4094-0. - Текст : электронный // URL : <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440940.html> (дата обращения: 11.01.2022). - Режим доступа : по подписке
3. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С.А. Тарновская И.И. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2019, 2020. – 368 с. Доступ из ЭБС «Конс. студ.»
4. Повх Л. А. Сестринский уход в терапии. Сборник задач : учебное пособие / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2020. — 116 с. — ISBN 978-5-8114-5660-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/143711> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3.2.3. Дополнительные источники

1. ГОСТ Р 52623.1–2008 Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования. – Введ. 01.09.2009 – Москва: Стандартинформ, 2009. – 35 с.
2. ГОСТ Р 52623.3 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 220 с.
3. ГОСТ Р 52623.4 – 2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. – Введ. 31.03.2015 – Москва: Стандартинформ, 2015. – 88 с.

В период дистанционного обучения в открытом доступе представлен электронный дидактический материал (методические рекомендации, учебные пособия, рабочие тетради по ПМ 04.МДК 04.02) на сайте Кузнецкого филиала ГБОУ ПО «ПОМК» <http://kuzmedcoll.narod.ru> в разделе: «Дистанционное обучение».

Электронный адрес ведущего преподавателя:

pavlovaolga.72@mail.ru

Теоретический материал

МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп

Раздел 2. Сестринский уход за пациентами при заболеваниях терапевтического профиля Тема 2.9 Сестринский уход при острых аллергических заболеваниях

Иммунная система – это система биологических структур и процессов организма, обеспечивающая его защиту от инфекций, токсинов и злокачественных клеток.

Для правильной работы иммунной системы необходимо, чтобы она умела распознавать широкий спектр патогенов — от вирусов до многоклеточных червей — и отличать их от собственных здоровых тканей организма.

Имеются две подсистемы: врождённая иммунная система и приобретённая (адаптивная) иммунная система. Обе подсистемы используют как гуморальные механизмы, так и клеточные механизмы.

Нарушения в работе иммунной системы приводят к возникновению аутоиммунных заболеваний, воспалительных заболеваний и рака.



Для защиты организма природа создала многоэтапную систему обороны. При вторжении чужеродные агенты сталкиваются со следующими компонентами иммунной системы:

- кожа и слизистые оболочки: симбиотические бактерии, живущие на границе нашего организма и окружающей среды, выделяют вещества, губительно действующие на **патогенные** (болезнетворные) микроорганизмы;

- слизистые оболочки дыхательных путей, пищеварительного тракта, мочевыделительной системы не только заселены симбиотическими бактериями, но и покрыты слизистыми выделениями: со слизью из организма удаляются чужеродные вещества и микроорганизмы; кроме того, слизистые выделения содержат вещества, обладающие противомикробной, противовирусной и противогрибковой активностью (например, **лизоцим** — антибактериальный агент, фермент, разрушающий муреин клеточных стенок бактерий);

- стенки лимфатических и кровеносных сосудов: воспалительная реакция сопровождается расширением капилляров (покраснение — **гиперемия**), повышением температуры, увеличением проницаемости их стенок для лейкоцитов и белка плазмы фибриногена. Фибриноген превращается в фибрин и закупоривает лимфатические сосуды. Это препятствует оттоку лимфы из воспалённого участка и распространению инфекции. Развивается отёк. В очаге воспаления скапливается большое количество лейкоцитов-фагоцитов, которые поглощают вторгшиеся микроорганизмы.

Органы иммунной системы

Иммунной системе принадлежат следующие структуры:
центральные органы —

- костный мозг;
- тимус.

Органы, содержащие **лимфоидную ткань** (лимфоциты различной степени зрелости):

- селезёнка;
- лимфатические узлы;
- пейеровы бляшки кишечника;
- миндалины;
- аппендикс.

По организации и механизмам функционирования иммунная система подобна нервной системе.

Обе системы представлены центральными и периферическими органами, способными реагировать на разные сигналы, имеют большое количество рецепторных структур и специфическую память.

К центральным органам иммунной системы относят **костный мозг** и **тимус**. В костном мозге из его стволовых клеток образуются В-лимфоциты. В тимусе происходит дифференцировка Т-лимфоцитов, образованных из поступивших в этот орган стволовых клеток костного мозга. В дальнейшем В- и Т-лимфоциты с током крови попадают в периферические органы иммунной системы, к которым относят миндалины, лимфоидные узелки, расположенные в стенках полых органов пищеварительной и дыхательной систем, мочевыводящей системы, лимфоидные пейеровы бляшки в стенках тонкой кишки, лимфатические узлы и селезёнку, а также многочисленные лейкоциты, свободно перемещающиеся в органах и тканях с целью поиска, распознавания и уничтожения чужеродных веществ.

Наиболее высокой степенью активности иммунной системы считается появление в лимфоидных узелках **центров размножения** — мест образования лимфоцитов. Такие центры появляются при сильных либо длительных антигенных влияниях (агрессивной внешней среде, инфекциях, онкологических процессах).

Органы иммунной системы	Функции органов иммунной системы
красный костный мозг	образование всех клеток крови; дифференциация В-лимфоцитов
тимус	дифференциация Т-лимфоцитов
лимфатическая система	удаление из организма чужеродных веществ (погибших клеток, клеток-мутантов и т. п.) путем фильтрации тканевой жидкости через лимфатические узлы
миндалины (миндалевидные железы)	образуют окологлоточное лимфоидное кольцо — защиту от инфекции из ротовой и носовой полости
аппендикс	защищает нижние ворота инфекции (от инфекции, проникающей через толстый кишечник)
селезёнка	лежит на пути тока крови из артериальной системы в венозную: распознавание и утилизация вышедших из строя эритроцитов

Таким образом, иммунная система состоит из многих компонентов, но главные среди них — лейкоциты.

Клетки иммунной системы

Все лейкоциты имеют общее происхождение из гемопоэтических стволовых клеток красного костного мозга.

Все эти клетки циркулируют в крови, хотя свои функции они выполняют в основном вне сосудов.

Основные функции лейкоцитов:

- обнаружение и уничтожение бактерий, вирусов и других чужеродных агентов путем фагоцитоза;
- уничтожение изменённых клеток (раковых и т. п.);
- уничтожение погибших клеток организма;
- участие в аллергических реакциях;
- участие в воспалительных реакциях при повреждениях тканей;
- выработка антител;
- формирование иммунной памяти организма.

Виды лейкоцитов

Лейкоциты делятся на три главные группы: гранулоциты, моноциты и лимфоциты.

Гранулоциты содержат многочисленные лизосомы, секреторные пузырьки и гранулы. В соответствии с различным характером окраски этих гранул гранулоциты делятся на нейтрофилы, базофилы и эозинофилы.

Эозинофилы (розовая окраска гранул) защищают организм от паразитов и способствуют развитию аллергических реакций. Уровень эозинофилов повышается при глистных инвазиях (заражениях).

Базофилы (сине-фиолетовая окраска гранул) выделяют **гистамин**, который участвует в воспалительных реакциях.

Нейтрофилы (фиолетово-розовая окраска гранул) способны к **фагоцитозу**. Они захватывают, убивают и переваривают микроорганизмы (в основном бактерии).

Моноциты — самые крупные из лейкоцитов. Выходя из кровяного русла, они становятся **макрофагами** — крупными клетками серо-голубого цвета. Как и нейтрофилы, они способны к **фагоцитозу**. Макрофаги, однако, значительно больше по размерам и дольше живут, чем нейтрофилы.

Таким образом, фагоцитами являются гранулярные нейтрофилы и более крупные и долгоживущие агранулярные макрофаги (моноциты).

Лимфоциты участвуют в иммунном ответе:

- **В-лимфоциты** производят антитела;
- **Т-лимфоциты** убивают клетки, инфицированные вирусом, и регулируют активность других лейкоцитов;
- **нормальные (естественные) киллеры** уничтожают некоторые виды опухолевых и заражённых вирусами клеток.

В-лимфоциты образуют антитела, являющиеся изменёнными формами собственных поверхностных рецепторов.

Т-лимфоциты подразделяются на:

Т-хелперы, способствующие развитию иммунного ответа;

Т-супрессоры, подавляющие развитие иммунного ответа;

Т-киллеры, уничтожающие клетки, несущие на себе антигены.

Кроме лимфоцитов этих двух главных классов известны ещё лимфоциты, осуществляющие неспецифические реакции.

Тучные клетки относятся к вспомогательным клеткам иммунной системы. Они представляют незрелые лейкоциты, которые мигрируют из кровяных сосудов в ткани, где подвергаются окончательной дифференцировке и созреванию. Тучные клетки находятся практически во всех тканях, но особенно их много в коже, около сосудов и в слизистой оболочке дыхательных путей и кишечника.

В тканях тучные клетки активно перемещаются с помощью псевдоподий. В их цитоплазме содержится большое количество везикул (пузырьков). При контакте тучной клетки с антигеном везикулы сливаются с клеточной мембраной в течение доли секунды, и их содержимое освобождается. Этот процесс играет важную роль в аллергических и воспалительных реакциях немедленного типа.

Не смотря на то, что тучные клетки способны самостоятельно уничтожать некоторые антигены путем фагоцитоза, основная их роль заключается в координации врожденных и адаптивных иммунных реакций.

Аллергические заболевания.

Основными проблемами пациента при аллергических заболеваниях являются: слабость, головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, отрыжка, тошнота, рвота, анорексия, зуд, эритема, уплотнение кожи, волдыри.

Наличие тех или иных симптомов зависит от патологического процесса, т.е. от развития того или иного заболевания.

Аллергозы – группа заболеваний, основой развития которых является аллергия.

Острые аллергические заболевания — это своеобразная повышенная чувствительность к белкам (полные антигены) и гаптенам (неполные антигены, простые соединения с низким молекулярным весом) и представляет собой реакцию, развивающуюся в ответ на повторное воздействие веществ (аллергенов). Термин «аллергия» означает — иная реакция. Распространенность аллергических реакций связана с загрязнением окружающей среды, химизацией, ростом потребления лекарственных средств, применением профилактических прививок. Все аллергены делятся на экзогенные (неинфекционные и инфекционные) и эндогенные (аутоаллергены). Аллергические реакции могут проявляться по немедленному В-зависимому типу (анафилактические, развиваются через

несколько минут или 1—1,5 ч от начала контакта с антигеном), замедленному (Т-зависимому, через сутки и более) типу и смешанному типу. К реакциям немедленного типа относятся крапивница, отек Квинке, поллиноз, риноконъюнктивальный синдром, ларинготрахеит, приступ бронхиальной астмы, анафилактический шок, пищевая аллергия, холодовая аллергия. К реакциям замедленного типа относятся дерматиты, экзема, аллергический миокардит, аллергический гепатит, аллергический васкулит, анемия и др.

Сенсибилизация: первое взаимодействие с аллергеном

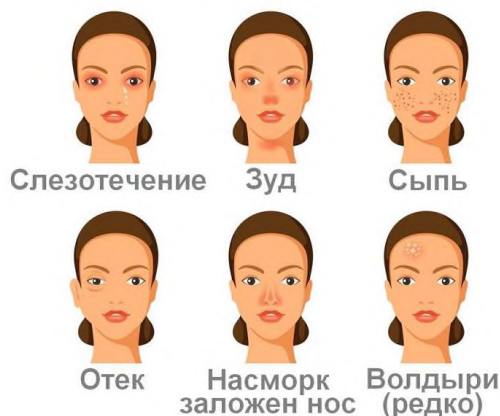


Аллергическая реакция: повторное взаимодействие с аллергеном



Поллиноз. Группа аллергических заболеваний (сенная лихорадка, ринит, конъюнктивит), максимально выраженные в период наибольшей концентрации пыли (аллергена) в воздушной среде. Для поллиноза характерно развитие конъюнктивита, выраженного аллергического ринита с обильными выделениями из носа, отеком слизистой носа (насморк, зуд в носу, чихание). Риноконъюнктивальный синдром в период цветения растений повторяется из года в год.

СИМПТОМЫ ПОЛЛИНОЗА



Поллиноз может возникнуть при повторном приеме различных лекарственных

средств, контакте с ними (часто у медицинских сестер), как и реакция на запах и шерсть животных.

Сестринский диагноз при поллинозе: покраснение глаз; обильные выделения из носа; насморк; зуд в носу; чихание; зуд кожи; чувство разбитости; лихорадка; боли в суставах, мышцах.

Особенности ухода и лечение. Обычно лечение осуществляется в амбулаторных условиях. Прежде всего, проводится прекращение контакта пациента с аллергеном. С этой целью исключаются имеющие общие антигенные свойства с пылью растений: орехи, соки, фрукты, хлеб и все мучные изделия, растительное масло. При аллергии к перу птицы исключаются мясо птицы, яйца.

Специфическая иммунотерапия проводится по назначению врача: пациенту вводятся

Продукт	Аллергены, вызывающие перекрестные реакции
Орехи	Киви, манго, мука из рисовой, гречневой и овсяной круп, пыльца березы и орешника, кунжут, мак
Морковь	Петрушка, сельдерей, бета-каротин, витамин А
Клубника	Малина, ежевика, брусника, смородина
Арахис	Бананы, зеленый горошек, томаты, соя, косточковые (слива, персики и т. п.), латекс
Кефирные грибки	Плесневые грибы, сорта сыров с плесенью (рокфор, бри, дор-блю и т. п.), дрожжевое тесто, квас, антибиотики пенициллинового ряда
Яблоки	Груша, айва, слива, персик, пыльца березы, ольхи и полыни
Картофель	Баклажаны, томаты, перец стручковый зеленый и красный, табак
Свекла	Шпинат
Бобовые	Манго, арахис, люцерна



аллергопротекторы (ломусол, оптикром), антигистаминные средства (диазолин, пипольфен, кларитин, супрастин, лоратадин), иммуномодуляторы (видезан, спленин), симптоматические средства (нафтизин, галазолин, санорин и др.).

Лекарственная болезнь. Проявление побочного действия лекарственных средств, в основе которого лежат специфические иммунологические механизмы, обусловленные повышенной чувствительностью организма к данному лекарственному препарату. Заболевание наблюдается чаще в возрасте от 20 до 40 лет преимущественно у женщин, связано с повторным применением лекарственных средств. Наиболее частыми причинами являются прием антибиотиков

(пенициллины), а также сульфаниламидов, аспирина, ибупрофена, рентгеноконтрастных веществ и др.

Клиническая картина лекарственной болезни складывается из общей реакции организма и изменений со стороны внутренних органов. При замедленном типе реакции основные клинические проявления развиваются на 5—9-й день и длятся 2 недели. Появляется чувство разбитости, лихорадка, зуд кожи, дерматит, боли в суставах, мышцах. Иногда развиваются выраженные полиартриты, серозиты, увеличение лимфоузлов. При немедленном типе реакции развивается картина сывороточной болезни, крапивницы, отека Квинке, анафилактического шока.

Сывороточная болезнь. Тяжело протекающая аллергическая реакция, возникающая после введения сыворотки (чаще противостолбнячной) или других белковых препаратов (инсулин, АКТГ, печеночные лекарственные средства). Частота возникновения болезни зависит от вида и дозы вводимого препарата, степени его очистки.

Инкубационный период от введения препарата до развития клиники составляет от нескольких часов до нескольких недель. Острый период начинается с повышения температуры тела (до 39—40 °С), болей в суставах, появляется геморрагическая сыпь, которая распространяется по всему телу. Нередко сыпь сочетается с отеками, преимущественно на лице, увеличенными лимфоузлами. В редких случаях развивается картина анемии. При легком и среднетяжелом течении болезнь длится обычно 5—7 дней, при тяжелом течении — 2—3 недели. Иногда болезнь приобретает рецидивирующий характер течения.

Сестринский диагноз при лекарственной и сывороточной болезни: гипертермия; зуд; боль в суставах; геморрагическая сыпь; отеки; слабость.

Особенности ухода и лечение. Медицинская сестра обеспечивает:

выполнение назначенных врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов и контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и величины суточного диуреза; подготовку пациентов к лабораторным и аллергическим исследованиям. Также она проводит: беседы о значении режима и

ИСКЛЮЧИТЬ из рациона	РЕКОМЕНДУЕТСЯ с учётом индивидуальной непереносимости
<ul style="list-style-type: none">• Цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны, грейпфруты и др.)• Орехи (фундук, миндаль, арахис и др.)• Рыба и рыбные продукты (свежая и соленая рыба, рыбные бульоны, консервы из рыб, икра и др.)• Птица (гусь, утка, индейка, курица и др.) и изделия из нее• Шоколад и шоколадные изделия• Кофе• Копченые изделия• Хрен, редис, редька• Томаты, баклажаны• Грибы• Яйца• Молоко• Клубника, земляника, дыня, ананас• Сдобное тесто• Мед• Уксус, горчица, майонез и прочие специи	<ul style="list-style-type: none">• Мясо говяжье нежирное, отварное• Супы: крупяные, овощные на вторичном говяжьем бульоне, вегетарианские• Масло сливочное, оливковое, подсолнечное• Картофель отварной• Каши: гречневая, геркулесовая, рисовая• Молочнокислые продукты – однодневные (творог, кефир, простокваша)• Огурцы свежие, петрушка, укроп• Яблоки печеные• Чай• Сахар• Компоты из яблок, сливы, смородины, вишни, сухофруктов• Белый несдобный хлеб• Сосиски молочные

гипоаллергизирующей диеты; обучает больных правильному приему лекарственных средств.

Режим назначается врачом в зависимости от тяжести течения болезни. Диета гипоаллергизирующая (исключаются яйца, цитрусовые, рыба, молоко, кофе, шоколад). При легкой форме сывороточной болезни назначаются препараты кальция (внутривенно), антигистаминные средства, аскорутин. При средней и тяжелой степенях врачом назначаются глюкокортикостероиды (обычно преднизолон по 30—60 мг в сутки) в течение 2—3 недель, гепарин (10—20 тыс. ЕД в сутки), витамин С (5 % раствор парентерально).

Профилактика.

Первичная: введение строго по показаниям белковых препаратов, замена сыворотки человеческим гамма-глобулином.

Вторичная: после выписки из стационара больному нельзя употреблять в пищу кумыс и конское мясо для предупреждения перекрестных аллергических реакций.

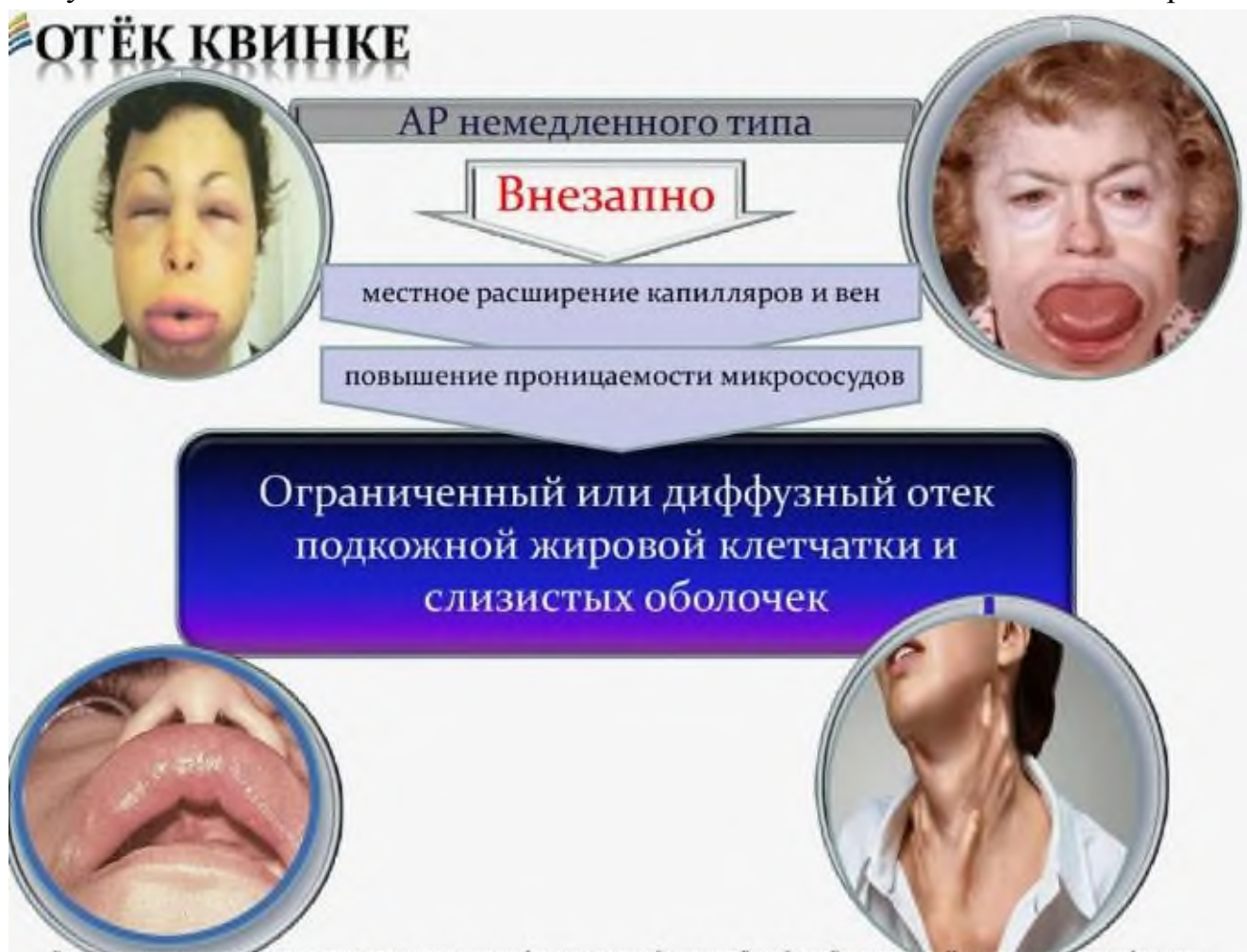
Крапивница. Аллергическое заболевание, связанное с поступлением в организм различных аллергенов и характеризующееся часто уртикарными высыпаниями. Кожные высыпания могут быть единственным признаком этой болезни, но могут сочетаться с ангионевротическим отеком и другими патологическими изменениями. Отмечается экзема без зуда (кореподобная экзантема), легкая крапивница — или крапивница с зудом, выраженная крапивница — крапивница с отеком лица и суставов. Аналогичные уртикарные высыпания на слизистых оболочках могут вызвать нарушения функций органов: появляется одышка, кашель, явления асфиксии, боли в животе. Причиной крапивницы являются лекарственные препараты, пищевые продукты (яйца, молоко, рыба, алкоголь и др.), укусы насекомых, пыльца растений, бактериальные аллергены, физические факторы (УФО, тепло, холод). Заболевание связано с выделением гистамина и образованием в крови антител. Гистамин вызывает расширение капилляров и повышение проницаемости сосудов, что ведет к гиперемии, появлению волдырей, зуду и отеку.



Клиника характеризуется локальным или распространенным кожным зудом, ознобом, тошнотой, болями в животе, быстрым развитием высыпаний. Как правило, крапивница сохраняется от 1 до 7 дней, реже до нескольких недель. Крапивница, длящаяся более 3 мес, является хронической. Развитие рецидивов хронической крапивнице связано с нарушением функции печени, почек, желудочно-кишечного тракта, изменением обмена веществ, глистными

инвазиями, очагами хронической инфекции, повышенной чувствительностью к холоду, теплу или солнечной радиации.

Отек Квинке (ангионевротический отек) — это ограниченный, с четкими краями отек, распространяющийся на кожу, подкожную клетчатку, слизистые оболочки с локализацией в области лица, конечностей, гениталий, гортани, желудочно-кишечного тракта.



Отек Квинке нередко сочетается с крапивницей, но может быть и самостоятельным проявлением острой аллергической реакции.

Клиника проявляется напряжением, увеличением размеров губ, век, носа, ушей, языка, мошонки и т. д. Особую опасность представляет отек слизистой рта, языка, гортани, что приводит к затрудненному дыханию и асфиксии. Появляется осиплый голос, «лаящий кашель», затруднение вдоха и выдоха, стридорозное дыхание. Лицо становится синюшным, потом бледным.

Смерть может наступить от асфиксии. Отек слизистой пищевода, желудка, кишечника обуславливает клиническую картину «острого живота»: сильные боли в животе, рвота с примесью желчи. При поражении мозговых оболочек появляются менингеальные симптомы (головная боль, тошнота, рвота). Сохраняется отек от нескольких часов до нескольких суток и при адекватном

лечения исчезает бесследно.

Сестринский диагноз при крапивнице и отеке Квинке: мучительный локальный или распространенный кожный зуд; озноб; тошнота; рвота; боль в животе; быстрое развитие волдырей; напряжение, увеличение размеров губ, век, носа, ушей, языка, мошонки; затрудненное дыхание и глотание; сиплый голос; грубый кашель; одышка.

Особенности ухода и лечение. При острой крапивнице, вызванной приемом внутрь лекарственных или пищевых веществ, следует очистить желудок и кишечник с помощью промывания желудка, дачи солевых слабительных (сернокислая магнезия) и повторных очистительных клизм. Нужно незамедлительно прекратить контакт с аллергеном, организовать гипоаллергизирующее питание. По назначению врача вводятся антигистаминные препараты, кортикостероиды. Для улучшения микроциркуляции и снижения проницаемости сосудов вводится аскорбиновая кислота (5% раствор парентерально, ежедневно).

В случае отека гортани при отеке Квинке, абдоминальном синдроме по назначению врача вводятся адреналин (0,1 % раствор 0,5 мл подкожно), эфедрин, преднизолон (30—90 мг), проводится дегидратационная терапия. При развитии асфиксии показана интубация трахеи тонкой эндотрахеальной трубкой, по показаниям трахеостомия, которую выполняет ЛОР-врач. При развитии крапивницы и отека Квинке в связи с пищевой аллергией обязательно проводятся разгрузочные дни (молочные, арбузные, кефирные, яблочные и др.) с последующей гипоаллергизирующей диетой и выявлением аллергена.

Анафилактический шок (анафилаксия системная) — аллергический процесс, наступающий в результате реакции антиген-антитело в сенсibilизированном организме и характеризующийся острой сосудистой недостаточностью. Происходит активация и освобождение биологически активных веществ (гистамина, серотонина, гепарина, ацетилхолина) и образование новых активаторов (брадикинина и др.).

Анафилактический шок может вызвать любое лекарственное средство и рентгеноконтрастный препарат, чаще он развивается при их парентеральном введении. Обычно возникает среди полного здоровья. Вероятность шока возрастает при повторном введении препарата, укусе насекомого, приеме пищевого аллергена. Чаще всего характеризуется внезапным, бурным началом в течение от 2 секунд до часа (возможно развитие и через несколько часов) после контакта с аллергеном. Чем быстрее развивается шок, тем хуже прогноз.

Большинство пациентов отмечают слабость, одышку, кашель, чувство сдавления в груди, страх смерти, головокружение, снижение зрения, «пелену» перед глазами, потерю слуха, боли в сердце, тошноту, рвоту, боли в животе,

позывы на дефекацию и мочеиспускание. При осмотре сознание может быть спутанным или отсутствовать (кома). Отмечается цианоз или гиперемия кожи, бледность, холодный пот. Зрачки обычно расширены. Может быть одышка, шумное, свистящее дыхание, слышное на расстоянии. В легких могут быть сухие хрипы. Пульс нитевидный. АД низкое или не определяется. Тоны сердца глухие, тахикардия. Возможно развитие отека легких.

Прогноз зависит от правильности и своевременности лечения, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений. При крайне тяжелом молниеносном АШ может наступить внезапная остановка сердца. Смерть может наступить также от дыхательной недостаточности вследствие бронхоспазма, асфиксии и отека легких, острой сердечно-сосудистой недостаточности или отека головного мозга.

Сестринский диагноз: слабость; одышка; сухой кашель; чувство сдавления в груди; страх смерти; головокружение; снижение зрения, «пелена» перед глазами; потеря слуха; чувство жара; озноб; боль в сердце; тошнота; рвота; боль в животе, позывы на дефекацию и мочеиспускание и быстрая потеря сознания.

Особенности ухода и лечение.

Начинается с оказания неотложной помощи. С учетом выполненных мероприятий доврачебной помощи выше места инъекции (укуса) наложить жгут. Место инъекции (укуса) обколоть 0,1 % раствором адреналина 0,5 мл в 2—3 укола, приложить лед (холод), еще 0,5 мл ввести в другое место. Внутривенно ввести 60—120 мг преднизолона, повторять введение каждые 4 ч. При отсутствии возможности ввести преднизолон внутривенно ввести преднизолон в дозе 90—120 мг внутримышечно. Ввести внутривенно 2 мл супрастина (тавегила, димедрола и др.). Проводить оксигенотерапию. При отсутствии эффекта через каждые 10—15 мин вводится адреналин по 0,5 мл до выведения пациента из шока.

При бронхоспазме дать в ингаляции бета-2-агонист (беротек, сальбутамол и др.).

При отеке гортани дать в ингаляции бета-2-агонист и ввести внутривенно 2 мл лазикса. При угрозе асфиксии показана интубация трахеи тонкой трубкой или трахеотомия.

При психомоторном возбуждении ввести внутривенно 2 мл 0,5 % раствора седуксена (реланиум). При необходимости можно повторить введение реланиума внутривенно.

Лечение глюкокортикоидами продолжается 7—20 дней.

При анафилактическом шоке, связанном с применением йодсодержащего препарата, внутривенно, капельно вводится 10 мл 30 % раствора тиосульфата натрия.

При анафилактическом шоке, обусловленном введением пенициллинов

(пенициллин, ампициллин, ампиокс и др.), показано однократное внутримышечное введение 1 000 000 ЕД пенициллиназы в 2 мл физиологического раствора.

После выведения больного из анафилактического шока необходимо наблюдение в условиях отделения реанимации в течение 1—2 сут. Дальнейшее лечение продолжается в условиях отделения терапии в течение 10—14 дней.

Профилактика.

Первичная: перед введением лекарственного препарата выяснять аллергологический анамнез, провести опрос на его переносимость. Использовать разовые шприцы и иглы. Иметь в готовности противошоковый набор и программу противошоковой терапии в процедурном кабинете.

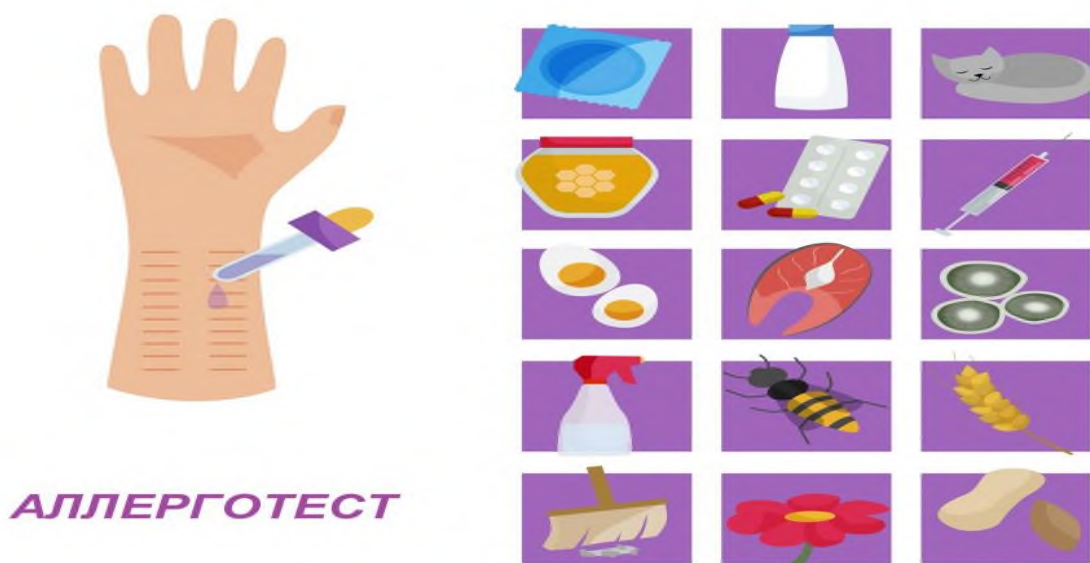
Вторичная: все больные, страдающие аллергическими заболеваниями или перенесшие отек Квинке, анафилактический шок, должны иметь паспорт больного аллергическим заболеванием, в котором зафиксированы непереносимые препараты с запретом на их применение и рекомендации по неотложной помощи в случае возникновения аллергической реакции. Больные подлежат диспансерному учету у аллерголога.

Диагностика аллергии.

Неспецифические тесты:

- общий анализ крови (для выявления эозинофилии);
- определение уровней сывороточного IgE. (Иммуноглобулин E общий отражает суммарное количество иммуноглобулинов класса IgE в сыворотке крови.)

Специфические тесты – проведение кожных проб и тестирование аллерген-специфической сыворотки IgE (на коже делается царапина или небольшой прокол, через который вводится аллерген):



Лечение и уход при аллергических заболеваниях.

В лечении различают этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины), патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания) и симптоматическое (только устраняет симптомы заболевания на короткое время).

Этиотропное (этиологическое – направленное на устранение причины):

1. Исключить контакты с аллергенами (потребуется более тщательная уборка помещения и реорганизация пространства дома таким образом, чтобы в спальне не было открытых полок с книгами, одеждой, игрушками и горшков с растениями).

2. Соблюдение гипоаллергенной диеты (показано исключение провоцирующих продуктов. Диета, при которой из рациона убирают аллергены, называется элиминационной).

Патогенетическое (воздействие на механизм развития заболевания):

1. Глюкокортикостероиды (ГКС) и антигистаминные (обладают противовоспалительным и противоаллергическим действием);

2. Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) позволяет уменьшить чувствительность к аллергену путём его введения в организм в микродозах. По своему действию метод напоминает вакцинацию: иммунная система «знакомится» с веществом и учится взаимодействовать с ним в безопасных условиях. Терапия позволяет улучшить состояние пациента, снизить потребность в лекарственных препаратах, а также остановить расширение спектра аллергенов.

Симптоматическая терапия

1. Дезинтоксикационные средства (направленных на очистку организма от вредных веществ, токсинов и шлаков. Этот процесс включает в себя использование специальных препаратов, растворов и методов);

2. Бронхолитические (при приступе удушья — спреи и ингаляторы, позволяющие снять спазм дыхательных путей);

3. Сосудосуживающие (при ринитах в виде капель в нос);

4. Гипертоники (при наличии падения АД);

5. Оксигенотерапия (для устранения гипоксии).

Для каждого заболевания и пациента индивидуальный подход в лечении, но основа всегда заключается в понимании этиологии, патогенеза, клинической картины и возможного развития осложнений.

Для составления плана сестринских вмешательств используйте методическое пособие **«Методы исследования при заболеваниях терапевтического профиля в сестринской практике»**.

Пример плана сестринских вмешательств

Цель: устранить одышку, кожный зуд, крапивницу, течение из носа и слезотечение.

Сестринские вмешательства

План	Мотивация
<p>1. Обеспечить лечебно-охранительный режим (в соответствии с состоянием: постельный, полупостельный и т.д). Проведение влажных уборок без применения пахучих растворов, устранение пыли сборников (мягкая мебель, мягкие игрушки). Устройство спальни комнаты (гипоаллергенное постельное: матрасы, подушки, одеяла и белье). Убрать цветы, животных исключить, открытые книжные полки не допускаются и т.д.</p>	<p>Исключение контакта с бытовыми аллергенами для эффективного лечения и профилактики осложнений.</p>
<p>2. Организация лечебного питания (в зависимости от заболевания (ОВД гипоаллергенная).</p> <p>- показано исключение провоцирующих продуктов: (цитрусовые, шоколад, кофе, орехи, рыба, молоко, яйца, мед и т.д.)</p> 	<p>Для эффективного лечения:</p> <p>исключение пищевого аллергена и возможности перекрестных аллергий</p>
<p>3. Организация диагностических методов с выпиской направлений: ОАК утром натошак из пальца (в клиническую лабораторию); Иммунологический анализ крови утром натошак из вены (в</p>	<p>Для качественной и своевременной диагностики</p>

<p>иммунологическую лабораторию) Аллергопробы: - аллергометрия (На внутреннюю поверхность предплечья наносят разные аллергены в минимальной концентрации. При отрицательном результате концентрацию аллергена постепенно увеличивают до тех пор, пока не возникнет слабоположительная реакция. По показаниям выполняют назальную, конъюнктивальную аллергометрию. - внутрикожный тест. В поверхностные слои кожи предплечья или спины вводят растворы диагностического аллергена, и через 20 минут отслеживают реакцию. - провокационный тест. Для диагностики пищевой и лекарственной аллергии раствор или таблетку помещают под язык (провокационный сублингвальный тест). При подозрении на аллергический ринит аллерген наносят на слизистую оболочку носовой полости (провокационный назальный тест). Для выявления аллергического конъюнктивита и риноконъюнктивита 2–3 капли аллергена наливают на конъюнктиву глаза (провокационный конъюнктивальный тест). Введение аллергена в дыхательные пути с помощью ингалятора выполняют в рамках диагностики бронхиальной астмы (провокационный ингаляционный тест). - скарификационный тест. Аллерген вводят через поверхностные царапины (скарификации) в области предплечья или верхней части спины. Выше и ниже аллергопроб наносят гистамин и тест-контрольную жидкость, относительно которых определяют аллергический ответ спустя 15–20 минут. - прик-тест. На кожу спины или предплечья наносят раствор аллергенов, сквозь которые делают микроуколы, повреждая исключительно поверхностные слои дермы. Аналогично скарификационному тесту выполняют аллергопробы с гистамином и тест-контрольной жидкостью. Кожную реакцию оценивают спустя 20 минут</p>	<p>Титрование эффективно при поллинозе, бронхиальной астме инфекционно-аллергического происхождения. Тест преимущественно используют для определения сенсibilизации (чувствительности) организма к лекарственным препаратам, ядам насекомых. Реакцию гиперчувствительности определяют при непосредственном контакте с аллергеном. Тест информативен для диагностики поллиноза, крапивницы, пищевой аллергии, отека Квинке, бронхиальной астмы. Проводят для выявления пылевых, грибковых, бытовых, лекарственных, эпидермальных аллергенов.</p>
--	--

<p>4. Организация ухода (в зависимости от проблем пациента):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обеспечить гигиену кожи - Нанесение на кожу мазей и растворов ГКС и антигистаминных препаратов - Применение капель в нос и глаза - Применение карманных ингаляторов (ГКС и бронхолитиков) 	<p>Для устранения аллергена с кожи и уменьшение зуда</p> <p>Для сужения сосудов и предотвращения течения слизи из носа и слезотечения.</p> <p>Для уменьшения удушья</p>
<p>5. Проводить обучение пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правилам ограничения контакта с аллергенами (стирка белья гипоаллергенными средствами, исключение косметики, дезодорантов (распылителей), ограничение пользования бытовой химией, исключить одежду из натуральной шерсти и т.д.) - самоконтролю за течением приступов бронхиальной астмы (проведение пикфлоуметрии и ведение дневника) - применению карманного ингалятора <p>Продемонстрировать пациенту последовательность выполнения процедуры, используя пустой ингаляционный баллончик:</p> <ul style="list-style-type: none"> • усадить пациента (если состояние пациента позволяет, лучше выполнять процедуру стоя, т.к. дыхательная экскурсия при этом эффективна); • снять с ингалятора защитный колпачок; • перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его; • попросить пациента сделать глубокий выдох; • попросить пациента слегка запрокинуть голову назад, вставить мундштук ингалятора пациенту в рот, попросить плотно обхватить мундштук губами; • попросить пациента сделать глубокий вдох через рот и одновременно нажать на дно баллончика; • извлечь мундштук ингалятора изо рта пациента и порекомендовать задержать дыхание на 5-10 с. • Попросить пациента сделать спокойный 	<p>С целью профилактики аллергических реакций</p> <p>Условия формирования знаний и умений.</p> <p>Обеспечение эффективности процедуры.</p> <p>Подготовка к процедуре.</p> <p>Лекарственное средство должно попасть как можно глубже в дыхательные пути.</p> <p>Обеспечение лучшего доступа лекарственного средства.</p> <p>Обеспечение достижения терапевтического эффекта.</p> <p>Завершение процедуры.</p>

выдох, перевернуть баллончик и закрыть его защитным колпачком.	
7. Обеспечить прием ГКС и антигистаминных средств по назначению врача	Для купирования острой аллергической реакции
8. Следить за цветом кожных покровов, температурой, пульсом, ЧДД, АД	Для контроля состояния и своевременной диагностики развития осложнений
9. Своевременно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного	Для предупреждения осложнений
10. Соблюдать этические-деонтологические правила при общении с пациентом и его родственниками	Для психоэмоциональной разгрузки больного и родственников

Если заболевание сопровождается развитием осложнений в виде неотложных состояний, в плане сестринских вмешательств на первом месте указывается применение алгоритма неотложной помощи! (См. методические рекомендации «Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях»)

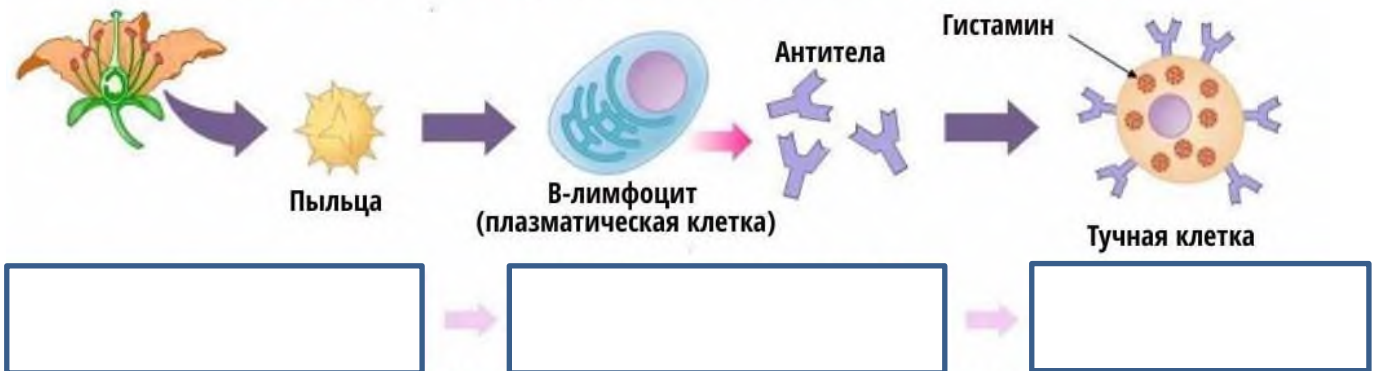
Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите состояния, относящиеся к аллергическим.
2. Дать определение понятию «аллергия» с указанием этиологии и патогенеза.
3. Охарактеризуйте типы аллергических заболеваний.
4. Дать определение понятию «Поллиноз» с указанием этиологии и патогенеза.
5. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
6. Дать определение понятию «Крапивница» с указанием этиологии и патогенеза.
7. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
8. Дать определение понятию «Отек Квинки» с указанием этиологии и патогенеза.
9. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
10. Дать определение понятию «Анафилактический шок» с указанием этиологии и патогенеза.
11. Сформулируйте проблемы пациента (настоящие, приоритетные и потенциальные).
12. Перечислить лабораторные методы исследования используемые для диагностики аллергических заболеваний.
13. Перечислить инструментальные методы исследования, используемые для диагностики аллергических заболеваний.
14. Перечислить препараты для лечения аллергических заболеваний, соблюдая принципы лечения (этиотропное, патогенетическое и симптоматическое).
15. Сформулируйте основные принципы оказания неотложной помощи при аллергической реакции.

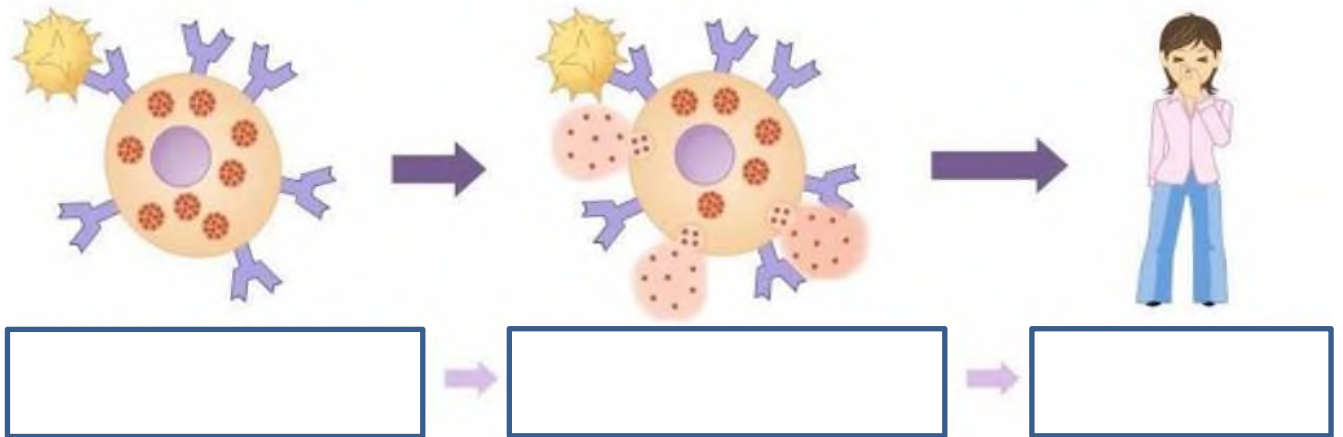
Итоговая самооценка

1. Подпишите этапы формирования аллергического процесса в организме.

Сенсибилизация: первое взаимодействие с аллергеном



Аллергическая реакция: повторное взаимодействие с аллергеном



2. Установите соответствие

Стадия заболевания суставов	Функциональная недостаточность
<ol style="list-style-type: none"> 1. Крапивница 2. Отек Квинке 3. Анафилактический шок 4. Полиноз 	<ol style="list-style-type: none"> а) осиплый голос, «лаящий кашель» б) конъюнктивит, слезотечение в) уртикарные высыпания на коже г) отсутствие сознания, пульс нитевидный. АД низкое или не определяется

3. Установите соответствие

Группа препарата	Название препарата
<ol style="list-style-type: none"> 1. ГКС 2. Антигистаминные 3. Адреномиметики 4. Гипертензивные 	<ol style="list-style-type: none"> а) супрастин, диазолин б) эпинефрин, фенилэфрин в) преднизолон, гидрокортизон г) допамин, дофамин

4. Выполните тестовые задания (выберите 1 верный ответ)

1. Пищевую аллергию могут вызвать
 - а) бобовые*
 - б) крупы*
 - в) огурцы*
 - г) цитрусовые*
2. Пищевую аллергию чаще вызывает
 - а) брусника*
 - б) кукуруза*
 - в) мясо*
 - г) рыба*
3. К бытовым аллергенам относится
 - а) домашняя пыль*
 - б) пенициллин*
 - в) пыльца березы*
 - г) шерсть кошки*
4. Животное, чаще вызывающее аллергическую реакцию
 - а) кошка*
 - б) морская свинка*
 - в) собака*
 - г) черепаха*
5. Препараты, чаще вызывающие аллергическую реакцию
 - а) антибиотики*
 - б) диуретики*
 - в) гипотензивные*
 - г) цитостатики*
6. Антибиотик, чаще вызывающий аллергическую реакцию
 - а) линкомицин*
 - б) пенициллин*
 - в) тетрациклин*
 - г) эритромицин*
7. При аллергии на пенициллин можно использовать
 - а) ампициллин*
 - б) оксациллин*
 - в) ампиокс*
 - г) тетрациклин*
8. При аллергии на тетрациклин можно использовать
 - а) олететрин*
 - б) тетраолеан*
 - в) доксициклин*
 - г) пенициллин*
9. При аллергии на сульфаниламиды пациенту противопоказан
 - а) бициллин*
 - б) бисептол*
 - в) фурадонин*
 - г) эритромицин*

10. Для профилактики лекарственной аллергии медсестре следует

- а) тщательно собрать аллергоanamnez*
- б) назначить другой препарат этой группы*
- в) заменить на препарат другой группы*
- г) назначить антигистаминный препарат*

11. Основные проявления крапивницы

- а) тошнота, рвота*
- б) одышка, сухой кашель*
- в) сыпь, кожный зуд*
- г) боль за грудиной, одышка*

12. Локализация сыпи при крапивнице

- а) лицо*
- б) туловище*
- в) конечности*
- г) любые участки тела*

13. Возможные осложнения при отеке Квинке

- а) асфиксия*
- б) кожный зуд*
- в) судороги*
- г) непроизвольное мочеиспускание*

14. Потенциальная проблема пациента при лечении некоторыми антигистаминными препаратами

- а) сухой кашель*
- б) гипергликемия*
- в) повышение АД*
- г) сонливость*

15. Тактика медсестры при угрозе отека гортани вне лечебного учреждения

- а) амбулаторное наблюдение*
- б) направление в поликлинику*
- в) направление на анализ крови*
- г) срочная госпитализация*

16. Анафилактический шок чаще возникает при введении лекарственного препарата

- а) внутрь*
- б) ингаляционно*
- в) парентерально*
- г) сублингвально*

17. Анафилактический шок чаще вызывает

- а) ужаление пчел*
- б) укус клещей*
- в) укус комаров*
- г) укус вшей*

18. Основные симптомы анафилактического шока

- а) одышка, кашель со "ржавой мокротой"*
- б) боль в пояснице, отеки, гипертония*
- в) чувство жара, слабость, снижение АД*
- г) изжога, отрыжка, диарея*

19. Неотложную помощь при анафилактическом шоке начинают оказывать

- а) в палате*
- б) в реанимационном отделении*
- в) в приемном отделении*
- г) на месте развития*

20. Неотложная помощь при анафилактическом шоке

- а) адреналин, преднизолон, реополиглюкин*
- б) баралгин, но-шпа, морфин*
- в) клофелин, пентамин, лазикс*
- г) нитроглицерин, анальгин, валидол*

5. Решите клинические задачи в сборнике задач

По мере решения в сборнике подпишите над задачей определенный диагноз или неотложное состояние, а в самой задаче маркером выделите ведущие симптомы (3-4 симптома).

Задачи также используются для индивидуального задания по составлению плана сестринских вмешательств.

Эталоны ответов к тестовым вопросам: 1 г, 2 г, 3 а, 4 а, 5 а, 6 б, 7 г, 8 г, 9 б, 10 а, 11 в, 12 г, 13 а, 14 г, 15 г, 16 в, 17 а, 18 в, 19 г, 20 а.

Критерии оценки:

0 – 2 ошибок – «5»

4 - ошибки – «4»

6 - ошибки – «3»

7 и более ошибок – «2»