Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**ДНЕВНИК**

**учебной практики**

Наименование практики Сестринский уход в терапии.

Ф.И.О. Гужва Альбина Николаевна

Место прохождения практики Фармацевтический колледж КрасГМУ

с « 12 » Октября 2020 г. по « 24 » Октября 2020г.

Руководитель практики:

Ф.И.О. (его должность) Стародубец Ирина Ивановна

Красноярск

2020 год

**Содержание**

1. Цели и задачи практики

2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть обучающийся после прохождения практики

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (текстовой)

9. Приложения

**Цель** учебной практики «Сестринский уход в терапии» состоит в приобретении первоначального практического опыта по участию в лечебно-диагностическом процессе и последующего освоения общих и профессиональных компетенций по избранной специальности.

**Задачи:**

1. Закрепление и совершенствование приобретенных в процессе обучения профессиональных умений обучающихся по сестринскому уходу в терапии
2. Ознакомление со структурой различных отделений терапевтического профиля ККБ и организацией работы среднего медицинскогоперсонала;
3. Адаптация обучающихся к конкретным условиям деятельности учреждений здравоохранения.
4. Формирование навыков общения с пациентами терапевтического профиля и их родственниками с учетом этики и деонтологии
5. Освоение современных методов работы в медицинских организациях практического здравоохранения
6. Обучение студентов особенностям проведения лечебно-диагностических мероприятий в терапевтической практике.
7. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с медицинским персоналом и пациентами;

**В результате учебной практики обучающийся должен:**

**Приобрести практический опыт:**

* осуществления ухода за терапевтическими пациентами при различных заболеваниях и состояниях;
* проведения реабилитационных мероприятий в отношении терапевтических пациентов с различной патологией;
* **Освоить умения:**
* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* осуществлять сестринский уход за терапевтическими пациентами при различных заболеваниях и состояниях;
* осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях стационара;
* осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
* вести утвержденную медицинскую документацию;

**Знать:**

* причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента;
* организацию и оказание сестринской помощи пациентам терапевтического профиля;
* пути введения лекарственных препаратов;
* правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения

**Тематический план**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов и тем практики** | | **Всего часов** |
|
|
| 1. | Сестринский уход за больными при заболеваниях органов дыхания | | 12 |
| 2. | Сестринский уход за больными при заболеваниях сердца | | 12 |
| 3. | Сестринский уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта | | 12 |
| 4. | Сестринский уход за больными при заболеваниях почек | | 6 |
| 5. | Сестринский уход за больными при заболеваниях крови | | 6 |
| 6. | Сестринский уход за больными при заболеваниях эндокринной системы | | 12 |
| 7. | Сестринский уход за больными при аллергических заболеваниях | | 6 |
| 8. | **Итоговое занятие**  **Итого** | | **6**  **72 часа** |
| **Вид промежуточной аттестации** | | Зачет | 5 (отлично) |

**График прохождения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование разделов и тем практики | Дата |
| 1. | Сестринский уход за больными при заболеваниях органов дыхания | 12.10.2020 13.10.2020 |
| 2. | Сестринский уход за больными при заболеваниях сердца | 14.10.2020 15.10.2020 |
| 3. | Сестринский уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта | 16.10.2020 17.10.2020 |
| 4. | Сестринский уход за больными при заболеваниях почек | 19.10.2020 |
| 5. | Сестринский уход за больными при заболеваниях крови | 20.10.2020 |
| 6. | Сестринский уход за больными при заболеваниях эндокринной системы | 21.10.2020 22.10.2020 |
| 7. | Сестринский уход за больными при аллергических заболеваниях | 23.10.2020 |
| 8. | Зачет по учебной практике | 24.10.2020 |

**Инструктаж по технике безопасности**

С инструкцией № 331 по охране труда для студентов фармацевтического колледжа ознакомлен

Дата 12.10.2020г. Роспись Гужва А.Н\_\_

**Содержание и объем проведенной работы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | Тема | Содержание работы |
| 12.10.2020 – 13.10.2020 | 1.Сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания | 1.Знакомство со структурой пульмонологического отделения, правилами внутреннего распорядка.  2.Принципы обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания.  3.Гигиеническое мытье рук.  4. Одевание одежды и перчаток  5. Накрытие манипуляционного стола.  6.Подготовка лотков, пинцетов спиртовых салфеток, шприцев для манипуляций.  7.Поготовка инструментов для плевральной пункции.  8.Выполнение всех видов сестринских манипуляций (в/в, п/к, в/м,в\в капельно.  9.Проведение забора материала для лабораторного исследования.  10.Подготовка пациентов к обследованиям: рентгеноскопии, рентгенографии, бронхографии, бронхоскопии.  11.Осуществлять сбор медицинских отходов.  12.Измерять основные показатели - АД, пульс, чдд, чсс.  13. Использовать в повседневной  деятельности знания приказов МЗ РФ. |
| 14.10.2020 – 15.10.2020 | 2.Сестринский уход за больными с заболеваниями сердца | 1.Знакомство со структурой кардиологического отделения, правилами внутреннего распорядка.  2.Выполнять сестринские манипуляции(в/м,в/в,п/к,в\вкапельно).  3.Проводить оксигенотерапию  4.Проводить подготовку пациентов и забор материала для лабораторного исследования.  5.Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований.  6.Участвовать в проведении электрографии.  7.Готовить пациентов к УЗИ обследованию  8.Измерять основные показатели: Пульс, АД ,Ч.С.С, Ч,Д,Д  9.Осуществлять сбор медицинских отходов.. |
| 16.10.2020 – 17.10.2020 | 3.Сестринский уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. | 1.Знакомство со структурой отделения гастроэнтерологии, правилами внутреннего распорядка.  2 .Обследование больного с заболеванием желудочно-кишечного тракта  3.Проведение всех видов сестринских манипуляций(парентеральное введение лекарственных средств, проведение взятия желудочного сока, дуоденального зондирования, очистительной, сифонной, гипертонической клизмы постановки газоотводной трубки)  4.Подготовка пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям (рентгеноскопии, ректероманоскопии, колоноскопии УЗИ, ФГДС).  5.Измерение основных показателей (пульс, А.Д, Ч.С.С, Ч.Д.Д.  6.Осуществлять сбор медицинских отходов.  7.Решение кейсового задания. |
| 19.10.2020 | 4.Сестринский уход за больными при заболеваниях  почек | 1. Знакомство со структурой нефрологического отделения, правилами внутреннего распорядка.  2. Подготовка больного к лабораторным и инструментальным обследованиям(сдачи крови на общий и биохимический анализ, сдачи мочи по Зимницкому, по Ничипоренко, подготовка к УЗИ обследованию.  3.Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в\в, в/м,п/к,в/вкап., катетеризация мочевого пузыря)  4.Измерение основных показателей(температура, А.Д, Пульс, Ч.Д.Д.Ч.С.С.)  5.Осущетвлять сбор медицинских отходов. |
| 20.10.2020 | 5.Сестринский уход за больными при заболеваниях крови | 1.Знакомство со структурой отделения гематологии, правилами внутреннего распорядка.  2.Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в/в,в/м,в/вкап.п/к)  3. Измерение основных показателей(температура, А.Д. Пульс, Ч.Д.Д,Ч.С.С.)  4.Осущетвлять сбор медицинских отходов.  5.Проведение бесед с пациентом по вопросам правильного питания.  6.Решение кейсового задания. |
| 21.10.2020 – 22.10.2020 | 6.Сестринский уход за больными с заболеваниями эндокринной системы. | 1Знакомство со структурой отделения эндокринологии, правилами внутреннего распорядка.  2. Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в/в,в/м,в/вкап.п/к)  3. Измерение основных показателей(температура, А.Д. Пульс, Ч.Д.Д,Ч.С.С.)  4.Осущетвлять сбор медицинских отходов.  5.Проведение бесед с пациентом по вопросам правильного питания.  6.Решение кейсового задания. |
| 23-10.2020 – 24.10.2020 | 7.Сестринский уход за больными с аллергозами  Зачет по учебной практике | 1Знакомство со структурой отделения аллергологии, правилами внутреннего распорядка.  2. Выполнение всех видов сестринских манипуляций (в/в,в/м,в/вкап.п/к)  3. Измерение основных показателей(температура, А.Д. Пульс, Ч.Д.Д,Ч.С.С.)  4.Осущетвлять сбор медицинских отходов.  5.Проведение бесед с пациентом по вопросам правильного питания.  6.Решение кейсового задания. |

**Манипуляционный лист**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень манипуляций | Результат освоения | Роспись преподавателя |
| 1 | Сбор сведений о больном пациенте | освоено |  |
| 2 | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | освоено |  |
| 3 | Оценка тяжести состояния пациента, выявление проблем больного | освоено |  |
| 4 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | освоено |  |
| 5 | Кормление больного через зонд | освоено |  |
| 6 | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | освоено |  |
| 7 | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | освоено |  |
| 8 | Заполнение медицинской документации | освоено |  |
| 9 | Проведение проветривания и кварцевания | освоено |  |
| 10 | Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима | освоено |  |
| 11 | Оценка клинических анализов крови и мочи | освоено |  |
| 12 | Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований | освоено |  |
| 13 | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | освоено |  |
| 14 | Проведение ингаляций. | освоено |  |
| 15 | Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки. | освоено |  |
| 16 | Разведение и введение антибиотиков | освоено |  |
| 17 | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов | освоено |  |
| 18 | Забор крови для биохимического исследования | освоено |  |
| 19 | Промывание желудка | освоено |  |
| 20 | Подача кислорода через маску и носовой катетер | освоено |  |
| 21 | Смена постельного белья | освоено |  |
| 22 | Проведение фракционного желудочного зондирования. | освоено |  |
| 23 | Проведение фракционного дуоденального зондирования | освоено |  |
| 24 | Проведение катетеризации мочевого пузыря | освоено |  |
| 25 | Подготовка к проведению стернальной пункции | освоено |  |
| 26 | Подготовка к проведению плевральной пункции | освоено |  |
| 27 | Обучение пациента правилам пользования карманным ингалятором | освоено |  |
| 28 | Обучение пациента правилам пользования глюкометром | освоено |  |
| 29 | Ведение карты сестринского процесса | освоено |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержаниеработы | Оценка | Подпись |
| 12.10 2020 | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику №1  **Тема:** "Сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания"  Манипуляции:  **1**. Алгоритм Витамин Б1 подкожно.  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками (4) и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5. Подготовил лекарственный препарат – Витамин В1 (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы).  6. Обработал ватным шариком ампулу с лекарственным средством. Вскрыл ампулу, набрал лекарственное средство в приготовленный шприц. 7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  8. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  9. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением сверху вниз. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  10. Левой рукой собрал участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз.  11. Ввел иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи.  12. Отпустил складку, освободившуюся руку перенес на поршень, медленно ввел лекарственное средство. 13. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  14. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  15. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  16. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  17. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 18. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.  **2**. В/в Эуфиллин на 10 мл хлорида натрия 0,9% 10мл.  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску. Надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток. Подготовил лекарственный препарат:  5. Сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений. Проверил срок годности лекарственного средства. Визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности.  6. Обработал ватным шариком физ.ра-р, вскрыл, набрал 10 мл. далее ампула с лекарственным средством. Обработал, вскрыл ампулу, набрал лекарственное средство.  7. Сменил иглу для инъекции. Вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок.  8. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациента.  9. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  10. Пропальпировал вены локтевого сгиба у пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  11. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  12. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением снизу вверх. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  13. Большим пальцем левой руки зафиксировал вену. Ввел иглу в вену срезом вверх (Под угол 45 градусов).  14. Потянул поршень на себя, убедился, что игла в вене.  15. Ослабил жгут. Еще раз проверил положение иглы.  16. Медленно ввел лекарственный препарат, не меняя положение шприца. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик. Быстрым движением извлек иглу.  17. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 5-10 минут.  18. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики погрузил в емкость для сбора отходов класса «Б».  19. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  20. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  21. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  22. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 23. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.  **3**. В/м пенициллин 1 мл на 5 мл натрия хлорида 0,9 %.  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5. Подготовил лекарственный препарат Пенициллин (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы), Физ. Ра-р натрия хлорила 0,9 %.  6. Обработал ватным шариком физ. ра-р, вкрыл, набрал. Обработал ампулу с лекарственным средством. Вскрыл ампулу, набрал лекарственное средство. 7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  8. Придал пациенту удобное положение.  9. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  10. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  11. Ввел иглу в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы под углом 90°. Ввел медленно лекарственное средство.  12. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  13. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  14. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «Б» (вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  15. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  16. Снял перчатки, маску, погрузил их в емкость для сбора отходов класса «Б».  17. Провел гигиеническую обработку рук. 18. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 12.10. 2020 | Витамин В1 п/к | 1 | |  | В/в Эуфиллин на 10 мл хлорида натрия 0,9% | 1 | |  | В/м пенициллин 1 млн на 5 мл натрия хлорида 0,9 %. | 1 | |  |  | | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 13.10  2020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику № 2  **Тема:** "Сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания"  Манипуляции:  **1**. Алгоритм проведение ингаляций.  Ознакомиться с назначением врача (вид ингаляции, состав ингаляционной смеси, её количество, продолжительность процедуры);  **Подготовка к проведению процедуры пациента:**  1.  Проинструктировать пациента о поведении и дыхании во время процедуры;  2. Заполнить ёмкость ингалятора лекарством;  3. Усадить пациента у ингалятора;  4. Убедиться в его готовности;  **Проведение процедуры:**  1. Включить ингалятор.  2. Убедится в правильном поведении и дыхании пациента.  3. Вести наблюдение за пациентом.  4. В случае аллергических реакций (кашель, удушье) прекратить процедуру и вызвать врача.  **Окончание процедуры:**  1. Выключить ингалятор.  2. Снять наконечник и простерилизовать.  3. Предложить пациенту отдохнуть 10-15 мин.  4. Предупредить пациента о нежелательном курении, громком разговоре и охлаждении в течение 2-х часов.  **2**. Подготовка к проведению плевральной пункции.  **Цель:**  1. Диагностическая и лечебная  **Показания:**  - скопление патологической жидкости (выпота) в плевральной полости; - промывание полости; - введение антибиотиков.  ***Пункция выполняется врачом***  **Подготовка инструментов:**   1. - Очки, маска 2. - Аптечка антиспид (укладка форма № 50) 3. - Новокаин 2,5% - 200мл. 4. - Клеол 5. - Йод для обработки операционного поля 6. - Емкость для плевральной жидкости или мерная колба 7. - Противошоковый набор 8. - Антибиотики 9. - Резиновый фартук для врача   - Тонометр, фонендоскоп  - Подушка, пеленку  - Стул  - Спирт  - Три пробирки: 1 стерильная - для бактериологического, 2 чистые - для клинического и цитологического исследования;  - Нашатырный спирт.  **На стерильный стол:**   1. 1. Лоток 2. 2. Стерильный материал 3. 3. Стерильные перчатки 4. 4. Стерильные шприцы емкостью 5, 10, 20 мл., шприц Жане 5. 5. Резиновую трубочку с канюлей 6. 6. Помазки (для обработки места пункции) 7. 7. Предметные стекла для мазков 8. 8. Иглу Дюфо 9. 9. Зажим Мора   **Перед пункцией м/с:**   * Готовит пациента психологически; * сопровождает или транспортирует пациента в процедурный кабинет; * Измеряет АД; * Усаживает на стул «верхом», подушка, накрытая клеёнкой, у спинки   **Во время пункции м/с:**   * Ассистирует врачу: подает пробирки, удерживает пациента, наблюдает за ним; * Плевральную жидкость выливают в приготовленные пробирки; * Оформляет направление в лабораторию   **После пункции м/с:**   * Транспортирует пациента в палату; * Наблюдает за состоянием пациента в течение суток (АД, пульс, ЧДД, внешний вид, состояние повязки).   ***Примечание:***   * Возможно использование одноразовых наборов для плевральной пункции.   **3**. Обучение пациента правилам пользования карманным ингалятором.  Применение карманного ингалятора Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения процедуры. Получить согласие пациента на процедуру.  Подготовить 2 ингалятора, убедиться в соответствии лекарственного средства назначенному врачом, проверить срок годности.  Вымыть и осушить руки.  Для обучения пациента выполнению процедуры использовать ингаляционный баллончик без лекарственного препарата. Усадить пациента, но если его состояние позволяет, лучше ему находиться в положении стоя, так как дыхательная экскурсия при этом эффективнее.  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 пациента плотно обхватить мундштук губами.  Попросить пациента сделать глубокий вдох через рот, одновременно нажимая на дно баллончика, и задержать дыхание на 5—10 секунд.  Извлечь мундштук ингалятора изо рта пациента. Попросить пациента сделать спокойный выдох. Перевернуть баллончик и закрыть его защитным колпачком.  Проконтролировать самостоятельное выполнение процедуры пациентом с действующим ингалятором.  Провести дезинфекцию мундштука использованного ингалятора. Вымыть и осушить руки.  Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 13.10. 2020 | Алгоритм проведение ингаляций | 1 | |  | Подготовка к проведению плевральной пункции | 1 | |  | Обучение пациента правилам пользования карманным ингалятором | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 14.102020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику № 3  **Тема:** "Сестринский уход за больными с заболеваниями сердца"  Ответить на вопросы:  1.Структура кардиологического отделения.  2.Что такое ревматизм, пороки сердца (митральный, аортальный, порок трехстворчатого клапана, порок легочного ствола), симптомы.  3.Что такое перикардит, миокардит, эндокардит (симптомы).  4.Алгоритм в/в введения коргликона 1мл.на 10мл.физ. р-ра.  5.Алгоритм в\м введения пенициллина 1000000 на физ.р-ре.  6.Алгоритм снятия ЭКГ.  7.Алгоритм п\к введения витамина В1  **Структура кардиологического отделения**  1. Настоящие Правила определяют порядок организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии (далее – Отделение).  2. Отделение является структурным подразделением медицинской организации и создается для оказания специализированной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – больные).  3.  Медицинская организация, в составе которой создано Отделение, должна включать клинико-диагностическую лабораторию (с круглосуточной работой), отделения ультразвуковой и функциональной диагностики, отделение лучевой диагностики, эндоскопический кабинет (отделение).  4. Отделение создается с палатой реанимации и интенсивной терапии с числом коек из расчета 1 койка на 4 койки Отделения.  5. Отделение возглавляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в составе которой создано Отделение.  6. На должность заведующего Отделением назначается врач-кардиолог, соответствующий Квалификационным требованиям, предъявляемым к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н, по специальности «кардиология».  7. Штатная численность Отделения устанавливается руководителем медицинской организации, в составе которого создано Отделение, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 12 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденному настоящим приказом.  8.В структуре Отделения рекомендуется предусматривать:  - палаты круглосуточного пребывания больных;  - палаты реанимации и интенсивной терапии;  - кабинет заведующего Отделением;  - ординаторскую для врачей;  - кабинет ультразвуковой диагностики;  - кабинет функциональной диагностики;  - процедурный кабинет.  9. В Отделении рекомендуется предусматривать:  - кабинет для дистанционной консультации больных с использованием информационных технологий (телемедицины, скайп связи и другие), а также для дистанционного мониторирования электрокардиограмм;  - помещение для осмотра больных;  - комнату для хранения лекарственных средств и препаратов;  - кабинет старшей медицинской сестры;  - помещение для дежурных врачей;  - помещение для медицинских работников со средним медицинским образованием;  - перевязочную;  - санитарные комнаты для больных;  - санитарные комнаты для медицинских работников;  - помещение сестры-хозяйки;  - помещение для сбора грязного белья;  - помещение для чистого белья;  - буфетную, раздаточную;  - комната для хранения медицинского оборудования и иные помещения, необходимые для осуществления медицинской деятельности Отделением.  10. Оснащение Отделения осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 13 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденному настоящим приказом.  11. Отделение оказывает медицинскую помощь в плановой и экстренной (неотложной) форме.  12.Отделение осуществляет следующие функции:  Оказание специализированная медицинской помощи больным:  а) хронической формой ишемической болезни сердца в случае утяжеления ее течения или требующей подготовки к проведению эндоваскулярных методов диагностики и лечения, а также требующей диагностических услуг, которые могут быть выполнены только в стационарных условиях;  б) острым коронарным синдромом (с подъемом и без подъема сегмента ST) (острый инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия);  в) артериальной гипертонией симптоматической, требующей уточнения диагноза в стационарных условиях;  г) артериальной гипертонией (резистентной к проводимой терапии);  острым и хроническим миокардитом в период обострения;  д) кардиомиопатией, требующей выполнения лечебно-диагностических процедур в стационарных условиях;  е) гипертоническим кризом, в том числе осложненным острой сердечной недостаточностью, нарушениями ритма и проводимостью сердца, энцефалопатией, продолжающимся носовым кровотечением;  ж) легочной гипертензией в период декомпенсации или требующей выполнения диагностических процедур в стационарных условиях;  з) нарушением сердечного ритма и проводимости, требующим проведения диагностических и лечебных процедур в стационарных условиях;  и) хронической сердечной недостаточностью в стадии декомпенсации;  к) перикардитом;  л) инфекционным эндокардитом, в том числе продолжение лечения после оказания высокотехнологичной медицинской помощи;  м) тромбоэмболией легочной артерии;  нарушением ритма и проводимости сердца, сопровождающимся нестабильной гемодинамикой и(или) прогрессированием коронарной и(или) сердечной и (или) церебральной сосудистой недостаточностью;  н) острой сердечной недостаточностью (кардиогенный шок, сердечная астма, отек легких, сосудистый коллапс);  о) синкопальными состояниями аритмической, сосудистой или неясной природы; другие формы острой сердечной недостаточности;  п) расслаивающейся аневризмой аорты.  Проведение медицинской реабилитации больных;  оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний;  отбор и подготовка больных для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;  продолжение лечения больных после оказания им высокотехнологичной медицинской помощи;  разработка мер для повышения качества лечебно-диагностической работы в Отделении;  снижения больничной летальности от сердечно-сосудистых заболеваний;  освоение и внедрение в практику новых эффективных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;  проведение просветительской работы с больными по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, школ здоровья;  проведение экспертизы временной нетрудоспособности;  обеспечение преемственности с другими медицинскими организациями при оказании медицинской помощи больным;  ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации;  13. Отделение для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных структурных подразделений медицинской организации, в составе которой создано Отделение.  14. Медицинская организация, в составе которой создано Отделение, проводит электрокардиографические исследования; электрическую и медикаментозную кардиоверсию; тромболитическую терапию; дефибрилляцию сердца; катетеризацию периферических и центральных вен; установку временной электрокардиостимуляции; внутриаортальную баллонную контрпульсацию (только для отделений, выполняющих инвазивные диагностические и лечебные процедуры и имеющие рядом кардиохирургические отделения); искусственную вентиляцию лёгких; эхокардиографию; чреспищеводную эхокардиографию; суточное мониторирование электрокардиограммы, артериального давления, частоты дыхания и насыщения кислородом крови больного; определение маркеров некроза миокарда; измерение основных показателей центральной гемодинамики; катетеризацию мочевого пузыря и мониторинг диуреза; рентгенографию органов грудной клетки; экстренное оповещение (сигнализацию) из палат на пост медицинской сестры; аппаратной искусственной вентиляция легких; ультразвуковое исследование сердца и сосудов; чреспищеводное электрофизиологическое исследование; терапию кислородом у постели больного, а также другие исследования больного, необходимые для установления диагноза и лечения.  15. При выявлении показаний для планового проведения рентгенэндоваскулярных и кардиохирургических вмешательств больной направляется в соответствующие структурные подразделения данной медицинской организации, а при их отсутствии - в другую медицинскую организацию, в структуре которой имеются соответствующие структурные подразделения.  16. При выявлении показаний к проведению неотложных рентгенэндоваскулярных и кардиохирургических вмешательств больной в экстренном порядке направляется в соответствующие структурные подразделения данной медицинской организации, а при их отсутствии - в соответствующие структурные подразделения другой медицинской организации.  17. Для перевода больных с нарушением ритма и проводимости сердца в отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции при необходимости должна быть обеспечена установка временного электрокардиостимулятора.  **Ревматизм**  Ревматизм, или острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – это заболевание, встречающееся, преимущественно, в детском возрасте, которое характеризуется воспалением и сильными болями в суставах, а также воспалением тканей сердца с риском развития приобретенного порока сердца.  Основная причина развития ревматизма – это инфекция, вызванная бактерией стрептококком. Ревматизм, как правило, развивается спустя несколько недель после перенесенной ангины или фарингита.  **Симптомы ревматизма**  ***1.*** Повышение температуры тела до 38-40С.  ***2.*** Сильная боль в крупных суставах - это один из наиболее частых симптомов ревматизма, который носит название ревматический полиартрит.  Ревматический полиартрит имеет некоторые особенности:  • Воспаляются крупные суставы: колени, голеностопные суставы, плечи, локти, лучезапястные суставы и пр. Суставы поражаются симметрично: например, одновременно воспаляются оба колена.  • Воспаление суставов развивается очень стремительно, иногда в течение нескольких часов. Кожа в области сустава отекшая, красная, горячая на ощупь.  • Сильная боль мешает осуществлять движения в суставах. Часто при острой ревматической лихорадке ребенок не может встать с постели.  • Если не проводить лечение, спустя неделю воспаление в суставах самостоятельно стихает. Возможно развитие воспаления других крупных суставов. В целом ревматический полиартрит длится 4-5 недель.  Важно: После стихания воспалительного процесса форма суставов и их подвижность полностью восстанавливаются. Если суставы не восстанавливаются спустя 4-5 недель после начала заболевания, диагноз ревматизма ставится под сомнение.  ***3.*** Одышка, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, слабость, головокружение, боли в груди - все эти симптомы могут указывать на воспаление сердца, или ревматический кардит (ревмокардит). Воспаление сердца при ревматизме может протекать и незаметно, не вызывая каких-либо симптомов, и в таких случаях выявляется только при тщательном медицинском обследовании.  Важно: Ревматизм может приводить к повреждению клапанов сердца и развитию тяжелых пороков сердца, которые в будущем осложняются сердечной недостаточностью. В связи с этим при появлении признаков ревматизма ребенку необходимо провести обследование сердца.  ***4.*** Нарушение координации движений, непроизвольные движения руками и ногами, подергивания мышц лица (гримасы) встречаются примерно у четверти больных ревматизмом, чаще у девочек.  Все эти симптомы имеют одно название – ревматическая, или малая хорея. При малой хорее меняется поведение ребенка: он становится агрессивным, эгоистичным, раздражительным, либо наоборот, пассивен, плаксив. Ребенку трудно завязать шнурки, удержать в руках какой-либо предмет. Может значительно ухудшаться успеваемость в школе. Сильная слабость в мышцах при хорее мешает ребенку ходить или даже сидеть. Как правило, малая хорея развивается спустя несколько месяцев после ангины, либо первого приступа ревматизма, длится в течение нескольких недель или месяцев и проходит самостоятельно.  ***5.*** Красноватая сыпь на коже при ревматизме называется кольцевидная эритема. Элементы сыпи могут сливаться в причудливые фигуры, кольца. Этот симптом встречается примерно у каждого десятого больного ревматизмом. Через несколько недель сыпь полностью исчезает.  ***6.*** Подкожные узелки плотной консистенции, безболезненные на ощупь, иногда могут встречаться при ревматизме, однако обнаружить их зачастую может только врач. Через несколько недель поле появления подкожные узелки исчезают самостоятельно. Ревматизм может привести к развитию порока сердца.  Порок - это дефект структуры сердца, который приводит к нарушению его нормальной работы. Ревматические пороки сердца, как правило, развиваются при повторных ревматических атаках и не могут быть выявлены после первого приступа ревматизма. Наиболее часто при ревматизме поражается митральный клапан (сужение просвета или когда клапан пропускает кровь в неправильном, обратном, направлении).  Реже возникают пороки аортального и других клапанов сердца. Порок сердца может длительное время протекать бессимптомно и выявляется лишь при тщательном обследовании.  **Диагностика.**  При появлении симптомов ревматизма (как правило, это повышение температуры тела, воспаление и сильная боль в суставах), необходимо как можно скорее обратиться к врачу. Обследования для уточнения диагноза:  1. Общий анализ крови помогает заподозрить ревматизм. При острой ревматической лихорадке в общем анализе крови обнаруживается повышение уровня лейкоцитов, а также повышение СОЭ.  2. Биохимический анализ крови используется для определения уровня Среактивного белка (СРБ), который обычно повышен при ревматизме и некоторых других заболеваниях.  3. Анализ крови на уровень АСЛ-О (антистрептолизин О) позволяет врачу уточнить, есть ли в крови антитела против стрептококка.  4. Электрокардиография (ЭКГ) во время приступа острой ревматической лихорадки позволяет выявить нарушение работы сердца, которое встречается при ревмокардите.  5. Рентген грудной клетки используется для определения размеров сердца, которое обычно увеличено у больных ревматизмом.  6. УЗИ сердца (Эхокардиография) позволяет врачу определить размеры полостей сердца, наличие повреждений клапанов, а также направление движения крови в полостях сердца и крупных сосудах. С помощью УЗИ сердца выявляются пороки сердца.  Для того чтобы поставить диагноз ревматизма (или острой ревматической лихорадки) **используются критерии Джонса.** При наличии у больного двух основных критериев, либо одного основного критерия и двух дополнительных, диагноз ревматизма считается подтвержденным.  **Лечение ревматизма**  Лечение ревматизма включает несколько основных этапов:  лечение острой ревматической атаки (приступа ревматизма), лечение сопутствующей инфекции и предотвращение приступов ревматизма в будущем.  **Лечение острой ревматической атаки**  Всем больным ревматизмом показан постельный режим на весь период заболевания, плюс 4 недели после нормализации температуры тела. Если выявлено воспаление сердца (кардит), постельный режим длится не менее 4 недель. Восстановление обычной физической активности должно быть медленным, с дозированными нагрузками.  **Диета при ревматизме**  Не существует особых рекомендаций по поводу питания больного ревматизмом. Пациентам, у которых выявлено воспаление сердца или сердечная недостаточность, рекомендуется ограничить соль и употребление жидкости.  **Лекарственное лечение ревматизма**  В лечении ревматизма используются следующие лекарства:  1. Антибиотики используются для уничтожения стрептококка, который вызывает первый приступ ревматизма, а также повторные ревматические атаки. В лечении ревматизма, как правило, используют антибиотики из группы пенициллинов: Феноксиметилпенициллин (Мегациллин орал), Бензилпенициллин, Бензатинбензилпенициллин и некоторые другие. При аллергии на антибиотики из группы пенициллинов, назначается Эритромицин.  2. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): Аспирин, Амидопирин и др. Лекарства из этой группы используются для ослабления или устранения симптомов ревматизма: повышенной температуры тела и воспаления суставов. Дозы лекарств зависят от возраста и веса пациента и определяются только лечащим врачом.  3. Стероидные гормоны: Преднизолон, Триамцинолон и др. применяются в случае развития кардита (воспаления сердца), а также при неэффективности нестероидных противовоспалительных средств. Курс лечения стероидными гормонами может длиться 4-6 недель.  **Профилактика осложнений ревматизма**  Для того чтобы снизить риск развития ревматического порока сердца после перенесенной скарлатины или ангины, врач может порекомендовать профилактическое лечение антибиотиками. Как правило, в этой целью антибиотик из группы пенициллинов (Бициллин-5) вводят внутримышечно каждые 4 недели в течение 5 и более лет.  **Правила ухода за больным с ревматизмом**  • при назначении постельного режима больного необходимо обеспечить общим уходом в полном объеме;  • диета с ограничением приема поваренной соли и углеводов, жидкости;  • больной располагается в теплом помещении;  • необходимо обеспечить больному доступ свежего воздуха;  • выполнение назначений врача;  • контроль за правильным применением неспецифических противовоспалительных препаратов (после еды);  • контроль за появлением возможных побочных эффектов при применении неспецифических противовоспалительных препаратов (снижение аппетита, тошнота, черный жидкий стул, рвота кофейной гущей);  • контроль за дыханием, пульсом и артериальным давлением;  • контроль за диурезом;  • контроль за массой тела больного. Меры профилактики  • укрепление иммунитета;  • своевременное и адекватное лечение инфекционных заболеваний;  • улучшение социальных условий (питание, жилищно-бытовые условия, нормализация режима труда и отдыха) и условий труда;  • закаливание;  • санация очагов хронической инфекции;  • для больных ревматизмом - контроль за своевременностью проведения сезонной или круглогодичной бициллинопрофилактики.  **Пороки сердца**  Пороки сердца - патологические структурные изменения в строении сердца или крупных сосудов, которые приводят к нарушению деятельности сердца. По своему происхождению пороки сердца бывают врожденными, т.е. возникающими у плода в период внутриутробного развития, и приобретенными, которые появляются после рождения в результате различных заболеваний. Наиболее часто встречаются приобретенные пороки сердца, развивающиеся вследствие изменений клапанов сердца.  Среди причин, вызывающих развитие приобретенных пороков сердца, на первом месте стоит ревматизм. К приобретенным порокам сердца могут приводить также такие заболевания, как бактериальный эндокардит, сифилис, атеросклероз.  Клапаны сердца (их всего четыре) располагаются между предсердиями и желудочками (митральный - между левым желудочком и левым предсердием, трехстворчатый -между правым желудочком и правым предсердием) и отходящими от них сосудами (аортальный - между левым желудочком и аортой, легочный - между правым желудочком и легочной артерией). Митральный и трехстворчатый клапаны открываются в период систолы предсердий, т.е. когда кровь поступает из предсердий в желудочки. В момент, когда желудочки нагнетают кровь (левый - в аорту, правый - в легочную артерию), эти клапаны закрываются и препятствуют поступлению крови обратно в предсердия. В этот момент открываются аортальный клапан и клапан легочной артерии, которые и пропускают кровь в соответствующие сосуды. После того как давление в сосудах становится высоким, эти клапаны захлопываются и не дают возможности крови вернуться в желудочки. Таким образом, клапаны сердца обеспечивают как правильный ток крови в сердце, так и фазность работы предсердий и желудочков.  **Митральный стеноз**  – сужение, сращение створок клапана, располагающегося между левым желудочком и левым предсердием. В результате стеноза левому предсердию приходится прокачивать кровь через суженное отверстие. Левое предсердие - немощное мышечное образование сердца; следовательно, его компенсаторные возможности невелики, оно довольно быстро истощается и декомпенсируется. В результате это предсердие не в состоянии перекачать всю кровь, поступающую из легких, что приводит к застою крови в легких. Растяжение предсердия может сопровождаться образованием пристеночных тромбов. Эти тромбы могут отрываться и закупоривать сосуды головного мозга, почек и других органов. Для митрального стеноза характерно развитие мерцательной аритмии.  Больным митральным стенозом противопоказана работа, связанная с физическими и психоэмоциональными нагрузками, а также с переохлаждениями. При развитии осложнений или выраженной недостаточности кровообращения больные, как правило, нетрудоспособны. Прогноз: митральный стеноз, даже небольшой, склонен к прогрессированию вследствие повторных атак ревматизма; правильная и комплексная консервативная терапия, своевременно проведенное оперативное лечение, послеоперационное ведение больных существенно улучшают прогноз; однако сохраняется высокий риск смерти от осложнений или прогрессирующей недостаточности кровообращения.  **Митральная недостаточность** – недостаточность митрального клапана. Этот порок характеризуется тем, что створки митрального клапана сморщиваются и не способны закрывать отверстие между левым предсердием и левым желудочком. Вследствие этого в тот период, когда левый желудочек сокращается, часть крови возвращается в левое предсердие. Таким образом, происходит переполнение предсердия и желудочка, в результате чего оба этих отдела сердца растягиваются, увеличиваются в размерах, и затем наступает их декомпенсация.  В течение ряда лет порок может не сопровождаться каким-либо недомоганием. В дальнейшем больного начинают беспокоить сердцебиения, одышка при физической нагрузке, ночные приступы сердечной астмы. Возникает синюшность кожных покровов. В поздних стадиях возможны увеличение печени, отеки на голенях. Для подтверждения диагноза проводят фонокардиографическое и ультразвуковое обследования, в случае необходимости - зондирование сердца.  **Лечение проводят** главным образом по поводу осложнений порока. В настоящее время все шире используются хирургические методы, суть которых заключается в замене клапана на искусственный. Вопрос о показаниях к операции решается с кардиохирургом. При невыраженной митральной недостаточности больные трудоспособны, активны и могут выполнять незначительные физические нагрузки. По мере прогрессировать сердечной недостаточности работа, связанная с физическими и психоэмоциональными нагрузками, противопоказана.  **Аортальная недостаточность** – недостаточность полулунных клапанов аорты. Этот порок чаще всего развивается вследствие ревматизма. Однако возможны и другие причины: септический эндокардит, сифилис, ревматоидный артрит и т.д. Неполное закрытие клапана аорты во время сокращения, а затем расслабления левого желудочка приводит к тому, что часть крови возвращается из аорты в левый желудочек; это приводит к перегрузке желудочка, его растяжению, увеличению его мышечной массы.  Аортальная недостаточность долгое время протекает, не вызывая каких-либо субъективных ощущений у больного. Одним из наиболее ранних симптомов этого порока является ощущение усиленных сокращений сердца в грудной клетке, а также периферического пульса в голове, руках, вдоль позвоночника, особенно в положении лежа. При выраженной аортальной недостаточности отмечаются головокружения, склонность к обморокам, учащение частоты сердечных сокращений в покое. Возможно возникновение болей в области сердца, которые напоминают стенокардию. Многие больные бледны, конечности их теплые. При осмотре может быть заметна выраженная пульсация сонных артерий.  Диагноз ставят на основании данных выслушивания сердца, фонокардиограммы и ультразвукового обследования.  Лечение аортальной недостаточности проводится во время развития осложнений заболевания. Лечение возникающей сердечной недостаточности малоэффективно, так как левый желудочек не в состоянии обеспечить нужное поступление крови. В настоящее время широко используется хирургический метод лечения порока: производят замену пораженного клапана на искусственный. Операцию выполняют до развития тяжелой недостаточности кровообращения, в противном случае она малоэффективна. Многие больные с аортальной недостаточностью способны выполнять тяжелые физические нагрузки и даже заниматься спортом. Однако все это может ускорить наступление декомпенсации.  Прогноз при аортальной недостаточности зависит от способности левого желудочка работать с повышенным объемом крови. Обычно декомпенсация развивается поздно. Однако, возникнув, она развивается быстро, и ее бывает чрезвычайно трудно подавить лекарственными средствами. Возможно развитие осложнений в виде нарушений ритма сердца.  **Аортальный стеноз** — стеноз, сращение клапанов, разделяющих левый желудочек и аорту. Стеноз аорты бывает ревматическим или врожденным. В результате развития стеноза левый желудочек вынужден прокачивать кровь через резко суженное аортальное отверстие. В результате этого левый желудочек работает с перегрузкой, а к органам и тканям не поступает достаточного количества крови. Так же как и при аортальной недостаточности, левый желудочек за счет своих внутренних резервов долгое время справляется с избыточной нагрузкой, однако в конце концов истощается, что приводит к сердечной недостаточности. Для аортального стеноза характерно длительное бессимптомное течение. Если порок изолированный, то проявляется он при условии, что площадь сечения клапана уменьшается в результате стеноза до 25 % от исходной величины. Основные жалобы, которые предъявляет больной с аортальным стенозом, связаны в первую очередь с недостаточным поступлением крови к внутренним органам и мозгу. Больные жалуются на головокружения, потемнение в глазах, потери сознания, одышку, боли в области сердца. Так же как и при других пороках сердца, важное место в диагностике аортального стеноза принадлежит выслушиванию сердца, фонокардиографии и ультразвуковому исследованию сердца. При отсутствии признаков недостаточности кровообращения проводят лечение лишь основного заболевания, вызвавшего порок.  В стадии декомпенсации назначают лечение сердечной недостаточности, осторожно применяя сердечные гликозиды, так как усиление сократительной способности левого желудочка не вызовет улучшения кровоснабжения внутренних органов.  Вопрос об оперативном лечении решается совместно с кардиохирургом. Возможны проведение комиссуротомии (разделение спаек между створками клапанов сердца) или замена клапана на искусственный.  Оперативное лечение (комиссуротомию) необходимо проводить в молодом возрасте, до развития тяжелых проявлений недостаточности кровообращения Больные с аортальным стенозом могут долго работать, выполняя физические нагрузки. При развитии сердечной недостаточности трудоспособность больных ограничивается или утрачивается.  Пороки трехстворчатого клапана и клапана легочной артерии встречаются в изолированном виде крайне редко. Как правило, они сочетаются с пороками митрального и аортального клапанов.  **Коарктация аорты** отмечается обычно в месте отхождения ее от левого желудочка. В том случае, если сужение аорты носит достаточно выраженный характер, происходит перегрузка левого желудочка, повышается артериальное давление в верхней половине тела и резко сужается в нижней. **Жалобы больных**, их выраженность зависят от степени сужения аорты и, как следствие, от повышения артериального давления в верхней половине тела. Больные ощущают головную боль, недомогание, головокружение, мелькание мушек перед глазами.  **Лечение больных** с коарктацией аорты хирургическое. Кардиохирург после проведения дополнительных исследований определяет возможность выполнения операции. Лекарственные средства, направленные на снижение уровня давления, стойкого эффекта не дают.  Все **лечебные мероприятия** при пороках сердца проводит врач. Эти мероприятия зависят от вида порока и причин, его вызвавших. В первую очередь необходимо лечить заболевание, вызвавшее порок либо способствующее его прогрессированию.  В комплексе лечебной терапии пороков сердца особое место занимают общегигиенические мероприятия. Направлены они на улучшение работоспособности сердца и компенсацию расстройств кровообращения. С этой целью устанавливаются для больного щадящий режим труда и достаточный режим отдыха.  Профессиональная деятельность должна быть адекватна возможностям больного и не приводить к перегрузке сердца. Необходимо избегать таких физических и психоэмоциональных нагрузок, которые могут вызывать одышку, сердцебиения, возникновение перебоев в области сердца.  В то же время показаны занятия лечебной физкультурой, на которых выполняются упражнения, специально рекомендованные врачом. При появлении выраженных признаков недостаточности кровообращения ограничения режима становятся более строгими, а в некоторых случаях показан постельный режим. Больные с пороками сердца лучше себя чувствуют при поднятом изголовье и со спущенными ногами.  Необходимо соблюдать врачебные рекомендации относительно диеты, которая должна быть полноценной. Количество пищи ограничивается на один прием, ибо переедание приводит к затруднению работы сердца. Не следует принимать пищу перед сном. Необходимо ограничивать количество потребляемой жидкости (до 1.0-1.5 л в сутки) и соли (до 2-5 г). Следует помнить, что соль приводит к задержке жидкости в организме, а это может усилить признаки недостаточности кровообращения. Проведение лекарственной терапии должно быть постоянным. Самостоятельная отмена лекарств, изменение их дозировок категорически запрещены, ибо это может вызвать тяжелые, зачастую необратимые изменения.  Больные с пороками сердца должны находиться под динамическим врачебным контролем, с осмотром врача не реже 1 раза в полгода. Женщины, прежде чем решить вопрос о рождении ребенка, должны обязательно посоветоваться с врачом, так как беременность и роды — тяжелейшая нагрузка на сердечнососудистую систему.  **Стеноз устья аорты** – порок сердца, обусловленный сужением аортального устья, при котором кровь с трудом проходит из левого желудочка в аорту.  В изолированном виде стеноз устья аорты встречается редко, чаще в сочетании с недостаточностью аортальных клапанов. Процент болеющих мужчин выше, чем женщин.  Данный порок сердца обычно возникает как следствие ревматического эндокардита, реже – атеросклероза. При стенозе устья аорты компенсация длительная за счет поступления крови в аорту.  В стадии компенсации жалоб нет. Больные длительное время сохраняют работоспособность. Со временем могут появляться боли в области сердца при физических нагрузках, эмоциональном напряжении, одышка, головокружение, склонность к обморокам, головная боль. Со временем при снижении сократительной функции левого желудочка начинают отмечаться приступы сердечной астмы (удушье).  **Недостаточность трехстворчатого клапана**  При недостаточности трехстворчатого клапана происходит неполное смыкание его створок, вследствие чего часть крови во время систолы попадает из правого желудочка в правое предсердие.  Относительная недостаточность трехстворчатого клапана встречается в 3 раза чаще, чем органическая. Относительная недостаточность развивается при митральном стенозе, легочной гипертензии, кардиосклерозе, пневмосклерозе.  К органической недостаточности приводят ревматизм, инфекционный эндокардит. Во время сокращения правого желудочка часть крови возвращается в правое предсердие, в которое одновременно поступает обычное количество крови из полых вен. Наступает расширение правого предсердия. Из-за венозного застоя в большом круге кровообращения отмечается раннее развитие декомпенсации.  Пациенты с недостаточностью трехстворчатого клапана являются тяжелыми сердечными больными. На первый план у них выступают явления декомпенсации кровообращения. Появление признаков недостаточности правого отдела сердца сопровождается вначале умеренной одышкой при физическом напряжении, резко не ограничивающей активности, как при митральном стенозе. Затруднения дыхания в положении лежа нет. Отмечаются слабость, сердцебиение, неопределенные боли в сердце, тяжесть в области правого подреберья, диспепсические нарушения, сонливость, отеки. Кожа и видимые слизистые оболочки с выраженным синюшным, иногда желтушным, оттенком. Отмечаются набухание и пульсация яремных вен, выраженная отечность, асцит. При пролапсе митрального клапана возможно бессимптомное течение, патология обнаруживается только на эхокардиограмме (Эхо-КГ). Такие больные не требуют сестринского ухода. Каждые 2–3 года показаны профилактические осмотры.  **Медикаментозное лечение** назначается при развитии признаков сердечной недостаточности. Прогноз при неосложненном течении благоприятный, при осложненном – серьезный. При недостаточности митрального клапана специального сестринского ухода больные не требуют.  В стационар они могут поступать только при развитии сердечной недостаточности.  Проводится консервативное лечение основного заболевания и сердечной недостаточности. Может проводиться протезирование митрального клапана. Прогноз зависит от степени митральной регургитации.  Средняя продолжительность жизни составляет около 40 лет.  При развитии сердечной недостаточности прогноз неблагоприятный. Лечение при митральном стенозе заключается в назначении симптоматической терапии недостаточности кровообращения и ревматического процесса. Прогноз зависит от стадии и осложнений. Необходимо следить за общим состоянием больного и своевременно выявлять критические степени сужения митрального клапана. Своевременная митральная комиссуротомия может на многие годы сохранить у больного полную компенсацию сердечной деятельности и нормальную физическую активность.  При недостаточности клапанов аорты сестринского ухода больные в стадии компенсации не требуют. Консервативное лечение основного заболевания проводится с профилактической целью. Оно направлено на предупреждение развития сердечной недостаточности. При развитии сердечной недостаточности сестринский уход зависит от степени компенсации. Сердечные гликозиды назначаются с осторожностью, поскольку могут усиливать обратный ток крови в левый желудочек. Оперативное лечение связано с протезированием аортального клапана. При своевременном проведении оперативного лечения прогноз относительно благоприятный. При стенозе устья аорты сестринского ухода больные в стадии компенсации не требуют.  Консервативное лечение основного заболевания проводят с профилактической целью. Оно направлено на предупреждение развития сердечной недостаточности. Необходимо ограничивать физическое перенапряжение, неблагоприятные внешние условия, проводить профилактику инфекционных заболеваний. В случае развития сердечной недостаточности проводится ее лечение.  Сердечные гликозиды назначаются с осторожностью. Оперативное лечение состоит в проведении аортальной комиссуротомии, протезировании аортального клапана. Прогноз при компенсированных состояниях благоприятный.  Назначаются постельный режим, стол № 10.  Консервативное лечение направлено на профилактику застойной недостаточности кровообращения.  **Перикардит, миокардит, эндокардит**  1. Эндокардит – поражение внутренней соединительнотканной оболочки, эндокард.  2. Миокардит – воспаление сердечной мышцы.  3. Перикардит – воспаляется наружная соединительнотканная оболочка, перикард, представленная двумя листками, внешним и внутренним. 1.  ****Причины**** Существует множество причин возникновения эндокардита:   * - Инфекции; * - Травмы; * - Аллергические заболевания; * - Интоксикации; * - Поражения соединительной ткани.   - Нередко эндокардит развивается не как самостоятельная болезнь, а как следствие других патологий в организме. Заболеванию в равной степени подвержены как мужчины, так и женщины. Возникнуть он может в любом возрасте. На сегодняшний момент известно около 130 видов микроорганизмов, способных спровоцировать эндокардит. ****Симптомы**** Некоторое время заболевание может развиваться бессимптомно. Также оно характеризуется острыми и хроническими стадиями. Существует обширный перечень симптомов, что затрудняет постановку верного диагноза.  **Клиническая картина эндокардита выражается в следующей симптоматике:**   * - Повышенная температура; * - Озноб; * - Потливость; * - Увеличенные лимфоузлы; * - Признаки интоксикации (слабость, головные боли); * - Изменение цвета кожи (бледность, пятна); * - Изменение формы ногтей; * - Артрит крупных суставов; * - Поражение сердечных клапанов; * - Повышенное тромбообразование; * - Признаки перикардита; * - Системные поражения органов (почек, центральной нервной системы и пр.); * - Прогрессирующая сердечная недостаточность.   - Проявление заболевания индивидуально, и зависит от общего состояния организма пациента и степени выраженности патологического процесса.  **2.** В основе классификации **миокардитов** лежит причина его возникновения. Таким образом, выделяются следующие виды заболевания:   * Инфекционный (вызван осложнением после инфекции); * Ревматический (выраженная реакция иммунной системы на один из видов стрептококка); * Аллергический (также при тяжёлых состояниях организма — ожоговой болезни, после трансплантации и пр.); * Токсический (среди основных причин — отравление тяжёлыми металлами, алкоголем); * Симптоматический (развивается на фоне тяжёлых, как правило, аутоиммунных, хронических заболеваний).  ****Симптомы**** Основной симптом миокардита — нарушение сердечных функций, выражающееся в:   * 1. Быстрой утомляемости; * 2. Болях в области сердца; * 3. Одышке; * 4. Повышенном потоотделении; * 5. Учащённом сердцебиении.  3. Причины Распространённые причины **перикардита** — это туберкулёз и ревматизм, нередко он сопровождается другими поражениями сердца: миокардом и эндокардом.  Перикардит могут спровоцировать:   * Инфекции различного происхождения; * Аллергии; * Аутоиммунные заболевания; * Болезни и травмы сердца; * Опухоли; * Воздействие токсинов; * Пороки развития перикарда.  Виды Существуют различные классификации перикардитов:   * Первичный или вторичный (осложнение при других заболеваниях); * Ограниченный, частичный либо общий; * Острый или хронический.  Симптомы Симптоматика перикардита зависит от его формы и степени воспаления. Общие симптомы следующие:   * Слабость; * Постоянные боли в районе сердца, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле; * Одышка.   Манипуляции:  **1.** Алгоритм в/в введения коргликона 1 мл. на 10 мл. физ. р-ра.  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску. Надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток. Подготовил лекарственный препарат:  5. Сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений. Проверил срок годности лекарственного средства. Визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности.  6. Обработал ватным шариком физ-раствор, вскрыл, набрал 10 мл. далее ампула с лекарственным средством. Обработал, вскрыл ампулу, набрал лекарственное средство.  7. Сменил иглу для инъекции. Вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок.  8. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациента.  9. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 10. Пропальпировал вены локтевого сгиба у пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  11. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  12. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением снизу вверх. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  13. Большим пальцем левой руки зафиксировал вену. Ввел иглу в вену срезом вверх (Под угол 45 градусов).  14. Потянул поршень на себя, убедился, что игла в вене.  15. Ослабил жгут. Еще раз проверил положение иглы.  16. Медленно ввел лекарственный препарат, не меняя положение шприца. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик. Быстрым движением извлек иглу.  17. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 5-10 минут.  18. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики погрузил в емкость для сбора отходов класса «Б».  19. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  20. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  21. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  22. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 23. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.  **2**. Алгоритм в\м введения пенициллина 1000000 на физ.р-ре.  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5. Подготовил лекарственный препарат Пенициллин (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы), Физ. Ра-р натрия хлорила 0,9 %.  6. Обработал ватным шариком физ. ра-р, вкрыл, набрал. Обработал ампулу с лекарственным средством. Вскрыл ампулу, набрал лекарственное средство. 7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  8. Придал пациенту удобное положение.  9. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  10. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  11. Ввел иглу в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы под углом 90°. Ввел медленно лекарственное средство.  12. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  13. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  14. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «Б» (вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  15. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  16. Снял перчатки, маску, погрузил их в емкость для сбора отходов класса «Б».   17. Провел гигиеническую обработку рук. 18. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения. 3. Алгоритм снятия ЭКГ. **1.Подготовка к процедуре:**  1. Проинформировать пациента о том, что исследование проводится после 10-15 минутного отдыха, во время исследования дыхание должно быть спокойным и ровным.  2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  3. Предложить пациенту раздеться по пояс, освободить от одежды голени и лечь на спину на кушетку, поместив руки вдоль тела (при невозможности - ЭКГ снимают в положении сидя)  4. Вымыть руки.  **2.Выполнение процедуры:**  5. Смочить электроды физ. раствором (или водой).  6. Наложить стандартные отведения:  **Красный** электрод на нижнюю треть предплечья **правой руки**  **Желтый** электрод на нижнюю треть предплечья **левой руки**  **Зеленый** электрод на нижнюю треть голени **левой ноги**  **Черный** электрод на нижнюю треть голени **правой ноги**  7. Наложить грудные отведения:  V 1 - 4 межреберье у правого края грудины  V 2 - 4 межреберье у левого края грудины  V 3 - на середине расстояния между V2 и V4  V 4 - в 5 межреберье по средне-ключичной линии  V 5 - на пересечении горизонтального уровня 5-го межреберья и передней подмышечной линии  V 6 - на пересечении горизонтального уровня 5-го межреберья и средней подмышечной линии  8. Произвести запись ЭКГ.  **3.Окончание процедуры:**  9. Снять электроды.  10. Предложить пациенту встать и одеться.  **Примечание:**Для диагностики острого инфаркта миокарда и наблюдения за пациентом по монитору применяются отведения по Небу:  **Красный электрод** – 2 межреберье справа по краю грудины (отражает заднюю стенку ЛЖ)  **Зеленый электрод** – на верхушке сердца (V 4) – (отражает передне-боковую стенку)  **Желтый электрод** – задняя подмышечная линия в 5 межреберье слева (отражает переднюю стенку ЛЖ)  **4.** Алгоритм п\к введения витамина В1  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками (4) и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5. Подготовил лекарственный препарат – Витамин В1 (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы).  6. Обработал ватным шариком ампулу с лекарственным средством. Вскрыл ампулу, набрал лекарственное средство в приготовленный шприц. 7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  8. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  9. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением сверху вниз. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  10. Левой рукой собрал участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз.  11. Ввел иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи.  12. Отпустил складку, освободившуюся руку перенес на поршень, медленно ввел лекарственное средство. 13. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  14. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  15. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  16. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  17. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 18. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 14.10 2020 | Алгоритм в/в введения коргликона | 1 | |  | Алгоритм в\м введения пенициллина | 1 | |  | Алгоритм снятия ЭКГ | 1 | |  | Алгоритм п\к введения | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 15.102020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику №4  **Тема:** "Сестринский уход при заболеваниях сердца"    Ответить на вопросы:  1.Что такое гипертоническая болезнь, симптомы.  2.Что такое ишемическая болезнь сердца: стенокардия, что такое острый инфаркт микарда, симптомы.  3.Что такое сердечная недостаточность симптомы. 4. Алгоритм в/м.введения промедола1мл.  5.Алгоритм в/в введения строфантина0,005%-0,25 на глюкозе 10мл.  6.Алгоритм в/вкап. введения 200мл.физ.р-ра  **1. Гипертоническая болезнь**  Гипертоническая болезнь – это общее заболевание, характеризующееся повышением артериального давления, которое не связано с каким-либо известным заболеванием внутренних органов.  Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) при ООН считает повышенным артериальное давление (независимо от возраста) свыше 140/90 мм рт. ст.  **Жалобы и анамнез.**  Жалобы могут отсутствовать несмотря на высокие значения АД. У части пациентов при повышении АД возможны головные боли, головокружение, тошнота, мелькание «мушек» перед глазами, боли в области сердца, сердцебиение, быстрая утомляемость, носовые кровотечения.  Расспрос больного должен включать выяснение следующих важных обстоятельств:  • Семейный анамнез артериальной гипертензии, сахарного диабета, нарушений липидного обмена, ИБС, инсульта, болезней почек.  • Продолжительность артериальной гипертензии и предыдущий уровень АД, результаты и побочные действия предыдущего антигипертензивного лечения. • Наличие и течение ИБС, сердечной недостаточности, перенесённого инсульта, других заболеваний у данного больного (подагра, бронхоспастические состояния, дислипидемии, сексуальные дисфункции, болезни почек).  • Выяснение симптомов предположительно вторичных артериальных гипертензий (см. ниже раздел "Основные виды артериальных гипертензий и их дифференциальная диагностика").  • Детальный расспрос о приёме лекарств, повышающих АД (пероральные контрацептивы, НПВС, амфетамины, эритропоэтин, циклоспорины, глюкокортикоиды).  • Оценка стиля жизни (потребление поваренной соли, жиров, алкоголя, курение, физическая активность).  • Личные, психосоциальные и внешние факторы, влияющие на АД (семья, работа).  **Осмотр и физикальное обследование** обычно не дают каких-либо специфических данных, однако могут помочь в выявлении вторичной артериальной гипертензии и признаков поражения органов-мишеней. Так, при проведении осмотра можно выявить признаки некоторых эндокринных заболеваний, сопровождающихся артериальной гипертензией: гипотиреоза, тиреотоксикоза, синдрома Кушинга, феохромоцитомы, акромегалии.  Пальпация периферических артерий, аускультация сосудов, сердца, грудной клетки, живота позволяет предположить поражение сосудов как причину артериальной гипертензии, заподозрить заболевания аорты, предположить реноваскулярную артериальную гипертензию.  Однако основным методом исследования и диагностики артериальной гипертензии остаётся измерение АД. Аускультацию почечных артерий проводят немного выше и латеральнее пупка.  **Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:**  • Провести беседу с пациентом/семьей о необходимости соблюдения диеты с ограничением соли (не выше 4-6 г/сут).  • Убедить пациента в необходимости щадящего режима дня (улучшение служебных и домашних условий, возможное изменение условий работы, характера  • Обеспечить пациенту достаточный сон. разъяснить условия, способствующие сну: проветривание помещения, недопустимость приема пищи непосредственно перед сном, нежелательность просмотра тревожащих телепередач. При необходимости проконсультироваться с врачом о назначении успокаивающих или снотворных препаратов.  • Обучить пациента приемам релаксации для снятия напряжения и тревоги.  • Информировать пациента о влиянии курения и алкоголя на уровень артериального давления.  • Информировать пациента о действии лекарственных препаратов. назначенных лечащим врачом, убедить его в необходимости систематического и длительного их приема только в назначенных дозах и их сочетаний с приёмом пищи.  • Провести беседу о возможных осложнениях гипертонической болезни, указать на их причины.  • Контролировать массу тела пациента, соблюдение режима и диеты.  • Проводить контроль передаваемых продуктов родственниками или другими близкими людьми у стационарных пациентов  • .Обучить пациента (семью): - определять частоту пульса; измерять артериальное давление; - распознавать начальные симптомы гипертонического криза; - оказывать доврачебную помощь при этом.  **2. Ишемическая болезнь сердца; Стенокардия; Острый инфаркт миокарда.**  Ишемическая болезнь сердца - патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий.  Коронарные артерии играют решающую роль в жизнедеятельности сердечной мышцы. Кровь, протекающая по ним, приносит кислород и питательные вещества ко всем клеткам сердца. Если артерии сердца поражены атеросклерозом, то в условиях, когда возникает повышенная потребность сердечной мышцы в кислороде (физические или эмоциональные нагрузки), может появиться состояние ишемии миокарда – недостаточное снабжение кровью сердечной мышцы. Это состояние – сигнал сердца о кислородной недостаточности и **есть стенокардия**. Таким образом, стенокардия это не самостоятельное заболевание, это симптом ишемической болезни сердца. В народе это состояние получило название "грудная жаба".  Обычно у людей, страдающих ишемической болезнью, симптомы появляются после 50-ти лет. Они возникают только при физической нагрузке.  Типичными проявлениями болезни являются:  - боль по середине грудной клетки (стенокардия);  - чувство нехватки воздуха и затрудненный вдох;  - остановка кровообращения из-за слишком частых сокращений сердца.  Это часто бывает первым и последним проявлением болезни. Некоторые больные, страдающие ишемической болезнью сердца, не испытывают никаких болей и чувства нехватки воздуха даже во время инфаркта миокарда.  Ввиду того, что основной причиной развития ишемической болезни сердца является атеросклероз коронарных артерий сердца, факторы риска ишемической болезни сердца (возраст, пол, наследственность, вредные привычки, нарушения обмена жиров, артериальная гипертония и пр.) совпадают с факторами риска атеросклероза.  Для профилактики стенокардии используют различные формы нитратов, включая изосорбида динитрат и изосорбида мононитрат для приема внутрь, либо (реже) нитроглицерин в форме трансдермального пластыря, наклеиваемого один раз в сутки. Слабыми сторонами нитратов являются развитие толерантности к ним и побочные эффекты. Пока неизвестно, улучшают ли нитраты прогноз у больного стабильной стенокардией при длительном применении, что делает сомнительным целесообразность их назначения в отсутствие ишемии миокарда.  **Разновидности стенокардии**  Существуют несколько вариантов стенокардии, а точнее два:  1. Стабильная стенокардия, включающая в себя 4 функциональных класса в зависимости от переносимой нагрузки.  2. Нестабильная стенокардия, стабильность или нестабильнось стенокардии определяется наличием или отсутствием связи между нагрузкой и проявлением стенокардии. Необходимо отметить, что в год стенокардию фиксируют у 0,2 -0,6% населения с преобладанием ее у мужчин в возрасте 55 - 64 лет, она возникает у 30000 - 40000 взрослых на 1 млн населения в год, причем распространенность зависти от пола и возраста. До инфаркта миокарда стабильная стенокардия отмечается у 20% пациентов, после инфаркта миокарда - у 50%.  Для стенокардии характерны ощущения сдавления, тяжести, распирания, жжения за грудиной, возникающие при физической нагрузке. Боль может распространяться в левую руку, под левую лопатку, в шею. Реже боль отдает в нижнюю челюсть, правую половину грудной клетки, правую руку, в верхнюю часть живота. Длительность приступа стенокардии обычно несколько минут. Так как боль в области сердца часто возникает при движении, человек вынужден останавливаться. В связи с этим стенокардию образно называют «болезнью обозревателей витрин», - после нескольких минут покоя боль, как правило, проходит.  Болевой приступ при стенокардии продолжается более одной, но менее 15 минут. Начало боли внезапное, непосредственно на высоте физической нагрузки. Чаще всего такой нагрузкой служит ходьба, особенно при холодном ветре, после обильного приема пищи, при подъеме по лестнице.  Окончание боли, как правило, наступает сразу после уменьшения или полного прекращения физической нагрузки или через 2-3 минуты после приема Нитроглицерина под язык.  Симптомы, связанным с ишемией миокарда, но отличающиеся от болевого приступа ― эквиваленты стенокардии ― это чувство нехватки воздуха, затруднение вдоха. Одышка возникает в тех же условиях, что и боль за грудиной.  Стенокардия у мужчин обычно проявляется типичными приступами болей за грудиной. Женщины, пожилые люди и больные сахарным диабетом во время ишемии миокарда могут не испытывать никаких болевых ощущений, а чувствовать частое сердцебиение, слабость, головокружение, тошноту, усиленное потоотделение. Некоторые люди, 91 страдающие ишемической болезнью сердца, во время ишемии миокарда (и даже инфаркта миокарда) вообще не испытывают никаких симптомов. Это явление называют безболевой, «немой» ишемией.  Инфаркт миокарда – это гибель участка сердечной мышцы, обусловленная острым нарушением кровообращения в этом участке. Как показывают статистические исследования, инфаркт миокарда чаще развивается у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет. У женщин это заболевание встречается примерно в полтора-два раза реже. Инфаркт миокарда возникает у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), при атеросклерозе, артериальной гипертонии. К факторам риска развития инфаркта миокарда относится курение (т.к. оно вызывает сужение коронарных сосудов сердца и снижает снабжение сердечной мышцы кровью), ожирение, недостаток двигательной активности.  Диагноз устанавливается на основании трех критериев:  1. Типичный болевой синдром;  2. Изменения на электрокардиограмме;  3. Изменения показателей биохимического анализа крови, говорящие о повреждении клеток мышцы сердца.  В сомнительных случаях врачи используют дополнительные исследования, например радиоизотопные методы выявления очага некроза миокарда  **Симптомы инфаркта миокарда**  Обычно при инфаркте миокарда выявляются следующие признаки:  • Длительная интенсивная сжимающе-давящая боль за грудиной в области сердца, может отдавать в руку, шею, спину или область лопаток;  • Боль не проходит после приема нитроглицерина;  • Бледность кожи, холодный пот;  • Бморочное состояние.  Далеко не всегда болезнь проявляется такой классической картиной. Человек может ощущать лишь дискомфорт в груди или перебои в работе сердца. В ряде случаев боль вообще отсутствует. Кроме того, встречаются нетипичные случаи инфаркта миокарда, когда заболевание проявляется затруднением дыхания с одышкой или болью в животе. Такие случаи особенно трудны в диагностике. **Правила ухода за больным с инфарктом миокарда**  - При подозрении на инфаркт больной обязательно должен быть немедленно госпитализирован в стационар, желательно, реанимационное отделение или в блок интенсивной терапии кардиологического отделения.  - Соблюдение в течение приблизительно 10 дней строгого постельного режима (отправление физиологических потребностей, кормление, переодевание, мытье больного совершаются только в постели).  - Профилактика пролежней и других осложнений длительного постельного режима. См. Лежачий больной.  - Соблюдение диеты. Легкоусвояемая пища. Отказ от продуктов, вызывающих метеоризм (капуста, черный хлеб, квас). Кормление больного дробное, небольшими порциями, не реже 4 раз в сутки. Пища с пониженной энергетической ценностью (1400-1500 ккал в сутки).  Рекомендуются овощи и фрукты. При отеках количество жидкости ограничивается. Последняя еда не позднее, чем за 3 часа до ночного сна.  - Больной не должен совершать резких движений.  - Больной не должен волноваться и раздражаться.  - Больной не должен напрягаться.  - Когда врач разрешит садиться в кровати, необходимо помогать больному делать это плавно, без резких движений. Можно использовать кроватную опору для помощи больному при усаживании в кровати.  - Садиться и вставать в первые дни больной должен в присутствии ухаживающего.  - Контроль за артериальным давлением и пульсом так часто, как обозначит врач, но не реже, чем 3 раза в день в течение первых 10 дней.  - Контроль за частотой стула больного.  - Контроль за количеством выпитой и выделенной жидкости.  - Контроль за своевременным и полноценным приемом назначенных лечащим врачом лекарств.  - При неосложненном течении инфаркта по назначению врача на 10-11 день больному разрешается сидеть на кровати и, если туалет находится в палате или рядом с палатой, где лежит больной, доходить до туалета под контролем ухаживающего. Обязательно проводить контроль самочувствия больного и измерять частоту пульса до похода в туалет и после возвращения из туалета. К 14 дню больному разрешаются короткие прогулки по коридору. К 21 дню больному разрешаются длительные прогулки.  - Проведение после выписки лечения в специализированном санатории.  **Первая медицинская помощь**:  1. Уложить или усадить больного, расстегнуть пояс и воротник, обеспечить доступ свежего воздуха, полный физический и эмоциональный покой;  2. При систолическом ад не меньше 100 мм рт. Ст. И чсс больше 50 в 1 мин дать под язык таблетку нитроглицерина с интервалом в 5 мин (но не более 3 раз);  3. Дать выпить таблетку аспирина (325 или 500 мг);  4. Дать таблетку пропранолола 10–40 мг под язык;  5. Ввести внутримышечно: 1 мл 2%-ного раствора промедола + 2 мл 50 %-ного раствора анальгина + 1 мл 2%-ного раствора димедрола + 0,5 мл 1%-ного раствора атропина сульфата;  6. При систолическом ад менее 100 мм рт. Ст. Надо внутривенно ввести 60 мг преднизолона в разведении с 10 мл физраствора;  7. Ввести гепарин 20 000 ед внутривенно, а потом – по 5000 ед подкожно в зону вокруг пупка;  8. Транспортировать больного в стационар следует в положении лежа на носилках.  **3. Сердечная недостаточность**  Сердечная недостаточность – острое или хроническое состояние, вызванное ослаблением сократительной способности миокарда и застойными явлениями в малом или большом круге кровообращения.  Проявляется одышкой в покое или при незначительной нагрузке, утомляемостью, отеками, цианозом (синюшностью) ногтей и носогубного треугольника. Острая сердечная недостаточность опасна развитием отека легких и кардиогенного шока, хроническая сердечная недостаточность ведет к развитию гипоксии органов.  В зависимости от результатов физикального исследования определяются:  - I (нет признаков СН), - II (слабо выраженная СН, мало хрипов), - III (более выраженная СН, больше хрипов), - IV ([кардиогенный шок](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%88%D0%BE%D0%BA" \o "Кардиогенный шок), систолическое артериальное давление ниже 90 мм рт. ст)  Согласно этой классификации в развитии хронической сердечной недостаточности выделяют три стадии:   * **I ст. (HI) начальная, или скрытая недостаточность**, которая проявляется в виде одышки и сердцебиения только при значительной физической нагрузке, ранее не вызывавшей её. В покое гемодинамика и функции органов не нарушены, трудоспособность несколько понижена. * **II стадия** — выраженная, длительная недостаточность кровообращения, нарушение гемодинамики (застой в [малом круге кровообращения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D1%83%D0%B3%D0%B8_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0)) при незначительной физической нагрузке, иногда в покое. В этой стадии выделяют 2 периода : период А и период Б. * **Н II А стадия** — одышка и сердцебиение при умеренной физической нагрузке. Нерезкий [цианоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B7). Как правило, недостаточность кровообращения преимущественно по [малому кругу кровообращения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D1%83%D0%B3%D0%B8_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0): периодический сухой кашель, иногда кровохарканье, проявления застоя в лёгких ([крепитация](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) и незвучные влажные хрипы в нижних отделах), сердцебиение, перебои в области сердца. В этой стадии наблюдаются начальные проявления застоя и в [большом круге кровообращения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D1%83%D0%B3%D0%B8_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0) (небольшие отеки на стопах и голени, незначительное увеличение печени). К утру эти явления уменьшаются. Резко снижается трудоспособность. * **Н II Б стадия**- одышка в покое. Вся объективная симптоматика сердечной недостаточности резко усиливается: выраженный [цианоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B7), застойные изменения в лёгких, длительные ноющие боли, перебои в области сердца, сердцебиение; присоединяются признаки недостаточности кровообращения по [большому кругу кровообращения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D1%83%D0%B3%D0%B8_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0), постоянные отеки нижних конечностей и туловища, увеличенная плотная печень (кардиальный цирроз печени), [гидроторакс](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%B4%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%81), [асцит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D1%86%D0%B8%D1%82), тяжёлая [олигурия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BB%D0%B8%D0%B3%D1%83%D1%80%D0%B8%D1%8F" \o "Олигурия). Больные нетрудоспособны. * **III стадия (Н III) — конечная, дистрофическая** стадия недостаточности . Кроме нарушения гемодинамики, развиваются морфологически необратимые изменения в органах (диффузный пневмосклероз, цирроз печени, застойная почка и др.). Нарушается обмен веществ, развивается истощение больных. Лечение неэффективно.   **Правила неотложной помощи**  Алгоритм действий при сердечной астме должен быть знаком близким больного и ему самому, если человек страдает тяжелыми формами сердечной недостаточности . В ожидание приезда врача нужно осуществить следующие действия:  1. Усадить человека в постели, ноги спустить вниз.  2. Распахнуть окно для поступления свежего воздуха. 3. Измерить давление, при необходимости, дать человеку нужные препараты.  4. Положить под язык Нитроглицерин, когда это нужно, применять его каждые 5 минут, но только под контролем давления домашним тонометром. Если давление снизилось до 90/60 мм.рт.ст., то далее пить этот препарат нельзя.  5. Сделать горячую ванночку для ног, опуская в воду ноги до голени.  6. Произвести наложение жгутов на ноги на 15 см. ниже, чем паховая складка. За 20 минут кровь задержится в ногах, отек легких спадет.  7. Если уже имеются признаки отека, нужно смочить в водке или спирте марлю, дать человеку вдыхать пары спирта. Параллельно всем описанным действиям нужно вызвать бригаду «скорой». Сестринская помощь будет более квалифицированной и поможет человеку поддержать дыхание и жизнедеятельность до поступления в медицинское учреждение.  Манипуляции:  **1.** Алгоритм в/в введения строфантина0,005%-0,25 на глюкозе 10мл.  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску. Надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток. Подготовил лекарственный препарат:  5. Сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений. Проверил срок годности лекарственного средства. Визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности.  6. Обработал ватным шариком глюкозу, вскрыл, набрал 10 мл. далее ампула с лекарственным средством. Обработал, вскрыл ампулу, набрал лекарственное средство.  7. Сменил иглу для инъекции. Вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок.  8. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациента.  9. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 10. Пропальпировал вены локтевого сгиба у пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  11. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  12. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением снизу вверх. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  13. Большим пальцем левой руки зафиксировал вену. Ввел иглу в вену срезом вверх (Под угол 45 градусов).  14. Потянул поршень на себя, убедился, что игла в вене.  15. Ослабил жгут. Еще раз проверил положение иглы.  16. Медленно ввел лекарственный препарат, не меняя положение шприца. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик. Быстрым движением извлек иглу.  17. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 5-10 минут.  18. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики погрузил в емкость для сбора отходов класса «Б».  19. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  20. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  21. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  22. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 23. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.  **2**. Алгоритм в\м введения промедол 1мл.  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5. Подготовил лекарственный препарат Промедол (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы. 6. Обработал ампулу с лекарственным средством. Вскрыл ампулу, набрал лекарственное средство. 7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  8. Придал пациенту удобное положение.  9. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  10. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  11. Ввел иглу в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы под углом 90°. Ввел медленно лекарственное средство.  12. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  13. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  14. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  15. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  16. Снял перчатки, маску, погрузил их в емкость для сбора отходов класса «Б».   17. Провел гигиеническую обработку рук. 18. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.  **3.** Алгоритм в/вкап. введения 200мл.физ.р-ра  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.  4. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  5. Подготовил лекарственный препарат – Физ. раствор. (проверил срок годности, целостность флакона)  6. Обработал ватным шариком наружную крышку флакона физ. ра-ра. Нестерильным пинцетом вскрыл центральную часть крышки флакона и обработал резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  7. Проверил целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии. Вскрыл пакет с системой, взял ее в руки.  8. Закрыл зажим на системе, снял колпачок с иглы для флакона, ввел иглу до упора во флакон.  9. Перевернуть флакон вверх дном и закрепил на штативе, открыл воздуховод. Заполнил баллон системы до середины при помощи нажатия на него.  10. Снял инъекционную иглу с колпачком, положил в стерильный лоток.  11. Открыл зажим и заполнил капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  12. Закрыл зажим, присоединил инъекционную иглу с колпачком, вытеснил воздух через иглу, не снимая колпачка.  13. Зафиксировал систему на штативе.  14. Удобно уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  15. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 16. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  17. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  18. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  19. Большим пальцем зафиксировал вену, ниже места венепункции. Ввел иглу в вену. Убедился, что игла в вене.  20. Ослабил жгут, открыл зажим капельницы, убедился, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу.  21. Закрепил систему лентой лейкопластыря. Отрегулировал скорость поступления лекарственного средства.  22. В течение инфузии следит за самочувствием пациента.  23. После завершения инфузии обработал руки, надел перчатки, закрыл зажим, убрал лейкопластырь, к месту пункции приложил ватный шарик и извлек иглу. 24. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 5-10 минут.  25. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные системы для инфузии, ватные шарики поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  26. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»). 27. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  28. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие емкости для дезинфекции.  29. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 30. Провел гигиеническую обработку рук. 31. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 15.10  2020 | Алгоритм в/в введения строфантина0,005%-0,25 на глюкозе 10мл. | 1 | |  | Алгоритм в\м введения промедол 1мл. | 1 | |  | Алгоритм в/вкап. введения 200мл. физ.р-ра | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 16.102020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику №5  **Тема:** "Сестринский уход за больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта"  Ответить на вопросы:  1.Гастриты (симптомы, классификация). 2.Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (симптомы, осложнения, признаки желудочно-кишечного кровотечения).  3.Холецистит, панкреатит (симптомы).  4.Алгоритм взятия желудочного сока.  5.Алгоритм дуоденального зондирования.  6.Алгоритм постановки очистительной клизмы.  **1. Гастриты**  Гастрит - воспаление слизистой оболочки (в ряде случаев и более глубоких слоев) стенки желудка. Чаще всего причиной гастрита является бактерия Helicobacter pylori, однако способствовать развитию гастрита может неправильное питание, постоянный стресс, курение, алкоголизм. Симптомами гастрита служат боли в желудке натощак или после приема пищи, тошнота, рвота, запоры или поносы и др.  Диагноз гастрита ставится на основании эндоскопического исследования желудка.  Лечение осуществляется посредством назначения лечебного питания – диеты, а также медикаментозно – применение антибиотиков, средств, снижающих или повышающих кислотность желудочного сока и лекарств, защищающих желудок от соляной кислоты.  Различают несколько типов острого гастрита:  • Простой (катаральный) гастрит: развивается в результате попадания в организм несвежей пищи, зараженной болезнетворными микробами (пищевая токсикоинфекция), при ротавирозе, аллергии на какой-то пищевой продукт или как следствие повреждения слизистой желудка некоторыми лекарствами. При катаральном гастрите слизистая оболочка разрушается незначительно (только самый поверхностный слой) и после прекращения действия раздражающего фактора быстро восстанавливается.  • Флегмонозный гастрит: это гнойное воспаление желудка, которое может развиться в результате попадания в стенку желудка инородного предмета (например, рыбья косточка) с последующим заражением этой области гноеродной инфекцией. Отличительной особенностью этого типа гастрита является высокая температура и нестерпимые боли в подложечной области. Флегмонозный гастрит требует немедленного хирургического вмешательства. Без оказания медицинской помощи болезнь переходит в перитонит (обширное воспаление органов брюшной полости) и заканчивается смертью.  Фибринозный гастрит: встречается очень редко на фоне сепсиса (заражения крови). При условии правильного лечения, острый гастрит (в зависимости от формы) длится до 5-7 дней, однако полное восстановление желудка происходит намного позднее.  Хронический гастрит развивается как следствие острого гастрита или же как самостоятельное заболевание. Хронический гастрит длительное время может протекать не проявляясь никакими симптомами. Причиной развития хронического гастрита (кроме описанных выше) могут служить следующие факторы: поражение слизистой Helicobacter pylori (гастрит типа B), также гастрит может развиться в результате ожога слизистой оболочки желудка различными химическими веществами (спирты, щелочи, кислоты), такое наблюдается у людей злоупотребляющих алкоголем или при случайном употреблении внутрь вещества, агрессивно воздействующего на живые ткани (уксус, кислота, щелочь).  Прием некоторых лекарств (аспирин и прочие противовоспалительные препараты, некоторые антибиотики), также может спровоцировать гастрит, при этом лекарства из группы противовоспалительных препаратов (Аспирин, Диклофенак, Индометацин и пр.) вызывают гастрит не только за счет прямого раздражения слизистой оболочки желудка, но и за счет нарушения молекулярных механизмов защиты слизистой желудка, поэтому гастрит может возникнуть даже в том случае когда данные лекарства используются в виде инъекций или мазей.  **Общие симптомы гастрита**:  Больные отмечают чувство тяжести и полноты в подложечной области, тошноту, слабость, Язык обложен серовато-белым налетом, может быть слюнотечение или, наоборот, сильная сухость во рту. Выделяют хронический гастрит с нормальной и повышенной секрецией (повышенной кислотностью) — анацидный и гиперацидный и с секреторной недостаточностью (пониженной кислотностью) — гипоацидный гастрит.  **Симптомы хронического гастрита с повышенной или нормальной кислотностью**: боль, изжога, отрыжка с кислым привкусом, ощущение тяжести после еды, иногда — запоры.  **При гастрите с повышенной кислотностью** отмечаются изжога, отрыжка кислым, иногда рвота. Больных беспокоят боли в подложечной области, ночные и голодные боли.  **Симптомы гастрита с пониженной кислотностью**: неприятный привкус во рту, снижение аппетита, тошнота, особенно по утрам, отрыжка воздухом, урчание и переливание в животе, запоры или поносы.  **Симптомы хронического гастрита с пониженной кислотностью**: неприятный вкус во рту, слюнотечение, тошнота, чувство переполнения в подложечной области, признаки анемии, снижение аппетита и веса, диспепсические расстройства при длительном многолетнем течении — похудание, общая слабость.  **Острый гастрит характеризуется симптомами:**  - Боль в животе: резкая приступообразная или постоянная мучительная. Часто зависит от приема пищи: усиливается натощак или через некоторое время после еды;  - Тошнота постоянная или периодическая, часто возникает сразу после еды; - Изжога – неприятное чувство жжения в груди, возникает после еды; - Отрыжка с кислым запахом, после еды или натощак;  - Многократная рвота, сначала содержимым желудка с кислым запахом и вкусом, затем чистой слизью, иногда зеленоватой или желтой и горькой на вкус (желчь);  - Повышенное слюноотделение – реакция организма на расстройство пищеварения; иногда сухость во рту (после нескольких приступов рвоты из-за обезвоживания);  - Нарушение стула: запор или понос;  - Со стороны всего организма: выраженная общая слабость, головокружение, головная боль, потливость, повышение температуры, снижение артериального давления, повышение частоты сердечных сокращений – тахикардия.  **Симптомы хронического атрофического гастрита** (в том числе, аутоиммунного гастрита: – Снижение аппетита, неприятный вкус во рту, отрыжка с неприятным гнилостным запахом, чувство распирания, тяжести в животе после еды, тупая боль сразу после приема пищи или через 15-20 минут, тошнота после приема пищи, запоры или поносы, вздутие, урчание в животе, метеоризм, анемия, ломкость и сухость волос, расслоение ногтей.  Все перечисленные нарушения процесса пищеварения ведут к потере веса, выраженной слабости, сонливости, раздражительности человека  **2. Язвенная болезнь желудка и ДПК.**  Язвенная болезнь - хроническое, циклическое, рецидивирующее заболевание, при котором образуются язвы, как результат нарушения соотношения факторов агрессии с факторами защиты. Места локализации язвы: малая кривизна и пилорический отдел желудка, луковица двенадцатиперстной кишки. Заболевание возникает в результате нарушения регуляции секреторных и моторных процессов. Встречается у людей любого возраста, но чаще в возрасте 30-40 лет; мужчины болеют в 6-7 раз чаще, чем женщины (особенно язвенной болезнью двенадцатиᴨерстной кишки).  **Проблемы пациента**:  Настоящие: **1**. Боль в эпигастральной области, которая связана с приемом пищи. Она может возникнуть через 30-60 мин. либо через 2 ч. после еды. При язве двенадцатиᴨерстной кишки боли возникают натощак ("ранние" или "голодные" боли), проходят после приема пищи, молока, щелочей и обычно возобновляются через 2 или 3 ч.  **2**. Возможны "ночные" боли, также исчезающие после приема пищи или щелочных препаратов (иногда достаточно нескольких глотков молока).  **3**. При язве желудка характерны "ранние" боли, возникающие через 20-30 мин. после приема пищи. Боли могут отдавать в спину, между лопатками, быть острыми, тупыми или ноющими. Боли, как правило, обостряются после нервных расстройств или приема грубой, кислой, соленой и трудноперевариваемой пищи (жирное жареное мясо, изделия из сдобного теста и др.).  **4.** Боли, особенно при язвенной болезни двенадцатиᴨерстной кишки, имеют сезонный характер: их появление или усиление отмечается в определенное время года, чаще всего весной и осенью.  **5**. Изжога, тошнота, изменение аппетита обычно не характерны для больных с язвенной болезнью.  **6**. Возможна рвота, которая возникает при сильных болях и приносит облегчение. Рвота может возникать на "голодный" желудок, а также непосредственно во время приема пищи. В рвотных массах содержится много слизи и остатков непереваренной пищи. Если у больного появилась рвота в виде кофейной гущи (темная, почти черная), это указывает на желудочное кровотечение. При небольших желудочных кровотечениях рвоты может не быть. Кровь может поступать в кишечник и ее можно обнаружить в испражнениях больного при обследовании.  **7.** Обильные и продолжительные желудочные кровотечения вызывают у больного общую слабость, малокровие (снижение гемоглобина), потерю в весе.  **8**. Во время обострения язвенной болезни двенадцатиᴨерстной кишки могут возникать запоры. Этот симптом реже встречается при язвенной болезни желудка.  **9**. Аппетит у больных, как правило, не нарушен.  **10**. Из общих жалоб можно отметить повышенную раздражительность, потливость.  **11**. Большое значение имеет исследование желудочного сока. Особенно показательно повышение кислотности желудочного сока, которое чаще встречается при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. При язвенной болезни желудка показатели кислотности желудочного сока могут соответствовать норме и даже быть ниже.  **12**. Недостаток информации о заболевании  **13**. Страх развития осложнений  **14**. Недостаток знаний диетотерапии  **15**. Страх перед возможностью оперативного лечения Потенциальные: кровотечение, прободение язвы, развитие стеноза привратника, смена профессиональной деятельности, места работы.  **Осложнения язвенной болезни**  1. **Желудочное кровотечение**. Чаще всею причинами желудочного кровотечения являются погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, физическая нагрузка.  Симптомы желудочного кровотечения: рвота жидкими массами цвета кофейной гущи, черный жидкий стул - «мелена».  Кровотечение сопровождается - резкой слабостью, головокружением, снижением артериального давления, пульс при кровотечении частый, слабою наполнения, кожные покровы бледные и влажные.  2. **Перфорация язвы**. Причинами перфорации язвы могут быть: физическое перенапряжение, подъем тяжестей, прыжки и другие резкие движения, обильный прием пищи и жидкости. Симптомы перфорации язвы. Для перфорации язвы характерно возникновение острейшей внезапной «кинжальной» боли в верхней половине живота, а затем по всему животу. Рвота часто отсутствует. Из-за резкой боли может развиться коллапс: бледность кожных покровов, холодный липкий пот, заостренные черты лица, низкое артериальное давление, нитевидный пульс. Живот вздут, резко болезненный, появляются симптомы раздражения брюшины, наблюдается «доскообразное» напряжение мышц живота.  **3. Холецистит, панкреатит**  Холецистит  — [воспаление](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) [желчного пузыря](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D1%91%D0%BB%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BF%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8C), одно из наиболее частых осложнений [жёлчнокаменной болезни](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D1%91%D0%BB%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C). Основные принципы развития воспалительного процесса в стенке желчного пузыря: наличие [микрофлоры](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D0%BA%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%BB%D0%BE%D1%80%D0%B0) в просвете пузыря и нарушения оттока [желчи](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%87%D1%8C).  Холецистит делится на 2 типа:   * **Острый (калькулезный)**. Клинико-морфологическая классификация острого холецистита: 1. **Катаральный** холецистит. Его симптомы — интенсивные постоянные боли в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, правую лопатку, надплечье, правую половину шеи. 2. **Флегмонозный** холецистит имеет более выраженную клиническую симптоматику. Боли значительно интенсивнее, чем при катаральной форме воспаления. Боли усиливаются при дыхании, кашле, перемене положения тела. Чаще возникает тошнота и многократная рвота, ухудшается общее состояние больного, температура тела достигает фебрильной, тахикардия возрастает до 110—120 в минуту. Живот несколько вздут за счет пареза кишечника; при дыхании правая половина передней брюшной стенки отстает от левой, защитно напряжена в правом подреберье при пальпации; кишечные шумы ослаблены. 3. **Гангренозный** холецистит характеризуется бурным клиническим течением, обычно является продолжением флегмонозной стадии воспаления, когда защитные силы организма не в состоянии справиться с [вирулентной микробной флорой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%83%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C). * **Хронический**   Хронический холецистит проявляется тошнотой, тупой болью в правом подреберье и другими неприятными ощущениями, возникающими после еды. В диагностике холецистита важную роль играют данные лабораторных исследований и холецистохолангиография.  Наиболее грозным осложнением калькулезного холецистита является печёночная колика. Если в желчевыводящие пути попадает некрупный (менее 1 см) камень, препятствует нормальному оттоку желчи, то в кровь поступают желчные пигменты и развивается подпечёночная желтуха. Симптомы колики очень похожи на начало острого холецистита. Тем не менее, болевой синдром при печёночной колике более выражен и возникает, как правило, ночью или рано утром. Спустя некоторое время проявляется симптоматика желтухи: происходит пожелтение склер и кожи — появляется своеобразный лимонно-жёлтый цвет, моча темнеет и становится похожа на пиво, а кал заметно светлеет, вплоть до белизны.  Панкреатит — группа заболеваний и синдромов, при которых наблюдается воспаление поджелудочной железы. При воспалении поджелудочной железы ферменты, выделяемые железой, не выбрасываются в двенадцатиперстную кишку, а активизируются в самой железе и начинают разрушать её (самопереваривание). Ферменты и токсины, которые при этом выделяются, часто сбрасываются в кровоток и могут серьёзно повредить другие органы.  **Основными симптомами** острого панкреатита являются:  • Острая боль в верхней половине живота, часто опоясывающая, иногда в области пупка, боль отдает в спину, левое плечо, область сердца;  • Частая, мучительная рвота, не приносящая облегчения;  • Лихорадочное состояние;  • В тяжелых случаях значительно снижается артериальное давление; появляется бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения;  • Язык обложен серым налетом, изо рта неприятный запах.  Хронический панкреатит - хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание железистой ткани поджелудочной железы.  **Основными симптомами** хронического панкреатита являются:  • Боль в эпигастральной области и животе, которая локализуется слева от пупка, в левом подреберье.  Боли обычно длительные, отдают в спину, левую лопатку, возникают после употребления в пищу острых, жареных и жирных блюд, алкоголя;  • Чувство тяжести в эпигастральной области;  • Тошнота; Рвота; Метеоризм;  • Желтуха;  • Снижение аппетита и массы тела;  • Нарушается стул, появляется склонность к поносам;  • Быстрая утомляемость, снижение работоспособности;  • Нарушение сна;  • Сухость кожи;  • "Заеды" в углах рта;  • Ломкость волос и ногтей.  Манипуляции:  **1.** Алгоритм взятие желудочного сока.  1. Объяснить пациенту порядок проведения процедуры, вечером предупредить, что зондирование делается натощак, чтобы утром пациент ничего не ел, не пил, не курил (если зондирование делается в кабинете, то предупредить пациента, о том, чтобы он не забыл взять с собой чистое полотенце).  2. Правильно усадить пациента: опираясь на спинку стула, наклонив голову вперёд, если пациент в постели, то высокое положение Фаулера. Если пациенту нельзя придать положение сидя или полулёжа, он может лежать на боку без подушки.  3. Вымыть руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  4. На шею и грудь пациента положить полотенце, если есть съёмные протезы, их снять.  5. Ввести зонд (см. алгоритм введения желудочного зонда через рот).  6. Извлечь с помощью 20,0мл шприца содержимое желудка натощак – **первая** порция  7. С помощью цилиндра от 20,0 мл шприца (используя его как воронку, присоединив к наружному концу зонда) ввести 200мл капустного отвара, подогретого до 38°С.  8. Через 10 минут извлечь 10мл желудочного содержимого – **вторая** порция.  9. Через 15 минут извлечь всё содержимое желудка – **третья** порция, желудок должен остаться пустым.  10. В течение часа через каждые 15 минут с помощью 20,0мл шприца извлечь ещё 4 порции содержимого желудка – **четвёртая, пятая, шестая** и **седьмая** порции.  11. Осторожно извлечь зонд с помощью полотенца или большой салфетки, поместить его в дезраствор.  12. Протереть рот пациенту и помочь ему придать удобное положение.  13. Снять перчатки, поместить их в дезраствор, вымыть руки.  14. Отправить в лабораторию **1, 4, 5, 6 и 7**порции вместе с направлением.  15. При получении ответа из лаборатории немедленно подклеить его в карту пациента.  **2.** Алгоритм дуоденального зондирования.  1. Подготовил необходимое оснащение в манипуляционном кабинете. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента аллергологический анамнез, получил его согласие. Напомнил, что процедура проводится натощак.  2. Вымыл руки на гигиеническом уровне.  3. Надел маску. 4. Надел перчатки. 5. Открыл упаковку с одноразовым дуоденальным зондом и извлек его.  6. Измерил расстояние от мочки уха до резцов, далее - до мечевидного отростка и сделал первую метку. Прибавил к первой метке расстояние, равное ширине ладони пациента и сделал вторую отметку.  7. Усадил пациента на кушетку и предложил широко открыть рот. 8. Смоченный в стакане с водой кончик зонда положил на корень языка и предложил пациенту делать глотательные движения, медленно заглатывать зонд до первой отметки. Уложил пациента на кушетку на правый бок, конец зонда опустил в пробирку (без маркировки) на штативе. Штатив с пробирками располагается на низкой скамеечке рядом с кушеткой.  9. Под правый бок пациента подложить грелку, обернутую салфеткой в четыре слоя.  10. В пробирку выделяется светлое мутное содержимое желудка. Предложил медленно, в течение 30-60 минут, заглатывать зонд до второй отметки, до появления золотисто-желтого отделяемого. Переставил зонд в пробирку с маркировкой «А» 11. В течение 20-30 минут собрал порцию желчи «А» в одну- две пробирки до прекращения ее выделения.  12. Подогрел на водяной бане сульфат магнезии 33% до температуры 38\*С и ввел через зонд 20-40 мл с помощью шприца Жане, наложил зажим на зонд.  13. Предложил пациенту перевернуться на спину на 10 минут. 14. Вновь уложил пациента на правый бок на грелку, переставил зонд в пробирку «В» и снял зажим с зонда. В пробирку выделяется оливкового цвета жидкость.  15. Заполнил 2-5 пробирок. После появления жидкости светло-желтого цвета переставил зонд в пробирку с маркировкой «С»  16. Набрал две пробирки желчи порции «С» и закончил зондирование, наложив зажим на зонд.  17. Предложил пациенту перейти в положение сидя.  18. С помощью чистой салфетки извлек зонд и поместил его в емкость с дезинфицирующим раствором. 19. Дал пациенту прополоскать рот чистой водой.  20. Зонд и салфетки поместил в мешок для отходов класса «Б». 21. Пробирки закрыл резиновыми пробками, поместил в контейнер для транспортировки вместе с направлением и доставил в лабораторию.  22. Обработал кушетку  23. Снял перчатки, маску и поместил их в емкости для отходов класса «Б»  24. Обработал руки на гигиеническом уровне. Сделал запись в медицинской карте о проведении процедуры.  **3.** Алгоритм постановки очистительной клизмы.  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки.  3. Извлек кружку Эсмарха из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А». 4. При помощи запорного устройства перекрыл удлинительную трубку, заполнил мешок-емкость 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешал кружку на штативе, на уровне одного метра от пола. Горловину мешка плотно закрыл крышкой.  5. Открыл запорное устройство и удалил воздух из системы, закрыл запорное устройство, закрепил трубку на штативе.  6. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросил пациента принять правильное положение, оголить ягодицы. При необходимости помог пациенту.  7. Снял колпачок с дистального конца трубки, сбросил в отходы класса «А». Облил дистальный конец трубки вазелиновым маслом. 8. Раздвинул ягодицы и осторожно ввел дистальный конец трубки в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см. 9. Открыл запорное устройство на системе и ввел необходимое количество жидкости, оставив на дне мешка немного воды, закрыл кран, регулирующий поступление воды.  10. Извлек дистальный конец трубки из прямой кишки через салфетку или туалетную бумагу. 11. Попросил пациента в течение 10 минут полежать на спине, удерживая воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно. 12. Погрузил систему, адсорбирующую пеленку в емкость для сбора отходов класса «Б».  13. Снял фартук, провел его дезинфекцию, снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. Провел гигиеническую обработку рук.  15. После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 16.10.2020 | Алгоритм взятия желудочного сока | 1 | |  | Алгоритм дуоденального зондирования | 1 | |  | Алгоритм постановки очистительной клизмы | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   16. Сделал запись в манипуляционный журнал, подпись, дата. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 17.102020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику №6  **Тема:** "Сестринский уход за пациентами при заболеваниях желудочно-кишечного тракта"  Ответить на вопросы:  1. Гепатит (симптомы, классификация, осложнения). 2. Неспецифический язвенный колит (симптомы).  3. Хронический колит (симптомы).  4. Синдром раздраженного кишечника (симптомы).  5. Алгоритм оказания помощи при желудочно-кишечном кровотечении.  6. Алгоритм постановки сифонной клизмы.  **1. Гепатит**  Гепатит (Hepatitis) довольно распространённая болезнь. Вирусный гепатит - серьезное инфекционное заболевание, сопровождающееся снижением аппетита, слабостью, головной болью, кожным зудом и другими симптомами.  Квалифицированный уход облегчит состояние человека, заболевшего гепатитом, и поможет его скорейшему выздоровлению.  Гепатит является воспалением печени вызванном различными факторами.  Гепатиты разделяют на вирусные (инфекционные), токсические, лучевой и как последствие аутоиммунных заболеваний.  **Инфекционные гепатиты:**  **1**. Вирусный гепатит А (болезнь Боткина). Передается контактным путем через загрязненные продукты питания, воду, больных и предметов обихода вирусом Picornaviridae. Основные симптомы (усталость, лихорадка, рвота, боли в мышцах и правом подреберье, диарея, темный цвет мочи) могут проявляется не сразу, так как инкубационный период составляет 1-5 недель. После перенесенного заболевания у больного развивается пожизненный иммунитет к этому типу Гепатита.  **2**. Вирусный гепатит В. Вызывается вирусом семейства Hepadnaviridae. Передается через кровь естественными (половой, во время родов от матери ребенку и т.п.) и искусственными путями (переливание зараженной крови, использование нестирильных шприцов, стоматологических инструментов и т.д.) . Основные симптомы схожи с Гепатитом А (иногда появляются и зудящие высыпания на коже), но инкубационный период может продолжаться до полугода.  В целях профилактики желательно сделать вакцину, так как болезнь излечивается не всегда, и иногда переходит в хроническую форму. После перенесенного заболевания развивается длительный иммунитет.  **3.** Вирусный гепатит C. Он же HCV инфекция, вирус Flaviviridae. Передается естественными, искусственными и как предполагается иногда и контактными путями. Самая дорогая в лечении и неприятная в возможных последствиях болезнь. По некоторым данным около 20% зараженных этим видом вируса Гепатита, способны излечится самостоятельно при помощи иммунной 169 системы. Почти столько же рискуют получить цирроз или рак печени. Около 3-5% больных погибают.  Для диагностики применяют несколько методов – ИФА, ПЦР и полный биохимический анализ крови. Для проверки состояния печени проводят ее биопсию или фибросканирование.  **4**. Вирусный гепатит Д. Он же Гепатит Дельта. Пути заражения схожи с Гепатитами А и Б, характеризуется более острым развитием с массивным поражением печени. Вирус Дельта способен размножатся в печени, только в присутствии вируса Гепатита Б. Довольно распространен. Острые формы могут закончится полным выздоровлением, но в некоторых случаях могут привести к циррозу печени.  Вакцина от вируса Гепатита Б защищает также и от этого вируса.  **5.** Вирусный гепатит Е. Вирус имеет схожие симптомы и пути передачи как и вирус Гепатита А. Чаще всего встречается в Африке и Центральной Азии.  **6.** Токсические гепатиты. Чувствительность к токсичным и лекарственным препаратам у каждого человека своя. Считается, что практически любой препарат способен вызывать Гепатит различной формы и степени тяжести. Самые же острые формы могут развиваться при отравлении такими веществами как – белый фосфор, парацетамол, яд бледной поганки, четыреххлористый углерод и многие промышленные яды.  **7.** Лекарственный гепатит наиболее часто может быть вызван при применение следующих лекарственных препаратов: Азатиоприн, Аллопуринол, Амиодарон, Фенитоин, Галотан, Китоконазол, Ибупрофен, Изониазид и другие противотуберкузелные препараты, Метилдопа и Гормональными контрацептивами.  **8.** Аутоимунные гепатиты чаще всего встречается у женщин (по некоторым данным 15-20 человек на 100000 населения) с врожденным дефектом мембранных рецепторов HLA 2.  Диагностика любого вида Гепатита не простое дело, и должно проводится комплексно и только специалистом. Гепатит не делает жизнь длинее, тем более, если не применять никаких мер для защиты своего организма, и не принять новый образ жизни. Но щадящее питание и поддержка печени в хорошем состоянии, по мнению многих специалистов, помогает не меньше, чем дорогие лекарства.  **Осложнениями вирусных гепатитов могут стать** функциональные и воспалительные заболевания желчных путей и печеночная кома, и если нарушение в работе желчевыводящих путей поддается терапии, то печеночная кома является грозным признаком молниеносной формы гепатита, заканчивающейся летальным исходом практически в 90% случаях. В 80% случаев молниеносное течение обусловлено сочетанным действием вирусов гепатитов В и D. Печеночная кома наступает из‑за массивного омертвения (некроза) клеток печени. Продукты распада печеночной ткани попадают в кровь, вызывая поражение центральной нервной системы и угасание всех жизненных функций.  Хронический гепатит опасен тем, что отсутствие адекватного лечения нередко приводит к циррозу, а иногда и раку печени. Самое тяжелое течение гепатита вызывает сочетание двух и более вирусов, например В и D или B и С. Встречается даже B+D+C. В этом случае прогноз крайне неблагоприятный.  **2. Неспецифический язвенный колит; Хронический колит**  Колит — воспалительное заболевание слизистой оболочки толстой кишки. Чаще болеют мужчины 40—60 лет и женщины 20—60 лет. Протекает остро или хронически. Считают, что проявления хронического колита имеют место у каждого второго больного с проблемами органов пищеварения.  Острый колит часто является симптомом инфекционного заболевания, например дизентерии, паратифа А, туберкулеза и др. (инфекционный колит), а также развивается в результате отравления ядами (свинец, ртуть и др.), недоброкачественными продуктами, иногда — при глистных инвазиях. Причины хронических колитов такие же, как и острых. Иногда они могут быть результатом перехода острого процесса в хронический. В некоторых случаях к развитию колита приводят повышенная чувствительность к отдельным пищевым веществам (аллергический колит) и нарушение нервной регуляции кишечника (дискинезии).  Воспалительный процесс может распространяться по всей толстой кишке или захватывать отдельные ее сегменты. Различают проктосигмоидит (поражение сигмовидной и прямой кишки), тифлоколит (поражение слепой и восходящей ободочной кишки), трансверзит (поражение поперечной ободочной кишки) и сигмоицит (поражение сигмовидной кишки).  При остром колите заболевание начинается внезапно. Появляются вздутие живота, острые схваткообразные боли в нижней его половине, частые позывы и выделение жидких испражнений с большим количеством слизи, гноя, крови. Иногда наблюдается гнилостный запах кала. При инфекционных колитах повышается температура до 39— 40°, появляются сухость во рту, тошнота, общая слабость. Язык обложен. Иногда рвота. При пальпации живота отмечаются урчание, плеск, разлитая болезненность по всему кишечнику.  Для хронического колита характерно волнообразное течение: чередование обострений и ремиссий. При обострении поносы сменяются запорами, испражнения выделяются с большим количеством слизи. Как результат заболевания толстой кишки могут развиться витаминная недостаточность, потеря в весе, общая слабость, вялость, быстрая утомляемость, отсутствие аппетита, малокровие.  Осложнения: развитие перивисцерита (воспалительная реакция брюшины, покрывающей толстую кишку), истощение, анемия. Диагноз при типичной картине болезни не представляет затруднений; дифференцировать следует с гастритами, энтеритами, аппендицитом. Помогают в диагностике колита ректороманоскопия исследование кала (бактериологическое, на простейшие и др.). Прогноз - при неосложненных формах - выздоровление при проведении своевременного и правильного лечения.  Хронический энтероколит представляет собой воспалительное, дистрофическое и атрофическое изменение в слизистой оболочке тонкой и толстой кишки с периодическими или постоянными нарушениями функции органа.  **Проблемы пациента**:  1. Настоящие: боли в животе, метеоризм, запоры, снижение массы тела,тенезмы, недостаток информации о заболевании, его причинах, дефицит информации о диетотерапии, необходимость длительно соблюдать диету, необходимость отказа от курения и приема алкоголя, необходимость длительного приема лекарственных препаратов, риск обезвоживания.  2. Потенциальные: остеопороз, гиповитаминоз, анемия.  **3. Синдром раздраженного кишечника**  Синдром раздраженного кишечника – это симптомо-компекс функциональный нарушений пищеварения в кишечнике, не проявляющийся органической патологией самого кишечника. Около 10-20% населения нашей планеты страдают синдромом раздраженного кишечника. Больше всего среди популяции заболевают женщины. Примерное средний возраст 25-40 лет.  - Бывает несколько видов СРК:   * 1. Спастико-колитический вариант * 2. С преобладанием диареи * 3. С преобладанием запоров  - Причины возникновения синдрома раздраженного кишечника:  * 1. Частые стрессовые ситуации * 2. Избыточный бактериальный рост * 3. Нерациональное питание * 4. Злоупотребление алкоголем * 5. Перенесенные кишечные инфекции  - Симптомы синдрома раздраженного кишечника:  * 1.Ноющие боли в области пупка и по ходу толстого кишечника, особенно после еды и проходят после акта дефекации и отхождении газов * 2. Диарея непосредственно после приема пищи, чаще по утрам и в вечернее время * 3. Запоры * 4. Вздутие живота * 5. Тошнота, чувство быстрого переполнения желудка * 6. Бессонница * 7. Общая слабость  Диагностика  * - Общий клинический анализ крови, мочи * - Анализ кала на копрограмму * - Биохимический анализ крови (печеночные пробы, холестерин, щелочная фосфатаза, амилаза, глюкоза) * - Обзорная рентгенография кишечника с барьевой смесью * - Ирригоскопия * - Колоноскопия   Манипуляции:  **1**. Алгоритм оказания помощи при желудочно-кишечном кровотечении Первая помощь при желудочно-кишечном кровотечении.  * 1. Срочно вызвать «Скорую помощь». * 2. Создать больному покой. * 3. Уложить больного в положение с приподнятыми на 10-15º ногами. * 4. Положить на живот пузырь со льдом.   5. Для подтверждения правильности своих действий уточнить, страдает ли больной язвенной болезнью, была ли накануне многочисленная рвота или одно из перечисленных заболеваний, при которых могут встречаться желудочно-кишечные кровотечения.  6. Если больной потерял сознание, но у него сохраняются пульс и дыхание, наблюдать за основными функциями – контролировать пульс и дыхание.  При остановке кровообращения и (или) сердечной деятельности, начинать реанимационные мероприятия – искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.  **2**. Алгоритм постановки сифонной клизмы  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки.  3. Поставил таз около кушетки. Положил на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод.  4. Попросил пациента принять правильное положение, при необходимости помог пациенту.  5. Вскрыл упаковку с толстым зондом, и воронкой. Обработал перчатки антисептическим раствором.  6. Взял в руку зонд, смазал слепой конец зонда вазелиновым маслом. Ввел закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.  7. Присоединил воронку к другому концу зонда, держал ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента.  8. Налил в воронку 0,5-1 л воды. Емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод. Поднял воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник до устья воронки. 9. Опустил воронку ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнила воронку полностью. 10. Слил воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования). Промывание повторял до чистых промывных вод, с использованием не более 10-12 л воды. 11. Отсоединил воронку, оставил зонд в кишечнике на 10-20 минут. Воронку погрузил в емкость для дезинфекции.  12. Извлек зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу. Помог пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади. Зонд и салфетку положил.  13. Промывные воды слил в канализацию. Адсорбирующую пеленку сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б».  14. Все использованные емкости подверг дезинфекции. Обработал рабочие поверхности и фартук. 15. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 16. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 17.10.2020 | Алгоритм оказания помощи при желудочно-кишечном кровотечении | 1 | |  | Алгоритм постановки сифонной клизмы | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 19.102020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику № 7  **Тема:** "Сестринский уход за больными при заболеваниях почек"  Ответить на вопросы:  1. Гломерулонефрит (симптомы, диагностика, осложнения); пиелонефрит (симптомы, диагностика); почечная недостаточность (острая, хроническая), амилоидоз почек (симптомы).  2. Мочекаменная болезнь (клиника, сестринская помощь при приступе мочекаменной болезни).  3. Подготовка больного к сдаче мочи на общий анализ, на анализ по Ничипоренко, по Зимницкому.  4. Подготовка больного к УЗИ обследованию.  5. Алгоритм катетеризации мочевого пузыря женщине.  6. Алгоритм подготовки больного к экскреторной урографии.  **1. Гломерулонефрит; пиелонефрит; почечная недостаточность, амилоидоз почек**  Острый гломерулонефрить – острое диффузное воспаление почек, развивающееся на иммунной основе, которое первично локализуется в клубочках. В дальнейшем изменения наблюдаются и в канальцевом отделе нефрона, в связи, с чем вместо термина «острый гломерулонефрит» часто употребляют «острый нефрит». Заболевание наблюдается преимущественно в возрасте 20-40 лет; чаще болеют мужчины. Обычно заканчивается выздоровлением, но иногда приобретает хроническое течение.  Между инфекцией и появлением **первых симптомов острого гломерулонефрита чаще всего проходит 9-12 дней.** Этот период может быть более продолжительным - до 30 дней. Классическая критическая картина заболевания характеризуется быстрым появлением отеков, макрогематурии (моча имеет вид мясных помоев), протеинурии, гипертонии и циклическим характером течения.  Однако острый гломерулонефрит, особенно с таким «классическим» течением, в настоящее время у взрослых встречается редко. Чаще наблюдается стертая клиническая картина, нередко ограниченная лишь мочевым синдромом, порой весьма скудным. В начале острого гломерулонефрита, протекающего по «классическому», так называемому циклическому, варианту, больной жалуется на резкую головную боль, бурно нарастающие отеки, уменьшение количества выделяемой мочи и «кровавый» ее характер. Больного беспокоят общая слабость, потеря аппетита, иногда тошнота и рвота. Часто наблюдаются боли в пояснице, иногда бывают дизурические явления. Такой больной должен обязательно находиться в стационаре и соблюдать строгий постельный режим.  **При осмотре больного обращают на себя внимание** одутловатость лица, отеки, которые могут быть резко выражены, вплоть до развития анасарки, иногда - только асцита или гидроторакса. Другой характерный симптом острого гломерулонефрита - артериальная гипертония; артериальное давление повышается не резко, достигает 160-180/90-100 мм рт. ст. Очень редко обнаруживают признаки остроразвивающейся недостаточности кровообращения в виде одышки, умеренного расширения размеров сердца и глухости его тонов, застойных хрипов в нижних отделах легких, увеличение печени.  Главную информацию об изменении мочи получают в результате ее лабораторного исследования. В 100% случаев выявляются невысокая протеинурия (несколько промилле белка), гематурия, цилиндрурия, несколько реже - лейкоцитурия.  При исследовании крови может быть обнаружена анемия, обусловленная разведением крови отечной жидкостью. При неосложненном течении острого гломерулонефрита содержание в крови креатинина, индикана, мочевины не изменяется. В начальной фазе болезни наблюдается изменение пробы Реберга - снижение клубочковой фильтрации и повышение канальцевой реабсорбции, нормализующиеся по мере выздоровления.  Диагноз моносимптомного острого гломерулонефрита ставит врач поликлиники, но больной обязательно должен пройти обследование и лечение в стационаре, так как именно этот вариант острого гломерулонефрита в силу его клинических особенностей поздно диагностируется (или не диагностируется) и служит причиной развития хронического нефрита. **Осложнения острого гломерулонефрита**   * - почечная эклампсия с отеком мозга; * - острая сердечная недостаточность; * - отек легких; * - острая почечная недостаточность.   Хронический гломерулонефрит — хроническое диффузное заболевание почек, развивающееся преимущественно на иммунной основе. Болезнь характеризуется первичным поражением клубочкового аппарата с последующим вовлечением остальных структур почки и прогрессирующим течением, в результате чего развивается нефросклероз, формируется вторично сморщенная почка: исходом болезни является почечная недостаточность. Хронический гломерулонефрит - основная причина хронической почечной недостаточности.  Существует несколько клинических вариантов хронического гломерулонефрита. Клиническая картина заболевания может быть разнообразной по своим проявлениям в зависимости от варианта болезни.  В настоящее время выделяют 5 вариантов гломерулонефрита:  1. Латентный;  2. Гематурический; 3. Гипертонический;  4. Нефротический;  5. Смешанный (нефротически-гипертонический). В каждом из этих вариантов различают два периода: компенсации и декомпенсации (в зависимости от состояния азотовыделительной функции почек). В свою очередь тот или иной клинический вариант болезни определяется различным сочетанием трех основных синдромов: мочевого, гипертонического, отечного, и их выраженностью.  **Пиелонефрит** – неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек, поражающее как почечную паренхиму (преимущественно интерстициальную ткань), так и почечную лоханку и чашку. Характерной особенностью пиелонефрита является асимметрия поражения почек - процесс нередко бывает односторонним, а при двустороннем процессе одна почка поражается больше, чем другая. Пиелонефрит - одно из наиболее часто встречающихся заболеваний почек, в 2 раза чаще наблюдается у женщин. По клиническому течению различают пиелонефрит острый и хронический, первичный и вторичный.  **Острый пиелонефрит – Симптоматика.** Клиническая картина острого пиелонефрита складывается из общих и местных симптомов. К общим симптомам относятся высокая лихорадка постоянного или гектического (перемежающегося, размашистого) типа, потрясающий озноб, сменяющийся проливным потом, головная боль и боль в мышцах, суставах, тошнота, рвота. В клинике внутренних болезней обычно приходится сталкиваться с острым серозным пиелонефритом, а в урологической - с острым гнойным пиелонефритом. На этом фоне может возникнуть бактериемический шок.  Местные симптомы при остром пиелонефрите характеризуются болями и напряжением мышц в поясничной области (реже напряжение передней брюшной стенки), резко положительным симптомом Пастернацкого, дизурическими явлениями (учащенное болезненное мочеиспускание, часто обильное). Большое значение для постановки диагноза острого пиелонефрита имеет обнаружение лейкоцитурии, а также бактериурии в значимых величинах (превышающих 10 6 микробных тел в 1 мл).  **Хронический пиелонефрит** - Чаще всего хронический пиелонефрит является следствием острого, но возможно развитие и первичнохронического пиелонефрита.  Острый пиелонефрит переходит в хронический у больных с мочекаменной болезнью, болезнями обмена (сахарный диабет, подагра, ожирение), хроническими интоксикациями, а также при несвоевременном и неправильном лечении острого пиелонефрита. В отличие от острого пиелонефрита хронический пиелонефрит чаще (в 75% случаев) бывает двусторонним, но степень поражения обеих почек неодинакова.  **Симптоматика.** Проявления хронического пиелонефрита очень разнообразны. Они зависят от степени активности, распространенности патологического процесса, выраженности функциональных нарушений и пр. При обострении процесса проявления хронического пиелонефрита очень напоминают острый пиелонефрит, но чаще сопровождаются повышением артериального давления.  В целом для хронического пиелонефрита характерно рецидивирование: обострения чередуются с ремиссиями. Процесс в почках может протекать и скрытно. В таких случаях хронический пиелонефрит помогают распознать данные лабораторного, радионуклидного и рентгенологического исследований. Важным диагностическим тестом является также определение степени лейкоцитурии и бактериурии. У женщин исследуют среднюю порцию мочи трехстаканной пробы, у мужчин — мочу двухстаканной пробы. Более точные сведения о количественном содержании лейкоцитов получают при проведении пробы Нечипоренко или Каковского—Аддиса.  **Почечная недостаточность** – это синдром, развивающийся в результате тяжелых нарушений почечных процессов, приводящих к расстройству гомеостаза, и характеризующийся азотемией, нарушением водно-электролитного состава и кислотно-щелочного состояния организма. Острая почечная недостаточность может возникнуть внезапно вследствие острых, чаще всего обратимых заболеваний почек. Хроническая почечная недостаточность развивается постепенно в результате прогрессирующей необратимой утраты функционирующей паренхимы.  **Симптомы, течение острой почечной недостаточности**  В начальный период ОПН на первый план выступают симптомы, обусловленные шоком (болевой, анафилактический или бактериальный), гемолизом, острым отравлением, инфекционным заболеванием, но уже в первые сутки обнаруживается падение диуреза (менее 500 мл/сут), т. е. развивается период олигурии-анурии, и уже нарушается гомеостаз. Адинамия, потеря аппетита, тошнота, рвота наблюдаются уже в первые дни олигурии-анурии. Боли в животе, увеличение печени - частые симптомы острой уремии. Смерть при ОПН чаще всего наступает от уремической комы, нарушений гемодинамики и сепсиса. При ОПН с самого начала обнаруживается гипоизостенурия.  Содержание белка в моче и характер мочевого осадка зависят от причины ОПН. Увеличение диуреза более 500 мл/сут означает период восстановления диуреза.  Диагноз острая почечная недостаточность ставят на основании внезапного падения диуреза, нарастания азотемии и других типичных нарушений гомеостаза. Дифференцировать от обострения хронической почечной недостаточности или ее терминальной стадии помогают данные анамнеза, уменьшение размеров почек при хроническом гломерулонефрите и пиелонефрите, выявление хронического урологического заболевания. При остром гломерупонефрите наблюдается высокая протеинурия.  Наиболее частые причины ХПН – хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, нефриты при системных заболеваниях, наследственные нефриты, поликистоз почек, нефроангиосклероз, диабетический гломерулосклероз, амилоидоз почек, а также урологические заболевания (двусторонние или единственной почки).  Основной патогенетический механизм ХПН-прогрессирующее уменьшение количества действующих нефронов, приводящее к снижению эффективности почечных процессов, а затем к нарушению почечных функций. Морфологическая картина почки при ХПН зависит от основного заболевания, но чаще всего наблюдается замещение паренхимы соединительной тканью и сморщивание почки.  Хронические заболевания почек могут длиться от 2 до 10 лет и более. Они проходят ряд стадий, условное выделение которых необходимо для правильного планирования лечения как заболеваний почек, так и ХПН.  **Симптомы, течение хронической почечной недостаточности**. Больные жалуются на быструю утомляемость, понижение работоспособности, головную боль, снижение аппетита. Иногда они отмечают неприятный вкус во рту, появляются тошнота и рвота. Больной бледен, кожа сухая, дряблая. Мышцы теряют тонус, наблюдаются мелкие подергивания мышц, тремор пальцев и кистей. Иногда появляются боли в костях и суставах. Развивается анемия, появляются лейкоцитоз и кровоточивость. Часто имеется артериальная гипертензия, которая обычно обусловлена основным заболеванием почек.  **Амилоидоз почек** — заболевание нарушения обмена веществ, в результате чего в тканях образуется субстанция — амилоид, которая нарушает функций органов.  **Симптомы и диагностика амилоидоза:**  Амилоидоз, согласно медицинской статистике, встречается часто. Больше всего при данном заболевании поражаются почки. Локализованные формы амилоидоза кожи или мочевого пузыря могут протекать бессимптомно долгое время. Заболевание затем проявляется в виде отеков, общей слабости, развития почечной недостаточности, перепадами артериального давления, иногда диареей. В ряде случаев больные жалуются на одышку и аритмию, нарушения чувствительности нервных окончаний.  При диагностике в моче пациента обнаруживается белок. Длительная потеря белка в сочетании с другими факторов приводят к развитию гипопротеинемии (снижению белка в крови) и связанного с ней отека.  Биопсия почки, слизистой оболочки прямой кишки, либо ткани десны сегодня является самым достоверным методом диагностики.  В нефрологическом отделении нашей клиники можно пройти всестороннее обследование, в том числе биопсию почки.  **2. Мочекаменная болезнь**  Мочекаменная болезнь (нефролитиаз) – обменное заболевание, характеризующееся образованием камней в мочевыделительной системе. Камнеобразование является сложным физико-химическим процессом, в основе которого лежат нарушения коллоидного равновесия, перенасыщение мочи солями, изменение реакции мочи, препятствующей растворению солей.  Изменению реакции может способствовать однообразное питание: растительная и молочная пища способствует ощелачиванию мочи, мясная окислению.  **Клинические проявления мочекаменной болезни зависят от размера камня**, его формы, расположения, степени нарушения пассажа мочи. Для больших, коралловидных камней характерны тупые боли в поясничной области. Наиболее подвижные камни лоханки, а также камни мочеточника вызывают приступы острой боли почечной колики.  Причинами почечной колики могут быть:  • Физические перенапряжения: быстрая ходьба, тряская езда;  • Обильный прием жидкости.  Приступ почечной колики при мочекаменной болезни начинается внезапно.  **Основной симптом** – интенсивная режущая боль в поясничной области, распространяющаяся на всю соответствующую половину живота, иррадиирующая в паховую область, бедро, наружные половые органы, крестец, задний проход. Боль может длиться несколько часов и даже суток, периодически стихая. Почечная колика сопровождается учащенным и болезненным мочеиспусканием, олигурией, иногда наблюдаются рефлекторные тошнота, рвота. После приступа колики почти всегда отмечается гематурия (часто макрогематурия). Больные беспрерывно меняют положение в постели, мечутся, пытаясь найти положение, которое облегчило бы боль, стонут. Кожные покровы бледные, покрыты потом. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц живота в области проекции почек, напряжение мышц поясничной области. Симптом поколачивания по пояснице резко положительный. Боль бывает такой интенсивности, что может развиться обморок или коллапс.  **Сестринский процесс при мочекаменной болезни:**  Проблемы пациента:  1. Настоящие: боли в поясничной области, учащенное и болезненное мочеиспускание, тошнота, рвота, слабость, потливость. Недостаток знаний о самопомощи при почечной колике. Недостаток информации о сущности заболевания, причинах мочекаменной болезни и причинах почечной колики. Необходимость постоянно соблюдать диету. Страх перед возможным хирургическим лечением.  2. Потенциальные: риск развития обморока, коллапса. Острый и хронический пиелонефрит. Гидронефроз. Симптоматическая гипертония. Хроническая почечная недостаточность.  Сбор информации при первичном обследовании:  **1**. Расспрос пациента о:  • Месте рождения и проживания;  • Перенесенных заболеваниях (пиелонефрит, заболевания предстательной железы, нефроптоз,  • Аномалии развития мочевыделительной системы);  • Особенностях питания и потребления жидкости;  • Составе питьевой воды;  • Частоте опорожнения мочевого пузыря; наличии заболевания у ближайших родственников;  • Частоте возникновения приступов почечной колики и причинах, ее вызывающих;  • Наблюдении врачом-урологом и проводимом ранее лечении;  • Жалобах пациента в момент осмотра.  **2**. Осмотр пациента: положение в постели; цвет кожных покровов; измерение пульса и артериального давления; определение симптома поколачивания по пояснице.  **Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:**  • Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать диету, предписанную врачом, разъяснив ее содержание о режиме питания и питьевом режиме (пить до 2-3 л жидкости в день), о физических нагрузках, регулярности опорожнения мочевого пузыря.  • Обеспечить проверку передач пациенту.  • Оказывать доврачебную помощь при приступе почечной колики  • Контролировать: соблюдение пациентом режима, назначенного врачом; соблюдение диеты; пульс и артериальное давление; количество выпиваемой за сутки жидкости; суточный диурез; цвет мочи; прием лекарственных препаратов.  • Обучить пациента самопомощи при приступе почечной колики.  • Информировать пациента о лекарственных препаратах, назначенных врачом (доза, правила приема, побочные эффекты, переносимость).  • Подготавливать пациента к сбору анализов мочи, УЗИ почек, урографии, цистоскопии.  • Обучить пациента подготовке к дополнительным методам обследования.  Манипуляции:  **1.** Подготовка больного к сдаче мочи на общий анализ, на анализ по Ничипоренко, по Зимницкому.  **–** Подготовка больного к сдаче мочи на общий анализ  Моча должна быть собрана после тщательного туалета наружных половых органов (несоблюдение этого правила может повлечь за собой выявление повышенного количества эритроцитов и лейкоцитов в моче, что затруднит постановку правильного диагноза) в сухую, чистую, хорошо отмытую от чистящих и дезинфицирующих средств посуду – необходимо использовать одноразовые контейнеры.  Для анализа можно собирать всю мочу, однако, в нее могут попасть элементы воспаления мочеиспускательного канала, наружных половых органов. Поэтому, как правило, первую порцию мочи не используют. Вторую, среднюю, порцию мочи собирают в чистую посуду, не касаясь склянкой тела. Посуда с мочой плотно закрывается крышкой.  Моча, собранная для общего анализа, может храниться не более 1,5-2 часов (обязательно на холоду!). Длительное хранение мочи при комнатной температуре приводит к изменению физических свойств, разрушению клеток и размножению бактерий.  Нельзя собирать мочу во время менструации.  Не рекомендуется употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь и пр.)  Не рекомендуется принимать мочегонные препараты.  Накануне сдачи анализа следует исключить алкоголь, маринады, копчености, мед.  – Подготовка больного к сдаче мочи на анализ по Ничипоренко  Взять чистый герметично закрывающийся пластиковый контейнер для сбора мочи; утром провести туалет наружных половых органов, подмываясь и вытираясь по направлению от уретры к промежности и заднему проходу  Первую порцию мочи выделить в унитаз (на счет 1, 2), задержать мочеиспускание, после чего выделить в банку (контейнер) среднюю порцию  мочи, не менее 10 мл, закончить мочеиспускание в унитаз. Отправить в лабораторию.  – Подготовка больного к сдаче мочи по Зимницкому  **Подготовка пациента:**  а) Выпить не менее 1.5-2.0 л. жидкости в течение суток  б) Исключить мочегонные средства  в) Нельзя сдавать анализ при диарее и несахарном диабете  **Правила сбора**  1.Подготовить 8 чистых сухих банок. Подписать емкости (указать Ф.И.О., дата, отделение № палаты, время сбора порции и объем в мл. обязательно).  2.Первое мочеиспускание в 6 ч. Утра в унитаз.  3. 1 банка – мочеиспускание с 6 до 9 часов (собирать всю мочу только в эту банку)  2 банка – 9.00 – 12.00  3 банка – 12.00 – 15.00  4 банка – 15.00 – 18.00  5 банка – 18.00 – 21.00  6 банка – 21.00 – 24.00  7 банка – 24.00 – 3.00  8 банка – 3.00 – 6.00  Если во время сбора порции мочи нет, емкость доставляется в лабораторию пустой в обязательном порядке с указанием времени.  **2.** Подготовка больного к УЗИ обследованию.  1) За день до обследования исключить газообразующие продукты (молоко, капусту, чёрный хлеб, бобовые, свежие овощи и фрукты, сладкие блюда). 2) На ночь выпить адсорбент (дозировка по назначению врача);  3) Прийти на обследование с наполненным мочевым пузырём (за 1 час до обследования нужно выпить 500мл воды). 4) При себе иметь пелёнку и салфетки, воду - 1л.  **3**. Алгоритм катетеризации мочевого пузыря женщине.  1. Предупредил пациентку о проведении манипуляции. Получил согласие на проведение процедуры.  2. Обеспечил изоляцию пациентки. 3. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.  4. Попросил пациентку лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помог пациентке. Подложил под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставил судно.  5. Подготовил оснащение к подмыванию пациентки.  6. Взял в левую руку емкость с раствором для подмывания, в правую - корнцанг с салфетками. Подмыл пациентку движениями сверху вниз, последовательно от лобка к анальному отверстию, меняя салфетки.  7. Осушил кожу в той же последовательности.  8. Салфетки сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции.  9. Снял перчатки. Поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. Надел стерильные перчатки.  10. Подготовил оснащение для катетеризации: стерильный лоток, 2 стерильных пинцета, стерильные марлевые салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.  11. Провел туалет половых органов - раздвинул левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взял марлевые салфетки, смоченные в растворе антисептика на водной основе, и обработал отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами, использовал не менее двух салфеток.  12. Сменил марлевую салфетку. Приложил марлевую салфетку, смоченную в растворе антисептика на водной основе к отверстию мочеиспускательного канала. Сбросил салфетку и корнцанг в лоток для - использованного материала.  13. Сменил пинцет. Взял пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца. Обвел наружный конец катетера над кистью и зажал между 4 и 5 пальцами правой руки. Облил конец катетера стерильным вазелиновым маслом над лотком.  14. Развел левой рукой половые губы, а правой ввел катетер пинцетом на 4-6 см, до появления мочи. Оставшийся конец катетера опустил в емкость для сбора мочи. Пинцет положил в лоток для использованного материала.  15. После прекращения мочевыделения струей, извлек катетер, одновременно надавливая на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой.  16. Катетер поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки, и пинцеты погрузил в емкости для дезинфекции. Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  17. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 18. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.  **4**. Алгоритм подготовки больного к экскреторной урографии.  Правила подготовки к исследованию:  • Исключить за день до исследования газообразующие продукты питания;  • Накануне исследования вечером очистительная клизма (1,5—2,0 л воды);  • Не ужинать (по возможности);  • Утром легкий завтрак обязателен.  Для исследования с внутривенным контрастным усилением необходимо:  1) отсутствие аллергической реакции на йодсодержащие препараты;  2) биохимический анализ крови (уровень креатинина, мочевины) давностью не более 1 недели;  3) установленный периферический или центральный венозный катетер. При наличии исследований предыдущих этапов наблюдения необходимо представить данные исследования врачу-рентгенологу   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 19.10.2020 | Подготовка больного к сдаче мочи на общий анализ, на анализ по Нечипоренко, по Зимницкому | 1 | |  | Подготовка больного к УЗИ обследованию | 1 | |  | Алгоритм катетеризации мочевого пузыря женщине | 1 | |  | Алгоритм подготовки больного к экскреторной урографии | 1 | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 20.102020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику № 8  **Тема:** "Сестринский уход за больными с заболеваниями крови"  Ответить на вопросы:  1. Лейкоз (клиника, диагностика, лечение).  2. Анемии - Железодифецитная анемия; B12-дифецитная анемия (симптомы, диета).  3. Геморрагический синдром (тромбоцитопения, геморрагический васкулит, гемофилия (симптомы).  4. Алгоритм кормления больного через зонд.  5. Алгоритм оказания сестринской помощи при носовом кровотечении.  6. Цитостатики. Меры предосторожности при работе с цитостатиками.  **1. Лейкозы**  Лейкоз (лейкемия) – группа опухолей, причиной которых, как правило, являются изменения в структуре хромосом в результате различных процессов перестройки их структуры: транслокации, делеции, инверсии, фрагментации. Все лейкозы делятся на острые и хронические.  Открытый лейкоз – это злокачественная клоновая опухоль кроветворной ткани, развивающаяся из клетки-предшественницы гемопоэза. Острый лейкоз занимает ведущее место в структуре детской онкологической патологии – около трети всех случаев опухолей детского возраста.  При высоком блоке дифференцировки лейкозные клетки могут напоминать [стволовые](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B5_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B8) и [бластные клетки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B8" \o "Бластные клетки) первых четырёх классов клеток-предшественниц. Поэтому по степени дифференцировки эти лейкозы называют бластными и недифференцированными. Поскольку они протекают остро, то можно говорить, что острые лейкозы — это бластные и недифференцированные лейкозы.  При низком блоке дифференцировки лейкозные клетки напоминают [процитарные](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B8&action=edit&redlink=1" \o "Процитарные клетки (страница отсутствует)) и [цитарные клетки](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A6%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B8&action=edit&redlink=1" \o "Цитарные клетки (страница отсутствует))-предшественницы, лейкозы протекают менее злокачественно, хронически и называются цитарными.  **Основные клинические признаки острых лейкозов:**   * 1. Большое количество бластных клеток и их преимущество (более 30 %, чаще 60—90 %); * 2. «Лейкемический провал» — исчезновение промежуточных форм клеток на фоне большого количества бластов; * 3. Одновременное наличие абазофилии и анэозинофилии; * 4. Быстропрогрессирующая анемия.   **Основные клинические признаки хронических лейкозов (признаки те же, но с точностью наоборот):**   * 1. Небольшое количество бластных клеток или их отсутствие (менее 30 %, чаще 1—2 %); * 2. Отсутствие «лейкемического провала», то есть наличие промежуточных форм клеток (промиелоциты и миелоциты); * 3. Базофильно-эозинофильная ассоциация, то есть одновременное наличие базофилии и эозинофилии; * 4. Медленнопрогрессирующая анемия с увеличением скорости своего развития в период своего обострения. * **Диагностика**   1. Врачебный осмотр;  2. Общий и биохимический анализы крови;  3. Исследование костного мозга.  В образце костного мозга, получаемом из грудины или подвздошной кости, при остром лейкозе выявляют замещение нормальных клеток незрелыми опухолевыми клетками (бластами). Специальное иммунологическое исследование – иммунофенотипирование.  Цитогенетическое и молекулярно-генетическое исследование. При цитогенетическом исследовании выявляют специфические хромосомные повреждения, наличие которых помогает определить подвид лейкоза и оценить агрессивность заболевания.  В ряде случаев назначается молекулярно-генетическая диагностика, способная выявить генетические нарушения на молекулярном уровне.  Дополнительные исследования – при некоторых формах лейкоза проводят исследование спинномозговой жидкости, чтобы определить есть ли в ней опухолевых клеток.  **Основу лечения лейкозов составляет химиотерапия.** Лечение сегодня протокольное, а потому каждый вид патологии и отдельные его особенности имеют значение для выбора протокола лечения. При острых лейкозах лечение основано на полихимиотерапии. Ее эффективность выше при остром лимфолекозе достигает 95%. При остром миелолейкозе эффективность химиотерапии составляет более 80%, но довольно часто сопровождается осложнениями, а 5-летняя ремиссия наблюдается лишь у 40% пациентов, в то время как рецидивы при ОЛЛ – более редкое явление.  **В лечении ХМЛ эффективность химиотерапии не составляет 20- 40%.** Лучшие результаты пока дает аллогенная трансплантация костного мозга. Терапия лейкозов должна проводиться в специализированном отделении, с возможностью применения наиболее современного и эффективного лечения, что гарантирует как большую вероятность полной ремиссии, так и полное выздоровления после всего комплекса лечебных мероприятий. В рамках сестринских вмешательств медсестре следует провести с пациентом и/или его родственниками беседу о причинах заболевания, факторах риска развития осложнений или обострений. Она должна обучить пациента принципам рационального питания, приема лекарственных препаратов по назначению врача, наметить вместе с ним правильный режим физической активности. Необходимо обучить пациента уходу за кожей и слизистыми оболочками, за полостью рта, ногтями, волосами; проводить мероприятия по профилактике травматизма (объяснить пациенту необходимость ношения обуви без каблуков с закрытыми пятками, сопровождать его и т.д.). Медсестра должна оказывать пациенту психологическую поддержку.  **2. Анемии - Железодифецитная анемия; B12-дифецитная анемия**  Анемия – состояние, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина (менее 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин) и гематокрита (менее 39% у мужчин и 36% у женщин). Обычно при этом также происходит и снижение количества красных кровяных телец (эритроцитов).  В зависимости от выраженности снижения уровня гемоглобина выделяют три степени тяжести анемии:  • Легкая - уровень гемоглобина выше 90 г/л;  • Средняя - гемоглобин в пределах 90-70 г/л;  • Тяжелая - уровень гемоглобина менее 70 г/л.  **Общие симптомы анемий:** Слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, сонливость, головокружение, головные боли, шум в ушах, мелькание "мушек" перед глазами, сердцебиение при небольшой физической нагрузке или в покое одышка при небольшой физической нагрузке или в покое.  Нередко первой жалобой у пожилых пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, является учащение приступов стенокардии, даже после небольшой физической нагрузки. Характер и выраженность жалоб при анемии разнообразны и зависят от вида, степени тяжести анемии, скорости ее развития и индивидуальных особенностей больного.  **Диагностика анемий**  Для выявления анемии необходимы: врачебный осмотр, общий клинический анализ крови с обязательным определением: количества, эритроцитов, количества ретикулоцитов, гемоглобина, гематокрита, среднего объема эритроцитов, ширины распределения эритроцитов, среднего содержания гемоглобина в эритроците, количества лейкоцитов количества тромбоцитов.  **Железодефицитная**[**анемия**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F) (ЖДА) — [гематологический](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8) синдром, характеризующийся нарушением синтеза [гемоглобина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D0%BD) вследствие дефицита железа и проявляющийся анемией и сидеропенией. Основными причинами ЖДА являются скрытые (оккультные) кровотечения, недостаточное потребление железа с пищей и воспалительные заболевания тонкого кишечника.  **Диагностика**.  Для диагностики железодефицитной анемии необходимо проведение дополнительных исследований: определение уровня железа сыворотки крови, ферритина и насыщенных трансферринов; общей железосвязывающей способности и ненасыщенных трансферринов, аспирационная биопсия костного мозга не является обязательным исследованием для диагностики железодефицитной анемии и проводится лишь по особым показаниям.  **Основные принципы профилактики и лечения**: ликвидация причины, вызвавшей дефицит железа, диета с высоким содержанием железа (мясо, печень и др.),длительный прием препаратов железа (4-6 мес.), парентеральные препараты железа (по показаниям), переливания эритроцитарной массы при тяжелой анемии, профилактический прием препаратов железа в группах риска.  **В12-дефицитная анемия** – или мегалобластная анемия или **болезнь Аддисона — Бирмера** или (устаревшее название) **злокачественное малокровие** — заболевание, обусловленное нарушением [кроветворения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%82%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) из-за недостатка в организме витамина [B12](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD_B12). Особенно чувствительны к дефициту этого витамина костный мозг и ткани нервной системы.  **Диагностика.**  Для диагностики В12-дефицитной анемии необходимо проведение дополнительных исследований: определение уровня витамина В12 в крови. Аспирационная биопсия костного мозга (при отсутствии возможности определения витамина В12 в крови, либо при отсутствии ответа на лечение в течение 5-8 дней).  **Основные принципы лечения**: глюкокортикостероиды, спленэктомия (удаление селезенки), иммунодепрессанты, антилимфоцитарный глобулин, плазмаферез. Перечисленные методы лечения приобретенной гемолитической анемии используются последовательно. Плазмаферез является дополнительным методом и может сопровождать любое медикаментозное или хирургическое лечение. При тяжелых формах заболевания, не отвечающих на вышеперечисленные методы лечения, может быть проведена высокодозная иммуносупрессивная терапия с последующим использованием колониестимулирующих факторов и/или кроветворных стволовых клеток.  **Питание при анемии**. При анемии необходимо увеличить в рационе количество нежирного красного мяса и печени, красной икры, а также яичных желтков. Эти продукты, кроме железа, содержат много витамина В12, недостаток которого вызывает определенный вид анемии. А также больше ешьте зеленых листовых овощей, орехов и семечек, чеснока и лука (во всех этих продуктах много фолиевой кислоты, нехватка которой также может вызывать появление анемии). Полезны кукуруза, пшено, репа, бананы. Очень полезны цельнозерновые продукты, но их необходимо употреблять отдельно от мясных белковых блюд, богатых железом, так как в отрубях содержатся фитаты - вещества, препятствующие усвоению железа. Особенно полезна при анемии греча. Усвоению железа может мешать нехватка желудочной кислоты, причиной которой может быть избыточное употребление углеводов, особенно вместе с белковой пищей. Поэтому старайтесь употреблять мясо, рыбу и яйца отдельно от сахара, хлеба, каш и макаронных изделий. Не дает полноценно усвоиться железу танин. Не пейте чай (особенно крепкий), кофе и какао, а также напитки, содержащие колу, одновременно с продуктами, содержащими железо. Способствуют усвоению железа такие продукты, как бурые водоросли, морская капуста и продукты, содержащие большое количеством меди, например вишни, абрикосы, высушенный инжир, яичные желтки, зеленые овощи. Железо лучше усваивается, если продукты, его содержащие, съедать одновременно с едой, богатой витамином С, поэтому ешьте мясо и печень, а также цельнозерновые каши со свежими сырыми овощами - морковкой, капустой, кабачками и тыквой, луком, зеленью (особенно полезно круглый год употреблять в пищу петрушку, сельдерей и укроп). Летом активную роль в лечении анемии должны играть ягоды. Первое место по пользе, приносимой организму при малокровии, занимают черника, земляника, малина, виноград, облепиха, калина, ежевика, клубника, а также богатые витамином С черная смородина, шиповник и клюква. Не забывайте и про фрукты - особенно полезны яблоки сорта антоновка, груши, а также абрикосы и персики. При приготовлении пищи старайтесь опускать продукты в кипящую воду и варить их под плотно закрытой крышкой, чтобы сохранить больше витаминов. Зелень и овощи очищайте и нарезайте непосредственно перед употреблением, а готовую пищу не храните долгое время и второй раз не разогревайте. Избегайте рафинированных продуктов, а также полуфабрикатов и продуктов быстрого приготовления, которые бедны витаминами и микроэлементами. Рекомендуются слабоминерализованные железо-сульфатные гидрокарбонатно-магниевые воды. Выберите с врачом тип воды и схему приема и проведите курс лечения и минеральной водой.  **3. Геморрагический синдром**  Геморрагический синдром – состояние или группа состояний, отличительным признаком которых является повышенная кровоточивость в виде кровотечений из слизистых оболочек носа, появления кровоизлияний в кожу и суставы, желудочно-кишечных кровотечений и т.д.  Кровоточивость возникает в результате патологии:  1. Тромбоцитов;  2. Свертывания крови;  3. Стенок кровеносных сосудов  **Тромбоцитопения**: Наиболее известное и распространенное заболевание этой группы - идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП), которая бывает как наследственной, так и приобретенной. Женщины заболевают приблизительно в 2 раза чаще, чем мужчины. Приобретенной ИТП чаще болеют женщины в возрасте от 20 до 50 лет. Часто ИТП возникает на фоне таких заболеваний как хронический лимфолейкоз, лимфогранулематоз, бронхиальная астма, системная красная волчанка и других аутоиммунных заболеваний. В основе патогенеза заболевания лежит укорочение длительности жизни тромбоцитов. Нормальная продолжительность жизни тромбоцитов достигает 7-10 дней, а при болезни Верльгофа (ИТП) несколько часов.  При тромбоцитопатиях у тромбоцитов функции агрегации и адгезии снижены или отсутствуют вовсе, поэтому основной признак тромбоцитопатий это повышенная кровоточивость.  Врожденные нарушения тромбоцитов характеризуются наследственным дефицитом специальных белков на поверхности тромбоцитов или белковых гранул, находящихся в полости пластинок, а также нарушением формы и размеров тромбоцитов. К врожденным тромбоцитопатиям относятся: тромбоцитопатия Гланцмана, синдром Бернара-Сулье, аномалия Мея-Хегглина, а также крайне редкие дефекты тромбоцитов такие как аномалия Пирсона-Стоба, эссенциальная атромбия и др. Наиболее опасными проявлениями заболевания являются кровоизлияния в сетчатку глаза, головной мозг и его оболочки.  При приобретенных тромбоцитопатиях так же, как и при врожденных, имеет место дефицит белков, как на поверхности тромбоцитов, так и в самих пластинках, но причиной этого является воздействие извне. Клинические проявления те же, что у врожденных тромбоцитопатий.  **Геморрагический васкулит** — наиболее распространённое заболевание из группы системных [васкулитов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B0%D1%81%D0%BA%D1%83%D0%BB%D0%B8%D1%82" \o "Васкулит). В его основе лежит асептическое воспаление стенок микрососудов, множественное микротромбообразование, поражающее сосуды кожи и внутренних органов (чаще всего почек и кишечника).  Главной причиной, вызывающей это заболевание, является циркуляция в крови иммунных комплексов и активированных компонентов [системы комплемента](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0_%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B0). В здоровом организме иммунные комплексы выводятся из организма специальными клетками — клетками фагоцитарной системы. Чрезмерное накопление циркулирующих иммунных комплексов в условиях преобладания антигенов или при недостаточном образовании [антител](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B0) приводит к отложению их на эндотелии микроциркуляторного русла с вторичной активацией белков [системы комплемента](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0_%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B0) по классическому пути и вторичном изменении сосудистой стенки.  **Клинически болезнь проявляется одним или несколькими симптомами:**   * 1. Поражение кожи — самый частый симптом, относится к числу диагностических критериев заболевания. Наблюдается характерная геморрагическая сыпь — так называемая пальпируемая пурпура, элементы которой незначительно возвышаются над поверхностью кожи, что незаметно на глаз, но легко определяется на ощупь. Часто отдельные элементы сливаются, могут образовывать сплошные поля значительной площади. Иногда отдельные элементы некротизирующиеся.   В начале заболевания высыпания всегда локализуются в дистальных отделах нижних конечностей. Затем они постепенно распространяются на бёдра и ягодицы. Очень редко в процесс вовлекаются верхние конечности, живот и спина.  Через несколько дней пурпура в большинстве случаев бледнеет, приобретает за счёт пигментации бурую окраску и затем постепенно исчезает. При рецидивирующем течении могут сохраняться участки пигментации. Рубцов не бывает никогда (за исключением единичных случаев с некротизацией элементов и присоединением вторичной инфекции).   * 2. Суставной синдром — часто возникает вместе с кожным синдромом, встречается в 59-100 % случаев.   Поражение суставов чаще развивается у взрослых, чем у детей.  Излюбленная локализация — крупные суставы нижних конечностей, реже вовлекаются локтевые и лучезапястные суставы.  Характерны мигрирующие боли в суставах, возникающие одновременно с появлением высыпаний на коже. Примерно в четверти случаев (особенно у детей) боли в суставах или артрит предшествуют поражению кожи.  Возможно сочетание суставного синдрома с миалгиями (болями в мышцах) и отёком нижних конечностей.  Длительность суставного синдрома редко превышает одну неделю.   * 3. Абдоминальный синдром, обусловленный поражением желудочно-кишечного тракта, встречается примерно у 2/3 от числа всех больных. Проявляется спастическими болями в животе, тошнотой, рвотой, желудочно-кишечным кровотечением (умеренно выраженные, не опасные кровотечения встречаются часто — до 50 % случаев; тяжёлые — реже, опасные для жизни — не более чем в 5 % случаев).  Возможны такие тяжёлые осложнения, как инвагинация кишечника, перфорация, перитонит.   При эндоскопическом исследовании обнаруживают геморрагический или эрозивный дуоденит, реже эрозии в желудке или в кишечнике (локализация возможна любая, включая прямую кишку).   * 4. Почечный синдром: распространённость точно не установлена, в литературе значительный разброс данных (от 10 до 60 %). Чаще развивается после появления других признаков болезни, иногда через одну — три недели после начала заболевания, но в единичных случаях может быть первым его проявлением. Тяжесть почечной патологии, как правило, не коррелирует с выраженностью других симптомов.   Морфологические изменения в почках варьируют от минимальных до тяжёлого нефрита «с полулуниями». При электронной микроскопии выявляются иммунные депозиты в мезангии, субэндотелии, субэпителии, в клубочках почек.  В их состав входят IgA, преимущественно 1-го и реже 2-го субкласса, IgG, IgМ, С3 и фибрин.  Молниеносная форма. В её основе лежит гиперергическая реакция, развитие острого некротического тромбоваскулита. Заболевание чаще развивается на первом-втором году жизни через 1-4 недели после детской инфекции (ветряная оспа, краснуха, скарлатина и т. д.). Характерны симметричные обширные кровоизлияния, некрозы, появление цианотичных участков кожи (кисти, стопы, ягодицы, лицо), имеющих сливной характер. В дальнейшем возможно развитие гангрены кистей и стоп, развитие комы, шока.  **Гемофилия А** вызвана дефицитом антигемофилического глобулина (VIII фактор свертывания).  **Гемофилия В** вызвана дефицитом IX фактора свертывания. **Гемофилия А и В** - наследственно обусловленные заболевания, передаются сцеплено с Х-хромосомой, аутосомно-рецесивно). **Гемофилия С** вызвана дефицитом XI фактора свертывания (фактор Розенталя), протекает наиболее тяжело. Гемофилия С передается аутосомно-доминантно (страдают и женщины и мужчины). В основе повышенной кровоточивости лежит дефицит факторов свертывания крови.  Провоцирующим моментом всегда является травма (физическая) т.е. нарушение целостности слизистой оболочки, кожи.  Течение гемофилии имеет особенности:  1) кровотечение возникает не сразу после травмы, а спустя 2-3 часа;  2) выраженность кровотечения неадекватно травме;  3) продолжительность кровотечения до нескольких часов и дней;  4) сгусток образуется, но кровь продолжает течь (просачивается); 5) наблюдается кровотечение в мышцы, в суставы, во внутренние органы;  6) кровотечение может быть из одного и того же места (кровотечение рецидивирует).  Манипуляции:  **1**. Алгоритм кормления больного через зонд  **Цель**: введение зонда и кормление пациента.  **Показания**: травма, повреждения и отек языка, глотки, гортани, пищевода, расстройство глотания и речи, бессознательное состояние, отказ от пищи, психические заболевания.  **Противопоказания**: язвенная болезнь желудка в стадии обострения. Если пациент без сознания: положение лежа, голову на бок, зонд оставляют на искусственное питание не более чем на 2–3 нед. Проводят профилактику пролежней слизистой.  **Оснащение**: шприц Жанэ емкостью 300 мл, шприц 50 мл, зажим, лоток, [глицерин](https://studopedia.ru/6_37842_glitserin-v-lubrikantah.html), фонендоскоп, питательная смесь (38–40 оС), вода кипяченая теплая 100 мл.  **Подготовка к кормлению**  1. Ввести назогастральный зонд (если он не введен заранее). 2. Сообщить пациенту, чем его будут кормить. 3. Перевести пациента в положение Фаулера. 4. Проветрить помещение. 5. Подогреть питательную смесь на водяной бане до 38–40 оС. 6. Вымыть руки на гигиеническом уровне. 7. Набрать в шприц Жанэ питательную смесь (300 мл). 8. Наложить зажим на дистальный конец зонда. 9. Соединить шприц зондом, подняв его на 50 см выше туловища пациента, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх.  **Кормление**  10. Снять режим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз. Внимание! 300 мл питательной смеси следует вводить в течение 10 мин!  **Завершение кормления**  11. После опорожнения шприца пережать зонд зажимом. 12. Над лотком отсоединить шприц от зонда. 13. Присоединить к зонду шприц Жанэ емкостью 50 мл с кипяченой водой. 14. Снять зажим и промыть зонд под давлением. 15. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда. 16. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой. 17. Помочь пациенту занять комфортное положение. 18. Вымыть руки на гигиеническом уровне. 19. Сделать запись о проведении кормления.  **2**. Алгоритм оказания сестринской помощи при носовом кровотечении   1. 1. Прежде всего, необходимо устранить причины усиливающие кровотечение, не следует разговаривать, кашлять, совершать каких-либо движений и нервничать. 2. Нужно сесть, расстегнуть воротник, ослабить ремень, наклонить голову вперед. Запрокидывать голову назад или ложиться в постель нельзя, в этом случае кровь будет попадать в глотку, вызывая кашель и рвоту. 3. 2. На переносицу следует положить что-то холодное (смоченное полотенце или бинт), но лучше пузырь со льдом.   3. В помещении желательно обеспечить приток свежего воздуха, открыв окна. На улице – перебраться в тень. Если кровотечение возникло в жару, то дополнительно на голову и грудь можно наложить холодные компрессы.  4. Если кровь из носа продолжает идти, то следует сильно прижать оба крыла носа к носовой перегородке. Дыхание должно быть глубоким, через рот. Процедура продолжается в течение 5-10 минут. Не стоит пугаться попадания крови в рот, ее нужно просто выплёвывать. 5. Также можно провести тампонаду носовых ходов. Для этого ватные шарики смачивают раствором перекиси водорода и вводят их в ноздри. При этом кровь довольно быстро свертывается и носовое кровотечение останавливается. Только не вставляйте в нос сухие ватные тампоны, это может привести к присыханию ваты к стенкам носа и повторному открытию кровотечения.  В большинстве случаев кровотечение длится не более 10 минут. Если же кровь не удается остановить и через 20 минут или, если кровь течет очень интенсивно сразу из обеих ноздрей, то необходимо **вызвать скорую помощь** или доставить больного в ближайшее медицинское учреждение.  После оказания первой помощи, если вам удалось остановить кровотечение, дополнительно можно:   * Попить что-нибудь прохладное, но следует строго воздерживаться от кофе и чая, они способствуют расширению сосудов и могут вызвать повторное кровотечение. Также не следует принимать пищу. * Измерить давление, особенно, если наряду с кровотечением возникла головная боль и шум в ушах. Если давление высокое, необходимо его обязательно нормализовать.   **3**. Цитостатики. Меры предосторожности при работе с цитостатиками.  1. К самостоятельной работе с цитостатическими лекарственными препаратами допускаются лица, имеющие соответствующее [медицинское образование](https://pandia.ru/text/category/meditcinskie_tcentri/) и подготовку по специальности, обладающие теоретическими знаниями и [профессиональными навыками](https://pandia.ru/text/category/professionalmznoe_sovershenstvovanie/) в соответствии с требованиями действующих нормативных [правовых актов](https://pandia.ru/text/category/pravovie_akti/), не имеющие противопоказаний к работе по данной специальности по состоянию здоровья, прошедшие в установленном порядке предварительный (при поступлении на работу) и периодические (во время трудовой деятельности) медицинские осмотры, обученные безопасным методам и приемам [выполнения работ](https://pandia.ru/text/category/vipolnenie_rabot/), прошедшие вводный инструктаж по охране труда и инструктаж по охране труда на рабочем месте, стажировку на рабочем месте и проверку знаний по охране труда.  Повторный инструктаж по охране труда должен проводиться в сроки не реже одного раза в шесть месяцев.  При работе с электрическими приборами работник должен иметь 1 группу по электробезопасности.  2. При работе в аптечных организациях должны соблюдаться требования:  ·  Санитарных правил и норм устройства, оборудования и эксплуатации [аптек](https://pandia.ru/text/category/apteki/), утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от [31 января](https://pandia.ru/text/category/31_yanvarya/) 2007 г. № 10;  ·  Надлежащей аптечной практики, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от [27 декабря](https://pandia.ru/text/category/27_dekabrya/) 2006 г. № 000;  ·  Санитарных правил устройства;  ·  Правил по охране труда в организациях здравоохранения, утвержденных Постановлением Министерства труда и [социальной защиты](https://pandia.ru/text/category/zashita_sotcialmznaya/) Республики Беларусь 10.06.2009 г. № 64;  ·  других НПА, ТНПА.  3. Медицинский персонал обязан:  ·  соблюдать режим труда и отдыха, установленный законодательством, правилами внутреннего трудового распорядка учреждения, трудовую дисциплину, выполнять требования охраны труда, правил личной гигиены;  ·  выполнять требования [пожарной безопасности](https://pandia.ru/text/category/pozharnaya_bezopasnostmz/), знать порядок действий при пожаре, уметь применять первичные средства пожаротушения;  ·  курить только в установленных для курения местах;  ·  знать приемы оказания первой помощи при [несчастных случаях](https://pandia.ru/text/category/neschastnij_sluchaj/);  ·  о неисправности оборудования и других замечаний по работе с [медицинским оборудованием](https://pandia.ru/text/category/meditcinskoe_oborudovanie/), приборами и инструментом сообщать непосредственному руководителю работ или лицам, осуществляющим техническое обслуживание оборудования;  ·  соблюдать требования по охране труда, а также правила поведения на территории организациях, в производственных, вспомогательных и бытовых помещениях;  ·  поддерживать порядок на своем рабочем месте;  ·  проходить в установленном законодательством порядке медицинские осмотры, подготовку (обучение), переподготовку, повышение квалификации и проверку знаний по вопросам охраны труда;  ·  внимательно выполнять свои служебные обязанности;  ·  использовать оборудование и инструменты строго в соответствии с инструкциями заводов-изготовителей;  ·  правильно применять средства индивидуальной и [коллективной](https://pandia.ru/text/category/koll/) защиты в соответствии с условиями характером выполняемой работы.  4. При выполнении работ с цитостатическими лекарственными средствами возможно  неблагоприятное воздействие на медицинских работников следующих опасных и вредных  производственных факторов:  ·  содержание в воздухе рабочей зоны вредных химических веществ (сильнодействующих токсических продуктов), образующихся в процессе работы;  ·  опасность травмирования осколками посуды, используемой в процессе работы;  ·  опасность заражения при контакте с пациентами;  ·  повышенное напряжение в электрической цепи, замыкание которой может произойти через тело человека;  ·  напряженность зрительного анализатора.  5. Для обеспечения оптимальных параметров микроклимата проводятся регулярное в течение рабочего дня проветривание и ежедневная влажная уборка помещений.  6. Медицинский персонал при работе с цитостатическими лекарственными средствами с учетом воздействующих на него опасных и вредных производственных факторов должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты (далее - СИЗ), в соответствии с Типовыми отраслевыми нормами бесплатной выдачи средств индивидуальной защиты.  7. При выполнении работы работник обязан работать только в специальной медицинской одежде, строго соблюдать правила личной гигиены, после выполнения каждого вида работ мыть руки теплой водой с мылом. Для мытья рук запрещается применять легковоспламеняющиеся вещества и другие жидкости.  8. Запрещается использовать для питья воды химическую посуду и принимать пищу в неустановленных местах.  9. Не допускается выполнять работу, находясь в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, а также распитие спиртных напитков, употребление наркотических, токсических и психотропных веществ в [рабочее время](https://pandia.ru/text/category/vremya_rabochee/) и по месту работы.  10. Работающий обязан выполнять работу, обусловленную [трудовым договором](https://pandia.ru/text/category/trudovie_dogovora/), оказывать содействие и сотрудничать с нанимателем в деле обеспечения здоровых и безопасных условий труда, немедленно извещать своего непосредственного руководителя или иное должностное лицо о неисправности оборудования, инструмента, приспособлений, средств защиты, об ухудшения своего здоровья.  11. Работающие, контактирующие с цитостатическими лекарственными средствами, должны иметь индивидуальные шкафчики для хранения санитарной одежды, применяемой только в процедурном кабинете.  12. При выполнении работ с цитостатическими лекарственными средствами работающий обязан:  ·  выполнять требования пожарной безопасности, знать сигналы оповещения при пожаре, порядок действия при пожаре, места расположения средств пожаротушения и уметь ими пользоваться;  ·  соблюдать правила личной гигиены, санитарно-эпидемиологические требования;  ·  прекратить работу при обнаружении неисправности оборудования (вытяжного шкафа), приспособлений, инструмента, нарушениях технологического процесса и сообщить о ней непосредственному руководителю работ;  ·  знать местонахождение аптечки первой медицинской помощи универсальной и уметь оказывать необходимую помощь при химических ожогах, отравлениях, поражении электрическим током и других травмах потерпевшим при несчастном случае на производстве.  13. Работники, не выполняющие требования настоящей инструкции, привлекаются к ответственности согласно законодательству.  14. Перед началом работ по приготовлению раствора цитостатического лекарственного средства работающий должен проверить исправность средств индивидуальной защиты и надеть необходимые СИЗ.  15. Проверить исправность местного освещения, эффективность работы средств коллективной защиты, санитарное состояние рабочего места.  16. Проверить отсутствие механических дефектов на оборудовании, целостность корпусов и панелей оборудования и состояние электрических кабелей и электрических деталей, вилок, розеток вытяжных шкафов.  17. Проверить наличие достаточного количества расходных материалов.  18. Обо всех замеченных недостатках и неисправностях, препятствующих выполнению работы, следует сообщить непосредственному руководителю работ и не приступать к работе до их устранения, сделав соответствующие отметки в журнале технического обслуживания медицинского оборудования.  19. При выдаче пациентам цитостатических лекарственных средств в виде таблеток (капсул) работающий должен пользоваться пинцетом и резиновыми [хирургическими](https://pandia.ru/text/category/hirurgiya/) перчатками.  20. Приготовление растворов цитостатических лекарственных средств следует проводить в вытяжном шкафу с вертикальным током воздуха, горизонтальный ток воздуха не рекомендуется. Створки (дверцы) вытяжного шкафа во время работы следует держать максимально закрытыми с небольшим зазором для тяги. Открывать створки следует только на время обслуживания приборов и установок. Приподнятые створки должны прочно укрепляться приспособлениями, исключающими неожиданное падение створок.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 20.10.2020 | Алгоритм кормления больного через зонд | 1 | |  | Алгоритм оказания сестринской помощи при носовом кровотечении | 1 | |  | Меры предосторожности при работе с цитостатиками | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 21.102020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику № 9  **Тема:** "Сестринский уход при заболеваниях щитовидной железы"  Ответить на вопросы:  1. Базедова болезнь (симптомы, диагностика, лечение).  2. Микседема (симптомы, диагностика).  3. Алгоритм взятия крови на гормоны вакутейнером.  4. Диета при заболеваниях щитовидной железы.  **1. Базедова болезнь**  Базедова болезнь (Диффузно токсический зоб) – заболевание аутоиммунной природы, в основе которого лежит генетически обусловленный дефект иммунной системы, в результате которого клетки продуцируют антитела, способные оказывать стимулирующий эффект на щитовидную железу.  **Различают легкую, среднюю и тяжелую форму течения тиреотоксикоза**, как правило, не коррелирующую с размерами железы. При легкой форме тиреотоксикоза преобладают жалобы невротического характера, тахикардия (без нарушений сердечного ритма) не превышает 100 ударов в минуту, признаков патологического изменения функции других желез внутренней секреции нет.  При тиреотоксикозе средней тяжести потеря массы тела достигает 8-10 кг в месяц, тахикардия превышает 100-110 ударов в минуту. Тяжелая форма тиреотоксикоза обычно наблюдается при длительно текущем нелеченом заболевании.  Похудание достигает степени кахексии, появляются признаки нарушения функции печени (тиреотоксическая печень), почек, сердечно-сосудистой недостаточности (тиреотоксическое сердце). В результате длительного действия избытка тиреоидных гормонов на вегетативную нервную систему развивается тиреотоксическая офтальмопатия, которая проявляется блеском глаз, редким миганием, широким раскрытием глазной щели. Могут быть жалобы на выпячивание глазных яблок (экзофтальм), чувство давления и жжения в глазах, слезотечение, снижение остроты зрения, двоение, ощущение инородного тела в глазу.  Наиболее грозным осложнением зоба диффузного токсического является тиреотоксический криз. Это может быть связано с нерегулярным приемом антитиреоидных средств, стрессовыми ситуациями, механическими манипуляциями на щитовидной железе (операция, грубая пальпация), поступление в организм больших количеств йода.  **Клиническая картина**  При осмотре больного обращают на себя внимание клинические проявления тиреотоксикоза, сердцебиение, дрожь тела, повышенная потливость, эмоциональная лабильность. Особенностью тахикардии является ее стабильный характер, она не зависит от положения тела , предшествующего сна, длительного периода покоя. Больные предъявляют жалобы на прогрессирующее похудание при повышенном аппетите, увеличение щитовидной железы, иногда - на частый жидкий стул, появление темной пигментации кожи.  **Диагностика диффузного токсического зоба**  Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины и клинико-биохимических исследований. Наиболее информативными из них являются определение в сыворотке крови концентрации тиреоидных гормонов (Т3 и Т4) и ТТГ, определение титра классических антител против тканей щитовидной железы, т. е. антител к тиреоглобулину, микросомным фракциям. Ценными в диагностическом отношении являются определение йоднакопительной функции щитовидной железы с 131I, сканировании железы с 131I или радионуклидом технеция 99Тс, ультразвуковое исследование щитовидной железы.  **Лечение зоба диффузного токсического может быть оперативным и консервативным.**  Абсолютными показаниями для оперативного лечения служат аллергические реакции или стойкое снижение лейкоцитов, отмечаемые при консервативном лечении, большие размеры зоба (увеличение щитовидной железы выше III степени), нарушения ритма сердечных сокращений по типу мерцательной аритмии с симптомами сердечнососудистой недостаточности, выраженный зобогенный эффект мерказолила. Операция проводится при достижении состояния медикаментозной компенсации, т.к. в противном случае в раннем послеоперационном периоде может развиться тиреотоксический криз. Основным средством консервативного лечения является отечественный препарат мерказолил. Суточная доза мерказолила составляет 30-40 мг, иногда при очень больших размерах зоба и тяжелом течении тиреотоксикоза она может достигать 60-80 мг. Поддерживающая суточная доза мерказолила обычно составляет 10-15 мг. Препарат принимают непрерывно в течение 11/2-2 лет. Снижение дозы мерказолила строго индивидуально, его проводят, ориентируясь на признаки устранения тиреотоксикоза: стабилизацию пульса (70-80 ударов в минуту), увеличение массы тела, исчезновение тремора и потливости, нормализацию пульсового давления. Необходимо каждые 10-14 дней проводить клинический анализ крови (при поддерживающей терапии мерказолилом - 1 раз в месяц). В дополнение к антитиреоидным средствам применяются b-адреноблокаторы, глюкокортикоиды, седативные средства, препараты калия.  **2. Микседема**  **Микседема**(«слизистый отек») — заболевание, обусловленное недостаточным обеспечением органов и тканей [гормонами щитовидной железы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D1%8B_%D1%89%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D1%8B). Рассматривается как крайняя, клинически выраженная форма [гипотиреоза.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BE%D0%B7) Вследствие нарушения белкового обмена органы и ткани становятся [отёчными](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D1%91%D0%BA). В межклеточных пространствах увеличивается содержание [муцина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%83%D1%86%D0%B8%D0%BD) и [альбуминов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D1%8C%D0%B1%D1%83%D0%BC%D0%B8%D0%BD).  [Онкотическое давление](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D0%B4%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) тканевой жидкости повышается, вследствие чего жидкость задерживается в тканях, вызывая отёки. [Основной обмен](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%BE%D0%B1%D0%BC%D0%B5%D0%BD) при микседеме падает на 30—40 %.  У больного отмечается сонливость, сухость и бледность кожи, отёчность лица и конечностей, ломкость и выпадение волос. Часто отмечается [гипотермия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B8%D1%8F), [брадикардия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%8F), [снижение АД](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F). В крови повышено содержание [холестерина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD) [липопротеидов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%B8%D0%B4%D1%8B), выявляется [гипохромная анемия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F). При гормональном исследовании выявляется снижение [гормонов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%BE%D0%BD) [щитовидной железы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A9%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%B0) в [сыворотке крови](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%8B%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BA%D0%B0_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8). Снижение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой. Микседематозное лицо: оно равномерно заплывшее, с наличием слизистого отёка, глазные щели уменьшены, контуры лица сглажены, волосы на наружных половинах бровей отсутствуют, а наличие румянца на бледном фоне напоминает лицо куклы.  Диагноз ставят на основании объективных данных и данных обследования.  Манипуляции:  **1.** Алгоритм взятия крови на гормоны вакутейнером  1. Пригласил и проинформировать пациента, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4. Собрал систему вакуумного забора крови Vacuette.  5. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  6. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 7. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента, надел очки. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком. 8. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции (вкола).  9. Провел пунктирование вены. Вставил пробирку в держатель до упора. Ослабил жгут, как только кровь начала поступать в пробирку.  10. Извлек пробирку после прекращения тока крови из держателя. Вынул держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. Пробирку поставил в штатив.  11. Вакутейнер сбросил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий, класса «Б», ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», пинцет и лоток погрузил в емкости для дезинфекции, обработал очки, жгут.  12. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 13. Запись в манипуляционный журнал, дата и время, подпись.  **2.** Диета при заболеваниях щитовидной железы  Назначение железы - вырабатывать тиреоидные гормоны: тироксин и трийодтиронин. Для нормального функционирования щитовидной железы совершенно необходим йод, поскольку он входит в состав гормонов: тироксин содержит четыре атома йода, а трийодтиронин - два. Организм не может синтезировать йод самостоятельно, мы получаем его исключительно с продуктами питания.  Больным с диффузным токсическим зобом показано усиленное питание и рекомендуется диета повышенной энергоценности за счет увеличения основных нутриентов — белков, жиров и углеводов. Основными принципами питания являются:   * Достаточное поступление витаминов и микроэлементов (тиамина, ретинола, кальция и фосфора, калия). Диету можно дополнять витаминно-минеральными комплексами. * Поступление достаточного количества белка. Усредненная норма его — 100 г для мужчин и 90 г для женщин. Но правильнее рассчитывать необходимое количество белка, исходя из дефицита веса, и оно может составлять 1,2-1,5 г на кг массы. * Увеличение энергетической ценности питания, за счет увеличения белка, углеводов и жиров. * Высококалорийная диета показана лицам со значительным снижением веса. Калорийность может достигать 3000-3700 ккал, содержание углеводов увеличивается до 400-550 г, жиров — до 120-130 г. * Употребление продуктов, богатых кальцием и фосфором (молочные продукты). * Дробное питание небольшими порциями, не допуская чувства голода. * Приготовление пищи на пару, избегая жареных, пряных блюд. * Ограничение употребления соли (5 г), так как у этих больных отмечается склонностью к повышенному давлению. * Исключение продуктов, возбуждающих ЦНС (специи, крепкие бульоны, алкоголь). * Мясо и рыбу для уменьшения экстрактивных веществ нужно отваривать, а потом подвергать дальнейшей обработке (тушение, жарка). * Исключаются также продукты с высоким содержанием кофеина (кофе, крепкий чай, шоколад, какао). * Ограничение продуктов, вызывающих брожение (виноград, сливы, квас, абрикосы, персики). * При любой форме узлового зоба больные должны больше употреблять свежих фруктов и овощей (содержат калий), злаков. * Рекомендован переход на морепродукты (лосось, морской окунь, сайра, тунец, мидии, камбала, водоросли, креветки, треска), нежирную говядину и яйца. Вся морская рыба, особенно жирных сортов, содержит омега-3 жирные кислоты, витамины А, D и группы В, легко усваиваемые белки и незаменимые аминокислоты. Морская рыба восполняет дефицит кальция, магния, фосфора и железа. * Следует увеличить в питании молочные продукты, как источник легкоусвояемых жиров, белков и кальция.   Диета при заболевании щитовидной железы, сопровождающимся снижением ее функции (гипотиреоз), наоборот, должна содержать меньше калорий и жиров. Она направлена на снижение веса и поддержание его на одном уровне, так как при гипотиреозе недостаток гормонов влечет замедление метаболизма и увеличение веса.  Для похудения нужно ограничить: простые углеводы (выпечка из белой муки, макаронные изделия, мед, сладости, сахар, варенье, кондитерские изделия); животные жиры и ввести в меню растительные масла (льняное, кукурузное, подсолнечное, кунжутное, оливковое). Исключить из рациона все жирные продукты, включая молочные и продукты со скрытыми жирами (колбасы, паштеты, мясные полуфабрикаты). Следует отказаться от жареных блюд.  Приготовление продуктов без жира (на пару или запекание) помогут в снижении веса, поскольку общая калорийность таких блюд снижается. Употребление соли, специй и алкоголя, которые возбуждают аппетит, а также чая и кофе ограничивают. При гипотиреозе показана диета, которая содержит по 70 г белка и жира, 300 г углеводов.  **Диета:**  Показания:  Ожирение как основное заболевание или сопутствующее при других болезнях, не требующих специальных диет.  **Цель назначения:**  Воздействие на обмен веществ для устранения избыточных отложений жира.  **Общая характеристика:**  Уменьшение калорийности рациона за счет углеводов, особенно легкоусвояемых. и в меньшей степени - жиров (в основном животных) при нормальном или незначительно повышенном содержании белка. Ограничение свободной жидкости, натрия хлорида и возбуждающих аппетит продуктов и блюд. Увеличение содержания пищевых волокон. Блюда готовят вареные, тушеные, запеченные. Жареные, протертые и рубленые изделия нежелательны. Используют заменители сахара для сладких блюд и напитков (ксилит и сорбит учитывают в калорийности диеты). Температура блюд обычная.   * **Режим питания:**   5-6 раз в день с достаточным объемом для чувства насыщения.  Рекомендуемые и исключаемые продукты и блюда:  Супы.  До 250-300 г на прием. Из разных овощей с небольшим добавлением картофеля или крупы; щи, борщ, окрошка, свекольник. 2-3 раза в неделю супы на слабом обезжиренном мясном или рыбном бульонах с овощами, фрикадельками.  Исключают: молочные, картофельные, крупяные, бобовые, с макаронными изделиями; хлеб и мучные изделия Ржаной и пшеничный хлеб из муки грубого помола, белково-пшеничный и белково-отрубяной хлеб - 100-150 г в день.  Исключают: изделия из пшеничной муки высшего и 1-го сорта, сдобного и слоеного теста; мясо и птица До 150 г в день. Низкой упитанности говядина, телятина, кролик, куры. индейка, ограниченно - нежирная свинина и баранина - преимущественно отварные, а также тушеные; запеченные крупными и мелкими кусками. Мясо обжаривают после отваривания. Студень говяжий. Сардельки говяжьи.  Исключают жирные сорта мяса, гуся, утку, ветчину, сосиски, колбасы вареные и копченые, консервы; рыба Нежирные виды до 150-200 г в день. Отварная, запеченная, жареная. Продукты моря.  Исключают: жирные виды, соленую, копченую, рыбные консервы в масле, икру; молочные продукты Молоко и кисломолочные напитки пониженной жирности. Сметана - в блюда. Творог нежирный и 9% жирности (100-200 г в день) - натуральный и в виде сырников, пудингов. Нежирные сорта сыра - ограниченно.  Исключают: жирный творог, сладкие сырки, сливки, сладкий йогурт, ряженку, топленое молоко, жирные и соленые сыры;  Яйца 1-2 штуки в день. Вкрутую, белковые омлеты, омлеты с овощами.  Исключают: жареные; крупы Ограниченно для добавления в овощные супы. Рассыпчатые каши из гречневой, перловой, ячневой круп за счет уменьшения хлеба.  Исключают: другие крупы, особенно рис, манную и овсяную, макаронные изделия, бобовые; овощи Применяют широко, во всех видах, частью обязательно сырыми. Желательны все виды капусты, свежие огурцы, редис, салаг, кабачки, тыква, томаты, репа. Квашеная капуста - после промывания.  Ограничивают: блюда из картофеля, свеклы, зеленого горошка, моркови, брюквы (суммарно до 200 г в день), а также соленые и маринованные овощи; закуски Салаты из сырых и квашеных овощей, винегреты, салаты овощные с отварным мясом и рыбой, морепродуктами. Заливное из рыбы или мяса. Нежирная ветчина.  Исключают: жирные и острые закуски; плоды, сладкие блюди, сладости Фрукты и ягоды кисло-сладких сортов, сырые и вареные. Желе и муссы на метилцеллюлозе, ксилите, сорбите. Несладкие компоты.  Исключают: жирные и острые соусы, майонез, все пряности; напитки, Чай, черный кофе и кофе с молоком. Малосладкие соки фруктовые, ягодные, овощные.  Исключают: виноградный и другие сладкие соки, какао; жиры Сливочное масло (ограниченно) и растительные масла - в блюдах.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 21.10.2020 | Алгоритм взятия крови на гормоны вакутейнером | 1 | |  | Диета при заболеваниях щитовидной железы | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Исключают: мясные и кулинарные жиры |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 22.102020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику № 10  **Тема:** "Сестринский уход за больными при сахарном диабете"  Ответить на вопросы:  1. Сахарный диабет (симптомы, типы сахарного диабета, диагностика)  2. Лечение сахарного диабета (диета, хлебная единица, сахароснижающие препараты, инсулинотерапия).  3. Алгоритм п/к введения инсулина.  4. Алгоритм определения уровня глюкозы с помощью глюкометра. 5. Алгоритм определения сахара в моче с помощью тест полоски Глюкофан.  6. Осложнения сахарного диабета (диабетические комы-гипергликемическая, гипогликемическая, кетоацидотическая, гиперосмолярная).  7.Поздние осложнения сахарного диабета (диабетическая стопа, диабетическая полинейропатия, диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия - симптомы).  **Сахарный диабет**  Сахарный диабет – эндокринное заболевание, которое развивается вследствие относительной либо абсолютной недостаточности гормона инсулина, вызывающие развитие гипергликемии – стойкого увеличения содержания в крови глюкозы. Из-за нарушения функции поджелудочной железы происходит недостаточно усвоение поступающих с пищей углеводов. Углеводы, перерабатываемые организмом в глюкозу, из-за недостаточной выработки поджелудочной железой инсулина не усваиваются, а, накапливаясь в больших количествах в крови, выводятся в мочу через почки. Одновременно происходит нарушение водного обмена, поскольку ткани становятся неспособными удерживать воду.  Диабет имеет хроническое течение и сопровождается нарушением различных видов обмена веществ: белкового, жирового, углеводного, минерального, а также водно-солевого. Это приводит к скоплению в организме большого количества токсичных веществ, способного вызвать чрезвычайно опасное самоотравление организма и диабетическую кому. Сахарный диабет бывает двух типов.  В клинической картине сахарного диабета принято выделять 2 группы симптомов – основные, а также второстепенные.  **Основные симптомы сахарного диабета:**  • Полиурия, то есть усиленное выделение мочи, которое вызывается повышение ее осмотического давления из-за наличия в моче растворенной глюкозы (в норме глюкоза в моче человека присутствовать не должна). Проявляется обильным учащенным мочеиспусканием в дневное, а также в ночное время.  • Полидипсия, то есть неутолимая постоянная жажда, обусловленная существенными потерями с мочой воды, а также увеличением осмотического давления крови.  • Полифагия, то есть неутолимый постоянный голод. Данный симптом вызывается сопровождающим диабет нарушением обмена веществ, а точнее неспособностью клеток поглощать, а также перерабатывать глюкозу без инсулина.  • Выраженное похудание, особенно характерное для диабета 1-го типа.  Типичный симптом диабета, появляющийся, несмотря на наличие у больных повышенного аппетита. Похудание, а нередко даже истощение больных вызвано повышенным катаболизмом жиров, а также белков из-за исключения глюкозы из энергетического обмена клеток больного. Вышеперечисленные основные симптомы являются наиболее характерными для диабета первого типа. Для них характерно острое развитие. Как правило, человек, больной диабетом может назвать точно дату либо период появления данных симптомов. Также развитие диабета сопровождают вторичные симптомы, представляющие собой неспецифические клинические признаки, развитие которых происходит постепенно в течение продолжительного времени.  Вторичные симптомы характерны для диабета первого, а также второго типа.  Вторичные симптомы диабета:  • Зуд кожи, а также слизистых оболочек больного (вагинальный зуд);  • Общая мышечная слабость;  • Сухость во рту;  • Головная боль;  • С трудом поддающиеся лечению воспалительные поражения кожи;  • Присутствие при диабете первого типа ацетона в моче. Ацетон появляется в результате сжигания жировых запасов;  • Ощущение во рту вкуса железа;  • Затуманенное зрение либо другие признаки ухудшения зрения;  • Грибковые инфекции;  • Онемение рук и ног;  • Сухость кожных покровов.  **Признаками диабета первого типа являются**: жажда, частое мочеиспускание, большая потеря веса, сухость во рту, раздражительность, быстрая утомляемость, тошнота, иногда рвота. **Второстепенными признаками диабета такого типа служат**: боли в сердце, боли в икроножных мышцах и судороги в них, фурункулез, кожный зуд, головные боли, раздражительность и нарушения сна.  Говоря о второстепенных признаках диабета 1-го типа у детей, следует отметить появление не наблюдавшегося ранее ночного недержания мочи и быстрое ухудшение состояния здоровья.  Для диабета второго типа характерно онемение и судороги ног, болевые ощущения в ногах, а также в руках, чувство постоянной жажды, зуд, помутнение в глазах, плохое заживление ран, наличие кожных инфекций, утомляемость, а также сонливость, снижение болевой чувствительности, частые инфекционные заболевания, постепенное увеличение веса, снижение у мужчин потенции и пр. Кроме этого, при диабете второго типа наблюдается выпадение растущих на ногах волос на фоне усиленного роста волос на лице, появление на теле небольших желтых наростов, именуемых ксантомами.  Также к первым признакам диабета 2-го типа относится воспаление крайней плоти, связанное с частым мочеиспусканием.  **Основные принципы лечения сахарного диабета**.  Основным видом лечения является инсулинотерапия, которая делится на традиционную и интенсивную. Традиционная инсулинотерапия (ТИТ) рекомендуется большей части больных и предполагает ввод инсулина не более 1-2 раз в сутки. При этом больные, применяющие ТИТ, должны следовать строгой диете, соблюдать распорядок дня, дозировать нагрузки. Нарушение рекомендаций может вызвать осложнения вплоть до комы Интенсивная инсулинотерапия (ИИТ) требует постоянного контроля содержания сахара в крови, иногда до 7 раз в сутки, а также введение инъекции инсулина 6 раз в день для имитации базального и пищевого уровня инсулина. ИИТ требует от больного повышенной ответственности, но минимизирует проявление симптомов, не дает прогрессировать заболеванию и позволяет не придерживаться очень строгой диеты.  Для ИИТ используется инсулин различного времени действия: краткосрочный (всасывание 20 минут, действует 2-4 часа), среднесрочный (всасывание 2 часа, действует 8-10 часов), долгосрочный (всасывается 14 часов, действует 36 часов). Позитивное действие на состояние больного оказывает ежедневная физическая культура. Физическая нагрузка способна снизить содержание сахара, хорошо разработанный курс лечебной физкультуры поможет регулировать дозы инсулина.  Дополнительно можно воспользоваться различными народными средствами, которые хорошо дополняют инсулинотерапию. Цель применения народных методов состоит в поддержке функций поджелудочной железы с целью избежания прогрессирования заболевания. При развитом диабете в старшем возрасте могут наблюдаться поражения сосудов — атеросклероз, атрофия сосудистой сетчатки и в результате развитие гангрены, а также почечная недостаточность и другие заболевания. Народные средства позволяют уменьшить и облегчить симптомы. Основные принципы лечения сахарного диабета 2-го типа состоят в восстановлении способности клеток организма распознавать инсулин. Это диабет «старшего возраста», обычно поражает людей после 40 лет.  Повышенный сахар часто выявляют совершенно случайно после проявления осложнений. Диабет второго типа чаще развивается у людей с избыточным весом тела или ожирением, в результате профилактика диабета после 40 лет у людей с избыточным весом состоит, прежде всего, в снижении массы тела. Наиболее эффективно комплексное лечение сахарного диабета, включающее лечебную физкультуру, медикаментозное лечение и диету.  Основная цель диеты, как говорилось, в снижении избыточного веса. Исключаются сладости, хлебобулочные изделия и фрукты с высоким содержанием глюкозы, рекомендуется употребление жиров растительного происхождения. Прием пищи делится на 3-4 раза небольшими порциями с соблюдением режима питания, обязательно употребление овощей. Рекомендуется ежедневная лечебная физкультура длительностью не менее 30 минут. Медикаментозное лечение основано на комбинированном приеме препаратов, которые увеличивают выработку инсулина, снижают секрецию сахара в печени, подавляют всасывание глюкозы в кишечнике, регулируют содержание сахара. Каждому больному подбирается индивидуальная схема приема препаратов. При достаточно сложных случаях и прогрессировании заболевания назначают инсулинотерапию. Также известны эффективные авторские немедикаментозные методы лечения диабета второго типа.  **Осложнения сахарного диабета**  1. Гипогликемия (Гипогликемическая кома) (снижение глюкозы в крови менее 3 ммоль/л) развивается быстро, иногда практически внезапно. Характеризуется следующими симптомами:   * - Повышенное потоотделение * - Выраженная слабость, причем возникает резко * - Дрожь в теле * - Учащенное сердцебиение * - Голод * 2. Кетоацидотическая – характерной особенностью является наличие кетоновых тел в сыворотке крови и в моче. Может возникнуть в течении сахарного диабета каждого типа, чаще является первым проявлением сахарного диабета 1 типа. Вследствие дефицита инсулина происходит чрезмерное образование глюкозы в печени в результате глюконеогенеза, а также усиленный липолиз с образованием кетоновых тел. Следствием этого являются: гипергликемия, потеря глюкозы с мочой, осмотический диурез, обезвоживание, электролитные нарушения (особенно гиперкалиемия с сопутствующим внутриклеточным дефицитом калия) и метаболический ацидоз.   **1. Симптомы:**  Чрезмерная жажда, сухость во рту, полиурия, слабость, утомляемость и сонливость, нарушения сознания вплоть до комы, головокружение и головная боль, тошнота и рвота, боли в животе, боли в грудной клетке.  2. Объективные симптомы: гипотензия, тахикардия, ускоренное и глубокое, затем поверхностное дыхание, признаки обезвоживания (потеря массы тела, снижение тургора кожи), снижение сухожильных рефлексов, запах ацетона изо рта, покраснение лица, снижение тургора глазных яблок, увеличение напряжения брюшной стенки (как при перитоните)  3. Гипергликемическая кома – кома, связанная с повышенным содержанием уровня глюкозы в крови.  При развитии гипергликемической прекомы, больного беспокоят:  - сухость во рту.  - жажда.  - частое мочеиспускание.  - кожный зуд.  - головная боль.  - кожа сухая, холодная на ощупь. Отмечается ее повышенное шелушение.  - дыхание частое, поверхностное и шумное. При этом, от больного исходит запах ацетона.  4. Гиперосмолярная кома – особый вид [диабетической комы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0), характеризующийся крайней степенью нарушения [метаболизма](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC) при [сахарном диабете](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82), протекающей без [кетоацидоза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B7" \o "Кетоацидоз) на фоне выраженной [гипергликемии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F), достигающей 33,0 ммоль/л и выше. Развивается резкое [обезвоживание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%B6%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5), клеточный [эксикоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B7" \o "Эксикоз), [гипернатриемия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F" \o "Гипернатриемия), гиперхлоремия, [азотемия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B7%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F) на фоне отсутствия кетонемии и кетонурии. Гиперосмолярная кома составляет 5—10% всех гипергликемических ком.  Пациентов беспокоят слабость, сухость во рту, жажда, мочеизнурение, сонливость. Симптомы дегидратации нарастают быстро — кожный покров, слизистые оболочки, язык сухие, [тургор](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%80_%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%B9) тканей понижен, глазные яблоки мягкие, запавшие, черты лица заострены. Появляется одышка, однако дыхание Куссмауля и запах ацетона в выдыхаемом воздухе отсутствуют.  **Поздние осложнения сахарного диабета** (диабетическая стопа, диабетическая полинейропатия, диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия)  Диабетическая стопа – комплекс анатомо-функциональных изменений, развивающихся на фоне [диабетической нейропатии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BD%D0%B5%D0%B9%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F), [микро-](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F) и [макроангиопатии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B7" \o "Атеросклероз), [остеоартропатии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F" \o "Диабетическая остеоартропатия), способствующих повышенной травматизации и инфицированию мягких тканей [стопы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B0), развитию гнойно-некротического процесса и в запущенных случаях ведущий к [ампутации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BC%D0%BF%D1%83%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F).  Синдром диабетической стопы собирательное понятие, объединяющее группу поздних осложнений [сахарного диабета](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82), при которых развиваются патологические изменения [стоп](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B0) больного в виде гнойно-некротических процессов, язв и костно-суставных поражений, возникающие на фоне специфических изменений периферических нервов, сосудов, кожи и мягких тканей, костей и суставов. В ряде случаев понятие *«диабетическая стопа»* как самостоятельная [нозологическая форма](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%BE%D0%B7%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F) не используется, а указываются составляющие её заболевания ([абсцесс](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B1%D1%81%D1%86%D0%B5%D1%81%D1%81), [флегмона](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B0), [гангрена](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B0) и другие).  Диабетическая полинейропатия – поражение периферических нервов, является самым частым осложнением сахарного диабета. Она возникает у 75% больных сахарным диабетом.  **Симптомы поражения малых нервных волокон:**   * 1. Чувство жжения или покалывания в руках и ногах; * 2 Потеря чувствительности кожи к температуре; * 3. Ночные боли; * 4. Онемение в конечностях; * 5. Чувство зябкости в конечностях; * 6. Отеки стоп; * 7. Сухость и шелушение кожи конечностей; * 8. Повышенная влажность стоп; * 9. Покраснение кожи стоп; * 10. Наличие костных мозолей, незаживающих ран и язв на стопах.   **Симптомы поражения больших нервных волокон:**   * - Повышенная чувствительность кожи конечностей; * - Потеря равновесия; * - Патологические изменения в суставах; * - Нечувствительность к движениям пальцев.   Диабетическая ретинопатия – поражающее сетчатку глаза, неспецифическое сосудистое осложнение сахарного диабета.  Симптомы:   * Затуманивание зрения * Появление «мушек» перед глазами * Кровоизлияние в сетчатку и стекловидное тело * Снижение зрения (этот симптом, как правило, говорит о далеко зашедших стадиях ретинопатии).   Диабетическая нефропатия – [термин](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B8%D0%BD), объединяющий весь комплекс поражений [артерий](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%8F), [артериол](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%B0" \o "Артериола), клубочков и канальцев почек, возникающих в результате нарушения [метаболизма](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC) [углеводов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%B3%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%8B) и [липидов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BF%D0%B8%D0%B4%D1%8B) в тканях [почки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%87%D0%BA%D0%B0_(%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F)). Распространённость диабетической нефропатии достигает 75% лиц с сахарным диабетом, чаще других наблюдается следующая патология почек.  Выраженность клинических симптомов при диабетической нефропатии (отёки, [артериальная гипертензия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%8F)), ответ на лечение и скорость прогрессирования почечной дисфункции во многом зависит от уровня [альбумина в моче](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D1%8C%D0%B1%D1%83%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D1%83%D1%80%D0%B8%D1%8F) и [скорости клубочковой фильтрации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C_%D0%BA%D0%BB%D1%83%D0%B1%D0%BE%D1%87%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D1%84%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8). При развитии [хронической почечной недостаточности](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%9F%D0%9D) и выраженном снижении скорости клубочковой фильтрации замедляется выведение ряда сахароснижающих препаратов и скорость катаболизма инсулина в почках, поэтому следует уделять особое внимание подбору адекватного режима дозирования инсулина и сахароснижающих препаратов[[4]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BD%D0%B5%D1%84%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F#cite_note-ADA2013-4), чтобы избежать развития [гипогликемических состояний](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0).  Манипуляции:  **1**. Алгоритм п/к введения инсулина.  **Цель:** введение точной дозы инсулина в определенное время для снижения уровня глюкозы в крови.  **Показания**: лечение ИЗСД, кетоацидоза, комы.  **Противопоказания**: гипогликемическая кома, аллергическая реакция на данный инсулин.  **Осложнения**: аллергическая реакция, липодистрофия, отеки.  **Места введения**: верхняя треть наружной поверхности плеча, средняя треть переднебоковой поверхности бедра, переднебоковая поверхность брюшной стенки.  **Приготовьте**: флакончик с раствором инсулина, спирт 70%, стерильные: лоток, пинцет, ватные шарики, одноразовые инсулиновые шприцы, перчатки, КБУ.  **Алгоритм действия:**  1. Объясните пациенту цель и ход процедуры и получите его согласие на проведение.  2. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, обработайте их кожным антисептиком, наденьте перчатки.  3. Прочитайте надпись на флаконе название, дозу, срок годности, сверьте с листом назначений.  4. Проведите визуальный контроль качества флакончика с инсулином. Обратите внимание на концентрацию препарата, т.е. на число ЕД инсулина в 1 мл. Внимательно изучите маркировки инсулина и шприца. Рассчитайте сколько единиц инсулина содержится в одном делении шприца, исходя из концентрации.  5. Покатайте между ладонями флакон с инсулином продленного действия в течение 3-5 минут, чтобы раствор стал равномерно мутным (не встряхивать!). Инсулин короткого действия прозрачный, его перемешивать не нужно.  6. Подогрейте флакончик с инсулином до температуры тела 360- 370 С в водяной бане.  7. Возьмите инсулиновый шприц в упаковке. Проверьте срок годности и герметичность упаковки. Вскройте упаковку, соберите шприц.  8. Вскройте пинцетом металлическую обкатку флакона.  9. Обработайте резиновую пробку ватным шариком со спиртом двукратно, отставьте флакончик в сторону, дайте высохнуть спирту.  10. Возьмите в руки инсулиновый шприц, оттяните поршень шприца на сколько, сколько ЕД необходимо набрать. При этом в шприц набирается воздух. Количество воздуха должно равно вводимой дозе инсулина.  11. Введите набранный Вами воздух во флакон с инсулином.  12. Предложите пациенту лечь или сесть.  13. Обработайте место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом: вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции. Дайте коже высохнуть.  14. Снимите колпачок со шприца, перед введением его выпустите воздух и доведите количество инсулина до нужной дозы.  15. Возьмите шприц в правую руку.  16. Соберите I и II пальцами левой руки обработанный участок кожи в треугольную складку основанием вниз.  17. Введите быстрым движением иглу под углом 300 – 450 в середину подкожно - жирового слоя на длину иглы в основание складки, держа ее срезом вверх.  18. Освободите левую руку, опустите складку.  19. Вводите инсулин медленно, проверив, не попала ли игла в кровеносный сосуд...  20. Быстрым движением извлеките иглу, приложите сухой стерильный ватный шарик к месту инъекции. Снимите перчатки.  21. Накормите пациента.  22. Поместите использованный шприц, ватные шарики, перчатки в КБУ.  23. Вымойте и осушите руки.  24. Запись в манипуляционный журнал, дата, время, подпись.    **2**. Алгоритм определения уровня глюкозы с помощью глюкометра.   1. Лучше всего использовать для измерений кровь из пальца, т. к. циркуляция крови там выше, чем в альтернативных точках измерения, как, например, плече, предплечье, бедре или икре. 2. Если у Вас есть проблемы с кровообращением рук, помассируйте пальцы перед тем, как помыть их. Это же касается и измерения в альтернативных местах тела. 3. Перед измерением убедитесь, что код на флаконе с тест-полосками совпадает с кодом на дисплее глюкометра. Если это не так, то перекодируйте прибор. 4. Перед отбором крови , по возможности, мойте руки теплой водой. Это служит не только гигиене, но и повышает кровообращение. При недостаточном кровообращении взятие крови затруднено, т. к. для получения капельки крови прокол должен быть глубже. 5. Тщательно просушите руки. Место прокалывания не должно быть влажным, т. к. жидкость разбавляет пробу крови, что также ведет к неверным результатам измерения. 6. Регулярно меняйте участки забора крови. Если часто прокалывать одно и то же место, возникнет раздражение и утолщение кожи, и получение крови станет более болезненным. Рекомендуется использовать 3 пальца на каждой руке (обычно не прокалывают большой и указательный пальцы). 7. Прокалывание наименее болезненно, если Вы берете кровь не прямо из центра подушечки пальца, а слегка сбоку. Не прокалывайте палец глубоко. Чем глубже прокол, тем больше повреждение тканей, выберите оптимальную глубину прокола на ручке для прокалывания. Для взрослого человека это уровень 2-3 8. Никогда не применяйте ланцет, который использовал кто-то другой! Потому, что одна небольшая капля крови, оставшаяся на этом устройстве, в случае, если она инфицирована, может вызвать заражение. 9. Выдавите первую капельку крови и уберите ее сухой ваткой. Следите за тем, чтобы кровь оставалась каплеобразной и не смазывалась. Смазанная капля не может быть впитана тест-полоской. 10. Не сжимайте палец, чтобы получить большую каплю крови. При сжатии кровь смешивается с тканевой жидкостью, что может вести к неверным результата измерений. 11. Учтите: отверстия для забора крови находятся по краям тест-полоски, а не на плоскости. Поэтому подведите палец к краю тест-полоски слева или справа, они помечены чёрным цветом. Под действием капиллярных сил, необходимое количество крови втягивается автоматически. 12. Вынимайте тест-полоску из упаковки непосредственно перед измерением. Тест-полоски чувствительны к влаге. 13. Тест-полоски можно брать сухими и чистыми пальцами в любом месте. 14. Упаковка с тест-полосками всегда должны быть плотно закрыта. Она имеет покрытие, поддерживающее тест-полоски сухими. Поэтому ни в коем случае не перекладывайте тест-полоски в другую емкость. 15. Храните тест-полоски при нормальной комнатной температуре. Температура хранения составляет +4 - +30 °C.   Не используйте тест-полоски по истечении срока годности, обозначенного на упаковке.  **3**. Алгоритм определения сахара в моче с помощью тест полоски Глюкофан.  Тест на глюкозу представляет собой бумажную или пластиковую полоску, с нанесенным индикатором (сенсором) жёлтого цвета, который, при погружении в мочу, меняет свой цвет в результате ферментативной реакции. Сенсор реагирует на сахар в моче, цвет варьируется от желтого (при отсутствии глюкозы) до сине -зеленого, зависит от количества определяемого вещества в жидкости.  Посредством индикаторных полосок можно определить и другие показатели мочи: белок, билирубин, скрытая кровь, нитриты, кетоны, плотность, ph и пр. Способ применения Достоверность результата обеспечивает правильная подготовка к экспресс-анализу и соблюдение всех этапов его проведения:   * Емкость под урину необходимо тщательно промыть. Контейнер для сбора должен быть чистым и сухим, без следов моющего средства * Моча свежесобранная и тщательно перемешанная * Тест полоски на сахар в моче нужно погружать не сгибая, так, чтобы индикаторы полностью закрывались жидкостью.   Анализ:   1. Собираем мочу в емкость 2. Извлекаем из тубуса тест-полоску, после чего сразу же его плотно закрываем 3. Опускаем на 2-3 секунды в мочу полоску 4. Осторожно вынимаем 5. Удаляем остатки мочи легким постукиванием о край емкости 6. Выкладываем полоску на ровную сухую поверхность 7. Ждём 45-90 секунд (не более 2 минут) 8. Сравниваем окраску индикатора с цветовой шкалой на тубусе или пенале и оцениваем результат. Анализ может быть не достоверным, если тест полоски на сахар просрочены.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 22.10.2020 | Алгоритм п/к введения инсулина | 1 | |  | Алгоритм определения уровня глюкозы с помощью глюкометра | 1 | |  | Алгоритм определения сахара в моче с помощью тест полоски Глюкофан | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 23.102020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику № 11  **Тема:** "Сестринский уход за больными с аллергическими заболеваниями"  Ответить на вопросы:  1. Аллергия - что это.  2. Анафилактический шок (причины, симптомы).  3. Алгоритм оказания помощи при анафилактическом шоке (сестринская и врачебная помощь).  4. Содержание противошокового набора.  5. Отек Квинке (симптомы, помощь - сестринская и врачебная).  6. Крапивница (симптомы, лечение).  7. Поллинозы (симптомы, причины, лечение).  **1. Аллергия**  Аллергия – типовой иммунопатологический процесс, выраженный сверхчувствительностью [иммунной системы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0) [организма](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%BC) при повторных воздействиях [аллергена](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D0%BD) на ранее [сенсибилизированный](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%B8%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_(%D0%B8%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)) этим аллергеном организм.  [Симптомы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC): резь в глазах, [отёки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D1%91%D0%BA), [насморк](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D0%BC%D0%BE%D1%80%D0%BA), [крапивница](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B0), [чихание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5),  [кашель](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BB%D1%8C) и пр.  **Анафилактический шок** - тяжелое, угрожающее жизни проявление аллергической реакции немедленного типа. Характеризуется быстро развивающимися преимущественно общими проявлениями: снижением АД, расстройством ЦНС, повышением проницаемости сосудов и спазмом гладкомышечных органов.  Аллергенами, вызывающими анафилактический шок, могут быть лекарственные средства (антибиотики), препараты для проведения специфической диагностики и гипосенсибилизации, яд пчел, ос, шмелей, реже пищевые продукты. В основе патогенеза анафилактического шока лежит реагиновый механизм.  В результате освобождения медиаторов повышается проницаемость и снижается тонус сосудов, что способствует выходу жидкой части крови в ткани и сгущению крови. ОЦК снижается, падает сердечная деятельность и АД. При недостаточности гомеостатических механизмов процесс прогрессирует, нарушается обмен веществ в тканях, развивается фаза необратимых изменений шока.  **Симптоматика анафилактического шока**.  Развивается через несколько минут после воздействия провоцирующего фактора, но иногда и позже - через несколько часов, бывают и двухфазные реакции с рецидивом. Типичная форма характеризуется внезапным началом, резким снижением АД, нарушением сознания, дыхательной недостаточностью, судорожным синдромом. У больного появляется резкая бледность, холодный липкий пот, пульс становится нитевидным. Анафилактический шок может начинаться с продромальных явлений, которые могут продолжаться от нескольких секунд до часа. При молниеносном развитии шока у сенсибилизированного пациента развивается резкая слабость, тошнота, загрудинная боль, страх смерти. В течение нескольких секунд или минут эти явления нарастают, больной падает, теряет сознание. Такое течение шока нередко заканчивается смертью. Характерны зуд, крапивница, отек Квинке, нарушения дыхания (из-за отека гортани, ларинго - и бронхоспазма), артериальная гипотония, боль в животе и понос. Тяжесть реакции может быть разной - от легкой до крайне тяжелой. Основные причины смерти - асфиксия и артериальная гипотония. Легкая реакция без лечения может быстро перерасти в тяжелую. Важно помнить, что даже если реакция была легкой, то следующая может оказаться смертельной. Некоторые случаи шока могут купироваться самостоятельно. После анафилактического шока возможны поздние осложнения в виде миокардита, гепатита, гломерулонефрита, поражения нервной системы. Описаны случаи смерти даже спустя 2 нед после перенесенного шока.  **Ангионевротический отек (отёк Квинке)** захватывает глубокие слои кожи и подкожную ткань. Эти нарушения могут быть классифицированы как:  1. IgE-зависимые, включающие атопические, вторичные реакции на специфические аллергены и физические факторы, особенно холод; 2. Комплементопосредованные (наследственный ангионевротический отек и крапивница, связанные с сывороточной болезнью или васкулитом);  3. Неиммунологические, возникающие благодаря прямому действию ряда агентов и лекарств на тучную клетку с высвобождением медиаторов;  4. Идиопатические.  Процесс характеризуется формированием массивного отека в дерме (и подкожной ткани при ангионевротическом отеке). Отек обусловлен повышением сосудистой проницаемости, вызванным высвобождением медиаторов из тучных клеток или других клеточных популяций. Крапивница характеризуется появлением волдырей - небольших участков отека дермы. Волдыри выглядят как приподнятые плоские участки кожи с четкой границей и красным ободком. Волдырь существует не больше нескольких часов; если он держится более 24 ч, следует заподозрить уртикарный васкулит. Иногда волдырь рассасывается в центре и становится кольцевидным, обычно это происходит после приема H1- блокаторов.  Отек Квинке - острый ограниченный отек кожи с появлением большого, бледного, плотного, незудящего инфильтрата, при надавливании на который не остается ямки.  **Крапивница** – острое аллергическое заболевание, проявляющееся зудом, высыпанием волдырей на коже и реже слизистых оболочках, подобных тем, какие бывают при ожоге крапивой.  Причиной возникновения заболевания может быть любой аллерген. В зависимости от этиологического фактора крапивница может быть аллергической, вызванной действием физических факторов (механическая, холодовая, тепловая, лучевая), эндогенной (энзимопатическая, дисгормональная, неврогенная, идиопатическая).  Причины - лекарственные средства, пищевые продукты, косметика, бытовая химия, инфекции. Из лекарственных средств крапивницу чаще всего вызывают НПВС, пенициллины, цефалоспорины и сульфаниламиды. Крапивницу может вызвать вещество, ранее безвредное для больного.  Общим патогенетическим звеном является повышение проницаемости сосудов и развитие острого отека в окружающей области.  Ведущим механизмом развития крапивницы является реагиновый механизм повреждения, в небольшом числе случаев - иммунокомплексный.  **Симптоматика крапивницы**.  По клиническому течению крапивница бывает хронической и острой.  Острая крапивница продолжается от нескольких часов до недели, хроническая сохраняется долго, иногда более месяца. Высыпания могут локализоваться на любом участке кожи, чаще в местах, которые больше подвержены механическим воздействиям: поясница, плечи, ноги, запястья, бедра. Элементы сыпи имеют вид волдырей (белые уплотнения-узелки, окруженные красным или розовым кольцом, на ощупь горячие, сопровождаются сильным зудом). При надавливании на них ямка не остается. Высыпания на слизистой оболочке пищеварительного тракта могут вызвать боль в животе. Наблюдается головная боль, недомогание, повышение температуры тела, сердцебиение, слабость, озноб.  Хроническая крапивница чаще связана с состоянием желудочнокишечного тракта (гастриты, холециститы, энтериты), с наличием глистной инвазии. Она характеризуется волнообразным течением с периодами обострений и ремиссий.  **Лечение крапивницы и отёка Квинке**.  При острой крапивнице проводят лечение с воздействием на разные звенья патологического процесса:  • устранение аллергена (если его удалось выявить),  • назначение антигистаминных препаратов (назначают Н1- и Н2- гистаминоблокаторы - ранитидин 150 мг внутрь 2 раза в день; дифенгидрамин (димедрол) 25-50 мг внутрь 4 раза в день), ципрогептадин (перитол) 4 мг внутрь 3 раза в день,  • проведение специфической гипосенсибилизации,  • иногда применяют симпатомиметические средства. Устранение причины -главное средство лечения острой крапивницы и отека Квинке. До полного исчезновения всех симптомов устраняют контакт с любыми веществами, способными вызвать крапивницу.  Прием наименее подозрительных препаратов можно начать, но только в присутствии врача и с адреналином наготове. Лекарственные средства - частая причина крапивницы. Особенно часто ее вызывают НПВС, в частности аспирин.  Если крапивницу или отек Квинке вызывает один из препаратов этой группы, то противопоказаны все НПВС. Вероятность крапивницы резко повышается при совместном применении НПВС, ингибиторов АПФ и бета-адреноблокаторов. В больнице вызвать крапивницу могут лекарственные средства, рентгеноконтрастные вещества и латекс (латекс иногда вызывает анафилаксию).  В тяжелых случаях, если крапивница или отек Квинке сопровождаются артериальной гипотонией, отеком гортани и бронхоспазмом, вводят адреналин, 0,3-0,5 мл раствора 1:1000 п/к. Иногда его вводят при тяжелой крапивнице в отсутствие этих симптомов. В таких случаях применяют также дифенгидрамин, 20-50 мг в/м или внутрь. H1- блокаторы внутрь в первые 72 ч принимают постоянно, в дальнейшем - по мере необходимости. Обычно назначают гидроксизин, 25 мг внутрь 4 раза в сутки, дозу можно увеличить вдвое.  Если гидроксизин вызывает сильную сонливость, его принимают только на ночь (25-50 мг внутрь) и дополнительно назначают H1-блокаторы без седативного действия - лоратадин (10 мг внутрь 1 раз в сутки), цетиризин (10 мг внутрь 1 раз в сутки) или фексофенадин (60 мг внутрь 2 раза в сутки). Кортикостероиды внутрь назначают, если крапивница сопровождается (или сопровождалась в прошлом) анафилаксией, при вовлечении лица и шеи (опасность отека гортани) и неэффективности H1-блокаторов.  **Поллинозы** – [сезонное заболевание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%B7%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5), причиной которого является [аллергическая реакция](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F) на [пыльцу](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%8B%D0%BB%D1%8C%D1%86%D0%B0) растений. Заболевание иногда называют **сенной лихорадкой**, хотя [сено](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BD%D0%BE) не является значимым фактором в [генезе заболевания](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7), а лихорадка не характерна для данной патологии.  [**Симптомы**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC) поллиноза появляются практически в одно и то же время каждый год — [насморк](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D0%BC%D0%BE%D1%80%D0%BA), покраснение глаз ([конъюнктивит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%8A%D1%8E%D0%BD%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D1%82)), [дерматит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82), [усталость](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C), [раздражительность](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A0%D0%B0%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C&action=edit&redlink=1), першение в горле, кашель, иногда приступы удушья, редко — кожные проявления. Развивается [лихорадка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0), отсюда и произошло название заболевания.  Заболевание очень часто путают с [простудой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%B4%D0%B0), что затягивает обращение пациентов за профессиональной медицинской помощью, порой на многие годы.  Различают три основных взаимодополняющих **метода терапии**:   * Патогенетическая и симптоматическая терапия в период обострения, которая обычно включает применение [антигистаминных препаратов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B3%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D1%8B) [(Алерзин](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD), [Супрастин)](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%BB%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD" \o "Хлоропирамин) и топических [глюкокортикостеридов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BB%D1%8E%D0%BA%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B4%D1%8B" \o "Глюкокортикостероды). * [Аллерген-специфическая иммунотерапия](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D0%BD-%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%86%D0%B8%D1%84%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) причинно-значимым аллергеном, которая проводится вне периода обострения. * Барьерный метод защиты от аллергенов. Наиболее эффективным способом является предупреждение попадания аллергенов в носоглотку, то есть барьерный способ защиты. В данном случае применяются специализированные фильтры для носа, респираторы-невидимки.   Манипуляции:  **1.** Алгоритм оказания помощи при анафилактическом шоке.    1. Прекратить введение аллергена. Вызвать врача и скорую помощь через третье лицо. В зависимости от пути попадания необходимо: а) Прекратить парентеральное введение ЛС, наложить жгут выше места инъекции на 25 мин (каждые 10 мин ослабляют жгут на 1—2 мин)  б) При подкожном и внутримышечном введении препарата, вызвавшего шок, обколоть крестообразно место инъекции 0,3 - 0,5 мл раствора адреналина (1 мл 0,1% раствора адреналина развести в 10 мл физиологического раствора).  2. Положить холод на место инъекции.  3. Отметить время попадания аллергена в организм, появления жалоб и первых клинических проявлений аллергической реакции. 4. Уложить больного в горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Тепло укрыть. Положить голову на бок, выдвинуть челюсть вперед при западении языка. Все действия должны быть выполнены максимально быстро.  Если выше перечисленные меры выполнены, приступить к выполнению дальнейших мероприятий:  1. Оценить состояние пациента, жалобы. Измерить пульс, артериальное давление (АД). Оценить характер одышки, распространенность цианоза. Провести осмотр кожных покровов и слизистых. При снижении АД на 20% от возрастной нормы - заподозрить развитие анафилактической реакции.  2. Немедленно ввести 0,3-0,5 мл 0,1% раствор адреналина на физиологическом растворе (в/м в переднюю или латеральную часть бедра). При сохраняющейся гипотонии повторное введение адреналина в прежней дозе через 20 минут до 3 раз в час, максимально до 2 мл. Раннее распознавание и немедленное внутримышечное введение адреналина остается основой лечения анафилактического шока.  3. Обеспечивают доступ для внутривенного введения, после чего начинают коррекцию артериальной гипотонии и восполнение объема циркулирующей крови с помощью введения солевых растворов (изотонического раствора хлорида натрия - 500-1000 мл.) При невозможности обеспечить введение данного объема через одну вену, рекомендовано проводить инфузии в 2 - 3 вены одновременно.  4. Глюкокортикоиды: преднизолон в дозе 90-150 мг (для взрослых) в/в струйно или эквивалентные дозы его аналогов.  5. При сохраняющейся артериальной гипотензии, после восполнения объема циркулирующей крови, подкожно или внутримышечно взрослым вводят в дозах 0,3- 1 мл 1 % раствора мезатона.  **2.** Содержание противошокового набора.  Противошоковая укладка и инструкции по оказанию медицинской помощи при анафилактическом шоке должны быть в каждом помещении, где осуществляются инвазивные процедуры (в процедурных кабинетах, перевязочных, операционных, манипуляционных лечебных отделений, в кабинетах рентгеноконтрастных исследований диагностических отделений, в стоматологических кабинетах). 1. Спиртовая салфетка - 1 шт - Применяется для обработки места инъекции 2. Р-р кеторолака трометамина (кетанов) 30мг/мл - 1 - Применяется как обезболивающее средство 3. Р-р кордиамина 250мг/мл – 1 амп. - Применяется для стимуляции сердечной и дыхательной деятельности 4. Р-р дексаметазона 4мг/мл – 1 амп - Применяется как противовоспалительное и противошоковое средство Шприц 5 мл – 1 шт - Для проведения инъекций 6. Состав–описание - 1​ 7. Футляр контейнер - 1- Для защиты содержимого от внешних воздействий   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 23.10.2020 | Алгоритм оказания помощи при анафилактическом шоке | 1 | |  | Содержание противошокового набора | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 24.102020 | Непосредственный руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Задание на учебную практику № 12  **Тема:** Зачетное занятие  1. Желудочно-кишечные кровотечения (симптомы).  2. Отек легких (симптомы).  3. Алгоритм оказания помощи при желудочно-кишечном кровотечении.  4. Алгоритм оказания сестринской помощи при отеке легких.  1. Желудочно-кишечные кровотечения  **Желудочно-кишечными кровотечениями** называют те кровотечения, которые происходят в просвет [желудочно-кишечного тракта](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%B5%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0) (ЖКТ). Это важно помнить для того, чтобы не путать их с кровотечениями, источником которых являются органы ЖКТ, но излияние крови происходят в брюшную полость. Такие кровотечения будут называться полостными, например, при тупой травме живота, разрыве кишечника, проникающих ранений в брюшную полость. Симптомы  * Нарастающая слабость (в зависимости от скорости потери крови), головокружение, интенсивное потоотделение, учащенный и слабый пульс, снижение артериального давления, сонливость, беспричинная бледность, потеря сознания; * Бледность или посинение кончиков пальцев и губ; * Состояние заторможенности или наоборот, излишней возбудимости; * Кровь в рвотных массах или кале, рвота «кофейной гущей» или мелена (черный полуоформленный кал.   2. Отек легких  – острая тяжелая левожелудочковая недостаточность с легочной венозной гипертензией и альвеолярным **отеком**.  При **отеке легких** появляются выраженная одышка, потливость, хрипы и иногда пенистая мокрота, окрашенная кровью.  Описывать симптомы отека легких можно только общими моментами, поскольку отдельные виды патологии протекают со смазанными характеристиками.  К признакам относятся такие моменты:   * - Сильная слабость; * - Поверхностное, очень частое дыхание; * - Сухой кашель; * - Сухие свистящие хрипы; * - Выраженная одышка; * - Одутловатость лица и шеи; * - Клокочущее дыхание и влажные хрипы; * - Пена изо рта с розовым оттенком; * - Заторможенность, спутанность сознания; * - Поверхностное дыхание; * - Нитевидный пульс.   Манипуляции:  **1.** Алгоритм оказания помощи при желудочно-кишечном кровотечении.  Если произошло острое кровотечение, доврачебная первая помощь при желудочно-кишечном кровотечении состоит в следующем:  - Как можно скорее вызвать скорую помощь;  - Немедленно уложить больного в постель;  - Исключить поступление внутрь желудочно-кишечного тракта любых веществ, включая воду, лекарства и пищу;  - Положить на живот пузырь со льдом; Обеспечить доступ свежего воздуха в помещение, где лежит пациент;  - Обеспечить постоянное наблюдение за ним до приезда скорой помощи, не оставляя одного.  Первая помощь при желудочно-кишечном кровотечении у детей не отличается от таковой у взрослых. Важно обеспечить ребенку покой, что несколько сложнее, чем у взрослого, особенно, если ребенок маленький.  Экстренная врачебная помощь при желудочно-кишечном кровотечении зависит в первую очередь от силы кровотечения и его характера, а также от состояния пациента. В том случае, если кровотечение значительной силы, с алой (артериальной) кровью, и его не удается остановить в течение определенного времени обычными средствами, пациента доставляют в отделение экстренной хирургии.  **2.** Алгоритм оказания сестринской помощи при отеке легких.  Больному нужно придать положение, облегчающее состояние, – сидя, с наклоненным вперед туловищем. При таком положении уменьшается приток крови к сердцу и снижается давление крови в капиллярах легких. Необходимо обеспечить доступ свежего воздуха в помещение.  Если наложить жгуты на ноги, то происходит застой крови в конечностях и соответственно уменьшаются приток крови к сердцу и проявления отека легких. Накладывать жгуты не очень туго, чтобы не прекратился артериальный кровоток. Их накладывают на конечности попеременно по 15 мин, под них подкладывают салфетки или одежду. При отеке легких лекарства лучше вводить внутривенно, класть под язык и использовать ингаляции, что способствует быстрому лечебному эффекту. Если при отеке легких имеются выраженные признаки спазма бронхов, то внутривенно капельно в растворах глюкозы или в физиологическом назначают введение раствора эуфиллина в течение 30 мин. Иногда используют и струйное введение 5—10 мл 2,4 %-ного раствора эуфиллина. Внутривенно, капельно или струйно вводят наркотические обезболивающие средства (1 %-ный раствор промедола и 0,005 %-ный раствор фентанила).  Хороший эффект дают лекарственные препараты, которые уменьшают нагрузку на сердце. При лечении отека легких используют нитроглицерин в физиологическом растворе, который вводят внутривенно капельно. До поступления в больницу нитроглицерин можно давать в таблетках или капсулах под язык каждые 10–20 мин.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | | 24.10.2020 | Алгоритм оказания помощи при желудочно-кишечном кровотечении | 1 | |  | Алгоритм оказания сестринской помощи при отеке легких | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

Место печати МО

Подпись общего руководителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись непосредственного руководителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Текстовой отчет

Самооценка по результатам учебной практики

При прохождении учебной практики мною самостоятельно были проведены: Сбор сведений о больном пациенте; Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления; Оценка тяжести состояния пациента, выявление проблем больного; Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария; Кормление больного через зонд; Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария; Мытье рук, надевание и снятие перчаток; Заполнение медицинской документации; Проведение проветривания и кварцевания; Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима; Оценка клинических анализов крови и мочи; Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований; Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь; Проведение ингаляций; Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки; Разведение и введение антибиотиков; Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов; Забор крови для биохимического исследования; Промывание желудка; Подача кислорода через маску и носовой катетер; Смена постельного белья; Проведение фракционного желудочного зондирования; Проведение фракционного дуоденального зондирования; Проведение катетеризации мочевого пузыря; Подготовка к проведению стернальной пункции; Подготовка к проведению плевральной пункции; Обучение пациента правилам пользования карманным ингалятором; Обучение пациента правилам пользования глюкометром; Ведение карты сестринского процесса.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сан-просвет работы с указанием количества человек курация, беседы с детьми, родителями

Я хорошо овладел(ла) умениями: Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима; Оценка клинических анализов крови и мочи; Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований; Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь; Проведение ингаляций; Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки; Разведение и введение антибиотиков; Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов; Забор крови для биохимического исследования; Промывание желудка; Подача кислорода через маску и носовой катетер; Смена постельного белья; Проведение фракционного желудочного зондирования; Проведение фракционного дуоденального зондирования; Проведение катетеризации мочевого пузыря; Подготовка к проведению стернальной пункции; Подготовка к проведению плевральной пункции; Обучение пациента правилам пользования карманным ингалятором\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенно понравилось при прохождении практики: Кормление больного через зонд; Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария; Мытье рук, надевание и снятие перчаток; Заполнение медицинской документации; Проведение проветривания и кварцевания; Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима; Оценка клинических анализов крови и мочи; Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований; Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь; Проведение ингаляций; Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки; Разведение и введение антибиотиков; Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов; Забор крови для биохимического исследования; Промывание желудка.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Недостаточно освоены: Оценка тяжести состояния пациента, выявление проблем больного; Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария; Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария; Заполнение медицинской документации; Проведение проветривания и кварцевания; Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Замечания и предложения по прохождению практики: Отсутствуют\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Студент **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_**Гужва А.Н.**\_\_\_\_\_\_\_**

подпись (расшифровка)