|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 24.10.2020 | Учебная практика №1  Тема: "Сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания".  Ответить на вопросы:   1. Пневмония (симптомы, диагностика). 2. Алгоритм в/м введения пенициллина1000000 на физ.растворе. 3. Сестринская помощь при кашле, при одышке, при температуре. 4. Плеврит (симптомы, классификация, диагностика) 5. Хроническая обструктивная болезнь легких(ХОБЛ) симптомы, диагностика. 6. Алгоритм подачи увлажненного кислорода. 7. Алгоритм в/в ведения эуфиллина на глюкозе.   **1.Пневмония (симптомы, диагностика).**  Пневмония – это вирусное или микробное инфекционно-воспалительное заболевание легких, дающее очаговые, сегментарные или тотальные поражения легочной ткани.  Симптомы пневмонии:  Крупозная пневмония - характерно острое начало с лихорадки свыше 39°С, озноба, болей в грудной клетке, одышки, слабости. Беспокоит кашель: сначала сухой, непродуктивный, далее, на 3-4 день – с «ржавой» мокротой. Температура тела постоянно высокая. При крупозной пневмонии лихорадка, кашель и отхождение мокроты держатся до 10 дней.  При тяжелой степени течения крупозной пневмонии определяется гиперемия кожных покровов и цианоз носогубного треугольника. На губах, щеках, подбородке, крыльях носа видны герпетические высыпания. Состояние пациента тяжелое. Дыхание поверхностное, учащенное, с раздуванием крыльев носа. Аускультативно выслушиваются крепитация и влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс, частый, нередко аритмичный, АД снижено, сердечные тона глухие.  Очаговая пневмония - характеризуется постепенным, малозаметным началом, чаще после перенесенных ОРВИ или острого трахеобронхита. Температура тела фебрильная (38-38,5°С) с суточными колебаниями, кашель сопровождается отхождением слизисто-гнойной мокроты, отмечаются потливость, слабость, при дыхании – боли в грудной клетке на вдохе и при кашле, акроцианоз. При очаговой сливной пневмонии состояние пациента ухудшается: появляются выраженная одышка, цианоз. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, выдох удлинен, сухие мелко- и среднепузырчатые хрипы, крепитация над очагом воспаления.  Диагностика: Пневмонию у пациента следует заподозрить на основании симптоматических признаков: быстрого развития лихорадки и интоксикации, кашля.  • Физикальное исследование. Определяется уплотнение легочной ткани (на основании перкуторного притупления легочного звука и усиления бронхофонии), характерной аускультативной картины - очаговых, влажных, мелкопузырчатых, звучных хрипов или крепитации.  • Лабораторная диагностика. Изменения в общем анализе крови при пневмонии характеризуются лейкоцитозом от 15 до 30 • 109/л, палочкоядерным сдвигом лейкоцитарной формулы от 6 до 30%, повышением СОЭ до 30-50 мм/ч. В общем анализе мочи может определяться протеинурия, реже микрогематурия. Баканализ мокроты при пневмонии позволяет выявить возбудителя и определить его чувствительность к антибиотикам.  • Рентгенография легких. Рентгенограммы при пневмонии обычно делают в начале заболевания и спустя 3-4 недели для контроля разрешения воспаления и исключения другой патологии (чаще бронхогенного рака легких). При любых видах пневмоний чаще процесс захватывает нижние доли легкого. На рентгенограммах при пневмонии могут выявляться следующие изменения: паренхиматозные (очаговые или диффузные затемнения различной локализации и протяженности); интерстициальные (легочный рисунок усилен за счет периваскулярной и перибронхиальной инфильтрации).  • УЗИ. По данным эхокардиографии и УЗИ плевральной полости иногда определяется плевральный выпот.  • КТ ОГК. Участок пневмонической инфильтрации в верхней доле левого легкого.  • КТ ОГК. Участок пневмонической инфильтрации в верхней доле левого легкого.  **2.Алгоритм в/м введения пенициллина1000000 на физ.растворе.**  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску. Надел перчатки  2. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  3. Подготовил шприц к работе. Подготовил лекарственный препарат.  4. Сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений; проверил срок годности лекарственного средства; визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности;  5. Развел антибактериальное средство и набрал лекарственный препарат в шприц:  6. Обработал наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком), вскрыл центральную часть металлической крышки флакона нестерильным пинцетом при ее наличии, обработал резиновую пробку ватным шариком;  7. Обработал ампулу с растворителем и вскрыл ее;  8. Набрал в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата;  9. Ввел под углом 90° иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов резиновую пробку, выпустил растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы, снял иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность, положил шприц в стерильный лоток, перемешал аккуратно лекарственное средство во флаконе до полного его растворения;  10. Набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в стерильный лоток.  11. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  1000000:200000 = 5мл  **3.Сестринская помощь при кашле, при одышке, при температуре.**  При кашле:  1. Обеспечить соблюдение предписанного врачом двигательного режима, режима питания (с повышенным содержанием белка, витаминов)  2. Обеспечить проведение влажной уборки в палате с дез.средствами и кварцевание ежедневно 2-3 раза в день  3.Обеспечить пациента обильным тёплым щелочным питьём (молоко с содой, боржоми)  4. Обучить пациента правильному поведению при кашле.  5. Провести обучение дыхательной гимнастике и контролировать её выполнение  6.Обеспечить пациента индивидуальной плевательницей с притёртой крышкой, заполненной на одну треть дез.раствором, обучить пользованию.  7. Обеспечить проведение постурального дренажа по 15 минут 3 раза в день  8. Вести динамическое наблюдение за состоянием пациента (пульс, АД, ЧДД, температура тела, вид и количество мокроты)  9. Подготовить пациента и собрать мокроту для общего анализа, бактериологического исследования и на БК.  10. Подготовить пациента и сопроводить его на рентгенографию лёгких, бронхоскопию  11. Обеспечить приём муколитиков, отхаркивающих препаратов (бромгексин, бисольван, амброксол) по назначению врача.  12. Обеспечить правильное и своевременное введение антибиотиков, сульфаниламидов.  При отдышке:  1.Создать вокруг больного обстановку покоя, успокоить его и окружающих.  2. Помочь больному принять возвышенное (полусидящее) положение, приподняв головной конец кровати или подложив под голову и спину подушки.  3. Освободить больного от стесняющей одежды и тяжёлых одеял.  4. Обеспечить доступ свежего воздуха в помещение (открыть форточку).  5. При наличии соответствующего назначения врача дать больному карманный ингалятор и объяснить, как им пользоваться.  6.При выраженной одышке следует провести оксигенотерапию  При температуре:  1 период:  1. Объяснить пациенту особенности протекания I периода лихорадки.  2. Обеспечить полный физический и психический покой.  3. Обеспечить пациента теплыми одеялами, чаем, приложить грелки к конечностям и пояснице.  4. Контролировать и регистрировать температуру тела пациента каждые 2 часа.  5. Контролировать пульс, ЧДД, АД. 6. Вызвать врача.  2 период:  1. Объяснить пациенту особенности протекания II периода лихорадки.  2. Обеспечить пациенту физическую и психическую безопасность.  3. На высоте лихорадки выполнить влажное обтирание кожи водой с добавлением спирта.  4. Подвесить пузырь со льдом над головой пациента или обеспечить холодные компрессы на область лба и проекции крупных сосудов.  5. Приготовить запасное белье для смены при выраженной потливости.  6. Обеспечить регулярное проветривание помещения и обнажение пациента.  7. Обеспечить наблюдение за пульсом, ЧДД, АД и физиологическими отправлениями  8. Приготовить для введения 50% раствор анальгина и 1% раствор димедрола для введения в дозах согласно возрасту пациента по назначению врача.  9. Контролировать и регистрировать температуру тела пациента каждые 2 часа  10. Обеспечить пациента обильным питьем и дробным питанием в соответствии с его желанием и диетой № 13.  11. Обеспечить выполнение мероприятий личной гигиены.  12. Обеспечить постоянное наблюдение за общим состоянием больного.  3 период:  1.Успокоить пациента.  2. Обеспечить положение с приподнятыми ногами.  3. Вызвать врача и обеспечить выполнение его назначений (при критическом падении давления приготовить ампулы с растворами кофеина и кордиамина).  4. Обеспечить обтирание кожи пациента, смену нательного и постельного белья  5. Обеспечить пациента обильным питьем.  6. Обеспечить постоянное наблюдение за состоянием пациента.  **4.Плеврит (симптомы, классификация, диагностика)**  Плеврит – различные в этиологическом отношении воспалительные поражения серозной оболочки, окружающей легкие.  Симптомы:  • Болезненность в груди колющего характера. Она может с течением болезни ослабевать (сухой плеврит перешел в экссудативный);  • Сухой кашель рефлекторного характера  • Одышка, нарастающая по мере прогрессирования болезни;  • Появление интоксикации порой без видимой на то причины, ночной пот, слабость.  • Нарастание симптомов дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности;  • Снижение функциональной емкости легких;  • Небольшое выбухание больной стороны, сглаженность межреберий.  • Снижение подвижности легкого и диафрагмального купола с больной стороны;  • Признаки смещения средостения от больной стороны в здоровую (выслушивание сердечных тонов не в типичном месте и др.);  • Ослабление дыхательных шумов с больной стороны, выслушивание шума трения друг о друга плевральных листков;  • Притупление перкуторного звука над очагом поражения.  Классификация:  По этиологии:  • инфекционные (по инфекционному возбудителю – пневмококковый, стафилококковый, туберкулезный и др. плевриты)  • неинфекционные (с обозначением заболевания, приводящего к развитию плеврита – рак легкого, ревматизм и т. д.)  • идиопатические (неясной этиологии)  По наличию и характеру экссудата:  • экссудативные (плевриты с серозным, серозно-фибринозным, гнойным, гнилостным, геморрагическим, холестериновым, эозинофильным, хилезным, смешанным выпотом)  • фибринозные (сухие)  По течению воспаления:  • острые  • подострые  • хронические  По локализации выпота:  • диффузные  • осумкованные или ограниченные (пристеночный, верхушечный, диафрагмальный, костодиафрагмальный, междолевой, парамедиастинальный).  Диагностика:  1. ОАК.  2. ОАМ.  3. Биохимический анализ крови.  4. Рентгенологическое исследование легких.  5. Компьютерная томография легких.  6. УЗИ сердца.  7. ЭКГ.  8. Плевральная пункция и исследование плевральной жидкости.  9. Консультация фтизиатра.  **5.Хроническая обструктивная болезнь легких(ХОБЛ) симптомы, диагностика.**  ХОБЛ - хроническое медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся необратимой обструкцией бронхов и является комбинацией хр.бронхита и эмфиземы, вызванное патологической реакцией легких на различные вредоносные частицы и газы.  Симптомы:  Течение ХОБЛ характеризуется кашлем с мокротой и одышкой. На ранних стадиях беспокоит эпизодический кашель с выделением слизистой мокроты (до 60 мл в сутки) и одышка при интенсивных нагрузках; по мере прогрессирования тяжести заболевания кашель становится постоянным, одышка ощущается в покое. С присоединением инфекции течение ХОБЛ обостряется, характер мокроты становится гнойным, ее количество увеличивается. Течение ХОБЛ может развиваться по двум типам клинических форм:  • Бронхитическому типу. У пациенты с бронхитическим типом ХОБЛ преобладающими проявлениями служат гнойные воспалительные процессы в бронхах, сопровождающиеся интоксикацией, кашлем, обильным отделением мокроты. Бронхиальная обструкция выражена значительно, легочная эмфизема - слабо. Эту группу пациентов условно именуют «синими отечниками» ввиду диффузно-синего цианоза кожных покровов. Развитие осложнений и терминальная стадия наступают в молодом возрасте.  • Эмфизематозному типу. При развитии ХОБЛ по эмфизематозному типу на первый план в симптоматике выходит экспираторная одышка (с затрудненным выдохом). Эмфизема легких преобладает над бронхиальной обструкцией. По характерному внешнему виду пациентов (розово-серый цвет кожных покровов, бочкообразная грудная клетка, кахексия) их называют «розовыми пыхтельщиками». Имеет более доброкачественное течение, пациенты, как правило, доживают до пожилого возраста.  Диагностика:  • Исследование ФВД. Важнейшим методом функциональной диагностики служит спирометрия, выявляющая первые признаки ХОБЛ. Обязательным является измерение скоростных и объемных показателей: жизненной емкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) и др. в постбронходилатационной пробе. Суммирование и соотношение этих показателей позволяет диагностировать ХОБЛ.  • Анализ мокроты. Цитологическое исследование мокроты у пациентов с ХОБЛ позволяет оценить характер и выраженность воспаления бронхов, исключить онконастороженность. Вне обострения характер мокроты слизистый с преобладанием макрофагов. В фазу обострения ХОБЛ мокрота становится вязкой, гнойной.  • Анализ крови. Клиническое исследование крови при ХОБЛ выявляет полицетемию (увеличение количества эритроцитов, гематокрита, гемоглобина, вязкости крови) как следствие развития гипоксемии при бронхитическом типе заболевания. У пациентов с выраженными явлениями дыхательной недостаточности исследуют газовый состав крови.  • Рентгенография грудной клетки. При рентгенографии легких исключаются другие заболевания со сходными клиническими проявлениями. У пациентов с ХОБЛ на рентгенограмме определяется уплотнение и деформация бронхиальных стенок, эмфизематозные изменения легочной ткани.  **6.Алгоритм подачи увлажненного кислорода.**  Подача кислорода из подушки.  1. Заполняют подушку кислородом из баллона при показаниях наружного манометра редуктора 2 - 3 атм.  2. Накладывают зажим на трубку подушки, надевают воронку.  3. Обрабатывают воронку 70% спиртом 2 раза с интервалом 15 мин.  4. Оборачивают воронку влажной марлевой салфеткой.  5. Подносят воронку подушки ко рту пациента на расстояние 4 - 5 см или прижимают к его рту.  6. Пациенту советуют дышать спокойно, стараясь делать вдох через рот, а выдох через нос.  7. При вдохе пациента открывают зажим на трубке кислородной подушки, а при выдохе закрывают, чтобы не было утечки кислорода во внешнюю среду.  8. Продолжают давать кислород таким образом, пока давление газа в подушке больше атмосферного.  9. По мере выхода кислорода из подушки зажим снимают совсем и осуществляют подачу кислорода, скатывая подушку валиком с угла, противоположного трубе, пока в ней есть кислород.  Подача кислорода через носовую кислородную канюлю.  1. Вводят в носовые ходы носовую канюлю.  2. Фиксируют канюлю вокруг головы пациента.  3. Соединяют трубку канюли с той трубкой аппарата Боброва, которая находится над водой.  4. Открывают вентиль редуктора кислородного баллона, соединенного с аппаратом Боброва, регулируют скорость подачи кислорода до 4 - 5 л/мин.  **7.Алгоритм в/в ведения эуфиллина на глюкозе.**  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 ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  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.  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 3-5 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 ёмкости для дезинфекции.  22. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 26.10.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Алгоритм в/м введения пенициллина1000000 на физ.растворе. | 1 | |  | Сестринская помощь при кашле,при одышке,при температуре. | 1 | |  | Алгоритм подачи увлажненного кислорода | 1 | |  | Алгоритм в/в ведения эуфиллина на глюкозе. | 1 | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 25.10.2020 | Учебная практика №2  Тема: "Сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания"  Ответить на вопросы:   1. Бронхиальная астма (клиника, диагностика, лечение) 2. Сестринский уход при приступе бронхиальной астмы. 3. .Клиника астматического статуса. 4. Алгоритм в/в кап. введения предннизолона120мг. 5. Алгоритм проведения пикфлоуметрии. 6. Алгоритм пользования карманным ингалятором. 7. Что такое нагноительные заболевания легких. 8. Бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легкого, гангрена легких(клиника). 9. Решить задачу№1 из сборника ситуационных задач(есть на сайте У.М.К.Д)   **1.Бронхиальная астма(клиника, диагностика, лечение)**  Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы.  Клиника:  Приступ начинается мучительным надсадным кашлем, преимущественно в ночное или утреннее время: человек не может откашляться, при этом нарастает нехватка воздуха, чувство стеснения грудной клетки, удушье и прочие соответствующие симптомы. Пациент старается принять вынужденную позу, в которой дыхание поддерживается дополнительной мускулатурой и несколько облегчается: сесть, наклонившись вперед и упершись руками в колени. Утрачивается ритмичность дыхания, вдох становится коротким, судорожным (больной «хватает губами воздух»), а выдох долгим и трудным. Набухают шейные вены, лицо отекает. В фазе обратного развития приступа мокрота постепенно отходит, несколько приглушаются хрипы, удушье отступает по мере восстановления воздухоносных просветов в бронхах.  Дополнительно отмечается обусловленные гипоксией слабость, головная боль и головокружение, цианотичный оттенок кожи, тахикардия. Хроническим сердечно-легочным заболеваниям сопутствует специфическая деформация конечных пальцевых фаланг и ногтевых пластин (синдром барабанных палочек, синдром часовых стекол).  Однако даже в промежутках между приступами сохраняется характерное астматическое дыхание, – шумное, турбулентное, с хрипами и присвистом.  Типичными осложнениями бронхиальной астмы выступают сердечная и дыхательная недостаточность, эмфизема легких с соответствующим симптомокомплексом. Жизнеугрожающим развитием, особенно на фоне неадекватной терапии или ее отмены, является т.н. астматический статус – состояние практически непрерывного и постоянно усугубляющегося приступа, который без экстренной медицинской помощи может результировать летальным исходом.  Диагностика:  При перкуссии звук ясный коробочный из-за гипервоздушности легких, подвижность легких резко ограничена, а их границы смещены вниз. При аускультации над легкими прослушивается везикулярное дыхание, ослабленное с удлиненным выдохом и с большим количеством сухих свистящих хрипов. Из-за увеличения легких в объеме, точка абсолютной тупости сердца уменьшается, тоны сердца приглушенные с акцентом второго тона над легочной артерией. Из инструментальных исследований проводится:  • Спирометрия. Спирография помогает оценить степень обструкции бронхов, выяснить вариабельность и обратимость обструкции, а так же подтвердить диагноз. При БА форсированный выдох после ингаляции бронхолитиком за 1 секунду увеличивается на 12% (200мл) и более. Но для получения более точной информации спирометрию следует проводить несколько раз.  • Пикфлоуметрия. Измерение пиковой активности выдоха (ПСВ) позволяет проводить мониторинг состояния пациента, сравнивая показатели с полученными ранее. Увеличение ПСВ после ингаляции бронхолитика на 20% и более от ПСВ до ингаляции четко свидетельствует о наличии бронхиальной астмы.  Дополнительная диагностика включает в себя проведение тестов с аллергенами, ЭКГ, бронхоскопию и рентгенографию легких. Лабораторные исследования крови имеют большое значение в подтверждении аллергической природы бронхиальной астмы, а так же для мониторинга эффективности лечения.  • Анализа крови. Изменения в ОАК - эозинофилия и незначительное повышение СОЭ - определяются только в период обострения. Оценка газового состава крови необходима во время приступа для оценки тяжести ДН. Биохимический анализ крови не является основным методом диагностики, так как изменения носят общий характер и подобные исследования назначаются для мониторинга состояния пациента в период обострения.  • Общий анализ мокроты. При микроскопии в мокроте можно обнаружить большое количество эозинофилов, кристаллы Шарко-Лейдена (блестящие прозрачные кристаллы, образующиеся после разрушения эозинофилов и имеющие форму ромбов или октаэдров), спирали Куршмана (образуются из-за мелких спастических сокращений бронхов и выглядят как слепки прозрачной слизи в форме спиралей). Нейтральные лейкоциты можно обнаружить у пациентов с инфекционно-зависимой бронхиальной астмой в стадии активного воспалительного процесса. Так же отмечено выделение телец Креола во время приступа – это округлые образования, состоящие из эпителиальных клеток.  • Исследование иммунного статуса. При бронхиальной астме количество и активность Т-супрессоров резко снижается, а количество иммуноглобулинов в крови увеличивается. Использование тестов для определения количества иммуноглобулинов Е важно в том случае, если нет возможности провести аллергологические тесты.  Лечение:  1)противовоспалительные средства: интал, тайлед  2)глюкокортикоиды ( в виде ингаляций, внутрь, парентеральное): ,бекотид, бекломет, беклометозон  3)бронхидилятаторы  а)стимуляторы адренергических рецепторов  • Стимуляторы λ и β1,2 адренорецепторов (адреналин, эфедрин)  • Стимуляторы β1 и β2 адренорецепторов (изадрин, новодрин)  • Селективные β2 адреноблокаторы (коротко действующие (сальбтамол, тербуталин), длительное действующие (спиропент, формотерол))  б)антихолинергические средства (атровент, тровентол)  в)метилсанкцины (эуфиллин, теофиллин)  **2.Сестринский уход при приступе бронхиальной астмы.**  Усадить пациента, успокоить.  2. Расстегнуть стесняющую одежду.  3. Обеспечить приток свежего воздуха или ингаляцию кислорода.  4. Сделать ингаляцию из карманного ингалятора с Беротеком или Сальбутамолом, или Вентолином.  5. Дать внутрь горячее питьё.  6. Поместить ноги пациента в таз с горячей водой. Сделать пациенту вибрационный массаж грудной клетки, горчичники ( если нет аллергии на горчицу)  7.Контролировать число дыханий, пульс, АД пациента.  8.При отсутствии эффекта-вызвать врача.  9. К приходу врача приготовить для внутривенного струйного введения 60 мг преднизолона (2 ампулы)  **3.Клиника астматического статуса.**  Астматический статус – это тяжелый приступ бронхиальной астмы, который протекает намного интенсивнее и длительнее, чем обычно, и не купируется повышенными дозировками бронходилататоров, которые принимает пациент.  I стадия – относительной компенсации. Пациент в сознании, доступен для общения, ведет себя адекватно и старается занять положение, в котором ему легче всего дышать. Обычно сидя, реже стоя, слегка наклонив корпус вперед и ища точку опоры для рук. Приступ удушья более интенсивный, чем обычно, привычными препаратами не купируется. Одышка и ярко выраженный цианоз носогубного треугольника, иногда отмечается потливость. Отсутствие мокроты является тревожным симптомом и указывает на то, что состояние пациента может еще более ухудшиться.  II стадия – декомпенсации, или стадия немого легкого. Если приступ не удается вовремя купировать, то количество непродуктивного воздуха в легких увеличивается, а бронхи еще более спазмируются, в результате чего движение воздуха в легких почти отсутствует. Гипоксемия и гиперкапния в крови нарастают, метаболические процессы изменяются, из-за недостатка кислорода обмен веществ идет с образованием продуктов недораспада, что заканчивается ацидозом (закислением) крови. Пациент находится в сознании, но его реакции заторможены, отмечается резкий цианоз пальцев, западание над- и подключичных впадин, грудная клетка раздута, и ее экскурсия практически не заметна. Отмечаются и нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы – давление снижено, пульс частый, слабый, аритмичный, порой переходит в нитевидный.  III стадия - стадия гипоксемической, гиперкапнической комы. Состояние пациента крайне тяжелое, сознание спутанное, адекватная реакция на происходящее отсутствует. Дыхание поверхностное, редкое, нарастает симптоматика церебральных и неврологических расстройств, пульс нитевидный, происходит падение артериального давления, переходящее в коллапс.  **4.Алгоритм в/в кап. введения предннизолона120мг.**  Оснащение:  • стерильные: лоток, бязевая салфетка сложенная в 4 слоя и накрывающая лоток, пинцет, салфетки малые, ватные шарики, маска, перчатки, халат;  • одноразовая система для капельного введения жидкостей; штатив для капельницы, длиной 1 - 1,5 м над кроватью, клеёнчатая подушечка, лейкопластырь - 2 ленты длиной3 - 4 см и шириной 1 см;  • дезинфицирующий раствор в ёмкостях для дезинфекции подушечки, жгута, процедурного стола, кушетки;  • спирт 70%.  ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ: (ЗАПОЛНЕНИЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ В/В КАПЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЖИДКОСТЕЙ)  1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом (если он в сознании).  2. Объяснить цель введения лекарственного раствора пациенту, ход и суть процедуры, получить согласие пациента или его родственников на процедуру.  3. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть стерильный халат, маску, перчатки.  4. Подготовить стерильный лоток с салфетками, ватными шариками и пинцетом.  5. Подготовить флакон с лекарственным средством для инфузии  6.Необходимо проверить срок годности раствора, внешний вид, сверить с врачебными назначениями.  7. Снять с флакона металлический колпачок ножницами или пинцетом, взятыми из дез.раствора (снять только центральную часть колпачка).  8. Обработать пробку флакона двукратно спиртом.  9. Подготовить одноразовую систему для капельного введения (проверить срок годности и герметичность упаковки, сдавив её с обеих сторон). Снять с неё упаковку.  10. Закрыть зажим на системе. Закрыть воздуховод, если он открыт.  11. Снять иглу с колпачком на длинном конце системы (эта игла будет вводиться в вену пациента) положить в стерильный лоток.  12. Снять колпачок с иглы на коротком конце системы и ввести эту иглу (игла находится ближе к капельнице) в пробку флакона.  13. Перевернуть флакон вверх дном, подвесить на штативе.  14. 2-3 раза надавить на капельницу (сделать насасывающие движения) и заполнить её раствором до половины объёма.  Обратите внимание!Если капельница будет полностью заполнена раствором, то не будет видно падающих капель и Вы не сможете их подсчитать.  15.Открыть воздуховод.  16.0ткрыть зажим, медленно заполнить систему (то есть длинную трубку) до полного вытеснения воздуха и появления капель раствора из соединительной канюли (подыгольного конуса).  Запомните! Раствор сливается в стерильный лоток, который находится на стерильном столике.  17.Закрыть зажим.  18.Надеть иглу с колпачком.  ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:  1. Уложить пациента в удобное положение.  2. Положить под локоть пациента клеёнчатую подушечку.  3. Обернуть плечо салфеткой и наложить венозный жгут на среднюю треть плеча, исследовать вену. Пациент при этом сначала сжимает и разжимает кулак, а затем – зажимает кулак.  4. Обработать место пункции вены 70% спиртом, двукратно разными ватными шариками Обратите внимание! Первый раз обрабатывается большая площадь поверхности кожи, второй раз -только место введения иглы.  5. Снять иглу с колпачком с системы, затем колпачок с иглы.  6. Пропустить через иглу раствор.  7. Фиксировать вену большим пальцем левой руки ниже места введения.  8. Сделайте прокол кожи на 1/3 длины иглы, так чтобы она была параллельна коже, затем слегка меняете направление и осторожно пунктируйте вену, пока не ощутите «попадание в пустоту»  Обратите внимание! Если Вы попали в вену, в канюле будет видна кровь.  9. Снять жгут. Предложить пациенту разжать кулак.  10. Открыть зажим на системе.  11. Отрегулировать скорость поступления капель зажимом.  12. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть стерильной салфеткой место введения.  13. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента во время внутривенного вливания.  ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:  1. Прижать к месту инъекции ватный шарик (салфетку) с кожным антисептиком(70% спиртом), извлечь иглу.  Обратите внимание!К месту инъекции прижимается 3-ий шарик, смоченный 70% спиртом.  2. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе (можно зафиксировать шарик бинтом), и не разгибать её в течение 5-6 минут. Это является профилактикой постинъекционной гематомы, т.е. попадания крови из вены в подкожное пространство.  Обратите внимание! Можно зафиксировать ватный шарик бинтом, если пациенту трудно согнуть руку.  3. Погрузить систему с иглой контейнер сбора и безопасной утилизации  **5,Алгорим проведения пикфлоуметрии.**  Подготовить:  1. Пикфлоуметр.  2. Мундштук.  3. Дезинфицирующий раствор.  Подготовка пациента:  1. Диагностика проводится в положении пациента стоя.  2. Пикфлоуметр держат горизонтально.  Техника выполнения:  1.Присоединить мундштук к пикфлоуметру. При этом необходимо убедиться, что стрелка прибора находится на нулевой отметке шкалы.  2.Предложить пациенту сделать глубокий вдох, затем обхватить мундштук прибора губами и сделать максимально быстрый и сильный выдох через рот.  3.Выдыхаемый воздух оказывает давление на клапан прибора, который перемещает вдоль шкалы стрелку-указатель. Стрелка показывает пиковую скорость выдоха (ПСВ), обычно в литрах в минуту.  4.Отметьте полученный результат по шкале.  5.В одном исследовании делают три попытки, каждый раз возвращая стрелку на нулевую отметку.  6.Из трех полученных результатов выбирают наибольший (наилучший) и отмечают его в дневнике самонаблюдения.  Оценка результатов:  Зеленая зона– показатель нормы. Она сигнализирует, что астма находится под контролем. Нет выраженных симптомов астмы, больной физически активен, не имеет проблем со сном и может принимать лекарственные средства, как обычно.  Желтая зона– показатель находится в интервале от 50% до 80% от ваших лучших личных или прогнозируемых значений ПСВ, и сигнализирует об обострении заболевания, о том, что астма стала ухудшаться. Скорее всего, у вас могут наблюдаться эпизоды астмы, сопровождающиеся кашлем, свистящими хрипами, снижением физической активности и ночными симптомами, требующие увеличения принимаемых лекарств.  Красная зона– сигнал тревоги. В красной зоне показатели ПСВ находятся в интервале ниже 50 % от ваших лучших личных значений. Вероятнее всего, вас ожидает скорый приступ астмы. Вы должны начать принимать ингаляционные препараты бронходилятаторы и немедленно обратиться к лечащему врачу, если ваши показания ПСВ не вернуться к желтой или зеленой зоне в короткий срок, то возможно, потребуется госпитализация  **6.Алгоритм пользования карманным ингалятором.**  1. Принять сидячие положение  2. Встряхнуть ингалятор перед использованием.  3. Сделать глубокий выдох.  4. Мягко обхватить мундштук ингалятора губами (зубы как бы прикусывают ингалятор).  5. Начать медленно вдыхать.  6. Сразу после начала вдоха один раз нажать на ингалятор.  7. Медленно продолжить вдох до максимума.  8. Задержать дыхание на 10 секунд или при невозможности так долго - задержать дыхание насколько возможно, желательно не вынимать ингалятор изо рта.  9. Сделать выдох через рот.  10. Повторная ингаляция не ранее чем через 30 секунд.  11. Прополоскать рот водой.  **7.Что такое нагноительные заболевания легких.**  Представляют собой гнойный воспалительный процесс в легких с явлениями выраженной интоксикации организма. Они объединяют различные по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям гнойновоспалительные процессы, среди которых основными заболеваниями являются абсцесс легкого и бронхоэктатическая болезнь.  Легочные нагноения не имеют специфического возбудителя. Возникновение их чаще связывают с микроорганизмами сапрофитами, находящимися в полости рта и в дыхательных путях, которые, попадая в легочную ткань, приобретают патогенные свойства и могут вызвать гнойный воспалительный процесс.  **8.Бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легкого, гангрена легких(клиника).**  Бронхоэктатическая болезнь - основной жалобой больных является кашель с отделением более или менее значительного количества гнойной мокроты. Наиболее обильное отхаркивание мокроты отмечается по утрам (иногда «полным ртом»), а также при принятии больным так называемых дренажных положений (поворачивание на «здоровый» бок, наклон туловища вперед и др.). Неприятный, гнилостный запах мокроты, который в прошлом считался типичным для бронхоэктазии, в настоящее время встречается лишь у наиболее тяжелых больных. Суточное количество мокроты может составлять от 20-30 до 500 мл и даже более. В периоды ремиссий мокрота может не отделяться вовсе. Собранная в банку мокрота обычно разделяется на два слоя, верхний из которых, представляющий собой вязкую опалесци-рующую жидкость, содержит большую примесь слюны, а. нижних целиком состоит из гнойного осадка. Температура поднимается до субфебрильных цифр, как правило, в периоды обострений. Высокая лихорадка, снижающаяся после отхаркивания обильной застоявшейся мокроты, иногда наблюдается у более тяжелых больных. Также преимущественно в периоды обострений больные жалуются на общее недомогание, вялость, понижение работоспособности, подавленность психики (обычно при наличии зловонной мокроты и неприятного запаха при дыхании).  Абсцесс легкого - заболевание начинается остро с общего недомогания, озноба, повышения температуры до 39°С и выше. Отмечается проливной пот, боль в груди на стороне поражения, усиливающаяся при глубоком вдохе. При осмотре отмечается бледность или умеренный цианоз кожи и видимых слизистых. Больной может вынужденно лежать на стороне поражения. Часто наблюдается тахипноэ с частотой 30 и более в минуту. Пульс учащен. Отмечается отставание грудной клетки на пораженной стороне при дыхании. При пальпации - болезненность межреберных промежутков над зоной деструкции. При перкуссии над областью поражения выявляется притупление перкуторного звука, а при аускультации выслушивается бронхиальное или ослабленное дыхание. Хрипов в начале заболевания может не быть. Над зоной притупления часто выслушивается шум трения плевры. Рентгенологически в этот период отмечается массивная пневмоническая инфильтрация легочной ткани. Продолжительность первого периода может быть различной: от нескольких дней при аспирационном генезе заболевания до 2-4 недель при метапневмонических деструкциях.Постепенно нарастают симптомы интоксикации, больные худеют, теряют аппетит, их беспокоит сухой и мучительный кашель.  В остром периода обычно отмечается лейкоцитоз и выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Биохимическое исследование крови выявляет гипопротеинемию, что объясняется большими потерями белка с гноем, диспротеинемию за счет снижения уровня альбуминов и повышения b- и g-глобулинов, увеличение концентрации сиаловых кислот, серомукоида, появление СРБ, увеличение СОЭ.  Переход ко второму периоду заболевания определяется прорывом гнойника в бронх. У больного начинает отходить мокрота, обильная, гнойного характера, нередко с примесью крови. При хорошо дренирующемся абсцессе состояние больного быстро улучшается: снижается температура, повышается аппетит, исчезают симптомы интоксикации, количество мокроты постепенно уменьшается. При физикальном исследовании уменьшается интенсивность притупления перкуторного звука, начинают выслушиваться крупно- и среднепузырчатые влажные звучные хрипы. Рентгенологически на фоне уменьшающегося инфильтрата начинает определяться полость с горизонтальным уровнем жидкости. Картина крови постепенно нормализуется. Полная ликвидация полости происходит в течение 6-8 недель.  Гангрена легких - гангрена легкого отличается от абсцесса более тяжелым течением и исходом. В большинстве случаев после начала заболевания быстро нарастает лихорадка гектического характера, выражены симптомы интоксикации. Отмечаются боли на стороне поражения, усиливающиеся при кашле. Перкуссия над зоной поражения болезненна, при надавливании стетоскопом на межреберье в этой области вызывается кашлевой рефлекс. Перкуторная картина меняется быстро: увеличивается зона притупления, на ее фоне возникают участки более высокого звука вследствие распада некротизированной ткани. При аускультации дыхание ослаблено или становится бронхиальным. Лейкоцитоз высокий не всегда, что связано со сниженной иммунологической реактивностью. Быстро прогрессирует анемия и гипопротеинемия. Может возникнуть токсический нефрит. Рентгенологически выявляется массивная инфильтрация без четких границ, занимающая 1-2 доли, а иногда все легкое.  После прорыва распадающихся участков в бронхи появляется обильная грязно-серая мокрота (до 1 литра в сутки), со зловонным запахом. Рентгенологически определяются мелкие множественные просветления на фоне массивного затемнения. При формировании гангренозного абсцесса постепенно образуется полость. Гангрена и ганренозный абсцесс часто осложняются эмпиемой, пиопневмотораксом, эмфиземой, кровотечением и кровохарканьем  **9.Решить задачу№1 из сборника ситуационных задач (есть на сайте У.М.К.Д)**  Задача №1  В терапевтическом отделении больной 42 лет предъявляет жалобы на внезапно развивающийся приступ удушья. Больной сидит, опираясь руками о края кровати, грудная клетка в состоянии максимального вдоха, лицо цианотичное, выражает испуг, ЧДД- 38 в мин. Одышка экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие свистящие хрипы. Задания:  1. Определите и обоснуйте неотложное состояние развившееся у пациента  2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.  1.У пациента развился приступ бронхиальной астмы  2. Алгоритм оказания неотложной помощи:  1. Вызвать врача  2. Расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха;  3. Провести ингаляцию кислорода для уменьшения гипоксии;  4. Провести отвлекающую терапию: горчичники на икроножные мышцы или горячие горчичные ножные и ручные ванны;  5. При наличии у пациента карманного дозированного ингалятора организовать прием препарата (1-2 вдоха) сальбутамола, беротека, бекломета и др., для снятия спазма гладкой мускулатуры бронхов;  6. Приготовить к приходу врача для оказания неотложной помощи: бронходилятатор: 2,4% р-р эуфиллина; антигистаминные препараты: 1% р-р тавегила , 2% р-р супрастина, 2,5% р-р пипольфена; гормональные препараты: преднизолон, гидрокортизон;  7. Выполнить назначения врача.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 27.10.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Сестринский уход при приступе бронхиальной астмы. | 1 | |  | Алгоритм в/в кап. введения предннизолона120мг. | 1 | |  | Алгоритм проведения пикфлоуметрии. | 1 | |  | Алгоритм пользования карманным ингалятором. | 1 | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 26.10.2020 | Учебная практика №3  Тема: "Сестринский уход за больными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы"  Ответить на вопросы:   1. Ревматизм (причины, симптомы, диагностика, профилактика). 2. Пороки сердца (двухстворчатого клапана, трехстворчатого клапана, порок легочного ствола, аортальный порок (симптомы, диагностика, лечение). 3. Алгоритм в/в введения коргликона1мл.на глюкозе. 4. Алгоритм наложения компресса на область коленного сустава. 5. Хроническая сердечная недостаточность (симптомы, лечение) 6. Алгоритм в/м введения лазикса 40мг. 7. Решить задачу №6 из сборника задач (есть на сайте УМКД)   **1.Ревматизм(причины, симптомы, диагностика, профилактика).**  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.  Причины развития ревматизма:  Основной причиной ревматизма является инфекция, вызванная бактерией - стрептококком группы А. В большинстве случаев за несколько недель до первого приступа ревматизма ребенок переносит какое-либо инфекционное заболевание, как правило, ангину, скарлатину, или фарингит  Симптомы ревматизма:  • Повышение температуры тела до 38-40С.  • Сильная боль в крупных суставах - это один из наиболее частых симптомов ревматизма, который носит название ревматический полиартрит.  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:  • Общий анализ крови помогает заподозрить ревматизм. При острой ревматической лихорадке в общем анализе крови обнаруживается повышение уровня лейкоцитов, а также повышение СОЭ.  • Биохимический анализ крови используется для определения уровня Среактивного белка (СРБ), который обычно повышен при ревматизме и некоторых других заболеваниях.  • Анализ крови на уровень АСЛ-О (антистрептолизин О) позволяет врачу уточнить, есть ли в крови антитела против стрептококка.  • Электрокардиография (ЭКГ) во время приступа острой ревматической лихорадки позволяет выявить нарушение работы сердца, которое встречается при ревмокардите.  • Рентген грудной клетки используется для определения размеров сердца, которое обычно увеличено у больных ревматизмом.  • 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.  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.  **2.Пороки сердца (двухстворчатого клапана, трехстворчатого клапана, порок легочного ствола, аортальный порок (симптомы, диагностика, лечение).**  Пороки сердца - патологические структурные изменения в строении сердца или крупных сосудов, которые приводят к нарушению деятельности сердца.  Симптомы:  • Одышка — нарушение частоты, глубины и ритма дыхания. При заболеваниях сердца появляется при физической нагрузке, а в состоянии покоя уменьшается или проходит.  • Отёки нижних конечностей— задержка жидкости в тканях, вызванная снижением насосной функции сердца и нарушением тока крови. При застоях в лёгких возможно появление кашля и кровохарканья.  • Кашель — связан с застойными явлениями в малом (лёгочном) круге кровообращения.  • Перебои в работе сердца — увеличение силы и частоты сердечных сокращений, ощущение, словно "сердце спотыкается".  Диагностика:  У пациентов с подозрением на порок сердца выясняется самочувствие в покое, переносимость ими физических нагрузок, уточняется ревматический и иной анамнез, приводящий к формированию дефектов клапанного аппарата сердца.  С помощью физикальных методов (осмотра, пальпации) выявляют наличие цианоза, пульсации периферических вен, одышки, отеков. Перкуторно определяются границы сердца (для определения гипертрофии), выслушиваются сердечные шумы и тоны (для выяснения вида порока), проводится аускультация легких и пальпаторное определение размеров печени (для диагностики сердечной недостаточности).  Запись ЭКГ и суточное мониторирование ЭКГ проводят для диагностики ритма сердца, вида аритмии, блокады, признаков ишемии. Пробы с нагрузкой выполняются при подозрении на аортальную недостаточность в присутствии кардиолога-реаниматолога, т. к. они небезопасны для пациентов с пороком сердца. С помощью результатов фонокардиографии, регистрирующей шумы и тоны сердца, распознаются нарушения сердечной деятельности, в т. ч. пороки клапанов сердца.  Рентгенограмма сердца выполняется в четырех проекциях с контрастированием пищевода для диагностики легочного застоя (линии Керли), подтверждения гипертрофии миокарда, уточнения вида порока сердца. С помощью эхокардиографии диагностируется сам порок, площадь атриовентрикулярного отверстия, выраженность регургитации, состояние и размеры клапанов, хорд, определяется давление в легочном стволе, фракция сердечного выброса. Более точные данные могут быть получены при поведении МСКТ или МРТ сердца.  Из лабораторных исследований наибольшее диагностическое значение при пороках сердца имеет проведение ревматоидных проб, определение сахара, холестерина, общеклинические анализы крови и мочи. Подобная диагностика проводится как при первичном обследовании пациентов с подозрением на порок сердца, так и в диспансерных группах больных с установленным диагнозом.  Лечение:  Проводимое при пороках сердца консервативное лечение касается профилактики осложнений и рецидивов первичного заболевания (ревматизма, инфекционного эндокардит и др.), коррекции нарушений ритма и сердечной недостаточности. Всем пациентам с выявленными пороками сердца необходима консультация кардиохирурга для определения сроков своевременного хирургического лечения.  При митральном стенозе производят митральную комиссуротомию с разъединением сросшихся створок клапана и расширением предсердно-желудочкового отверстия, в результате чего частично или полностью ликвидируется стеноз и устраняются тяжелые расстройства гемодинамики. При недостаточности проводят протезирование митрального клапана.  При аортальном стенозе проводится операция аортальной комиссуротомии, при недостаточности – протезирование аортального клапана. При сочетанных пороках (стенозе отверстия и недостаточности клапана) обычно производят замену разрушенного клапана на искусственный, иногда протезирование сочетают с комиссуротомией. При комбинированных пороках в настоящее время проводят операции по их одномоментному протезированию.  **3.Алгоритм в/в введения коргликона1мл.на глюкозе.**  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 ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  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.  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 3-5 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 ёмкости для дезинфекции.  22. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **4.Алгоритм наложения компресса на область коленного сустава.**  Подготовка к процедуре:  1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на процедуру.  2. Подготовить необходимое оснащение.  3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  4. Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки компресса.  Проведение процедуры:  1. Наложить на кожу марлевую салфетку, сложенную в 8 слоев, смоченную одним из растворов и хорошо отжатую.  2. Покрыть ткань куском вощеной бумаги (клеенки), которая на 2 см шире влажной салфетки.  3. Положить слой ваты (размером больше предыдущего слоя компресса на 2 см).  4. Зафиксировать компресс бинтом.  5. Зафиксировать время; компресс держать от 6 до 12 часов.  6. Вымыть руки.  7. Через 1,5-2 часа просунуть палец под компресс, убедиться, что салфетка влажная, а кожа теплая.  Примечание. Если через 1,5-2 часа салфетка сухая, то компресс наложен неправильно.  Окончание процедуры:  1. Снять компресс через положенное время, кожу протереть теплой водой, просушить салфеткой; тепло укутать место постановки компресса.  2. Вымыть руки.  3. Сделать соответствующую запись в медицинской документации о выполненной процедуре.  **5.Хроническая сердечная недостаточность(симптомы, лечение)**  Сердечная недостаточность – острое или хроническое состояние, вызванное ослаблением сократительной способности миокарда и застойными явлениями в малом или большом круге кровообращения.  Симптомы:  Проявляется одышкой в покое или при незначительной нагрузке, утомляемостью, отеками, цианозом (синюшностью) ногтей и носогубного треугольника.  Лечение:  При острой или тяжелой хронической сердечной недостаточности назначается постельный режим, полный психический и физический покой. В остальных случаях следует придерживаться умеренных нагрузок, не нарушающих самочувствие. Потребление жидкости ограничивается 500-600 мл в сутки, соли – 1-2 г. Назначается витаминизированное, легкоусвояемое диетическое питание.  Фармакотерапия сердечной недостаточности позволяет продлить и значительно улучшить состояние пациентов и качество их жизни.  При сердечной недостаточности назначаются следующие группы препаратов:  • сердечные гликозиды (дигоксин, строфантин и др.) – повышают сократимость миокарда, увеличивают его насосную функцию и диурез, способствуют удовлетворительной переносимости физических нагрузок;  • вазодилататоры и ингибиторы АПФ - ангиотензин-превращающего фермента (эналаприл, каптоприл, лизиноприл, периндоприл, рамиприл) - понижают тонус сосудов, расширяют вены и артерии, уменьшая тем самым сопротивление сосудов во время сердечных сокращений и способствуя увеличению сердечного выброса;  • нитраты (нитроглицерин и его пролонгированные формы) – улучшают кровенаполнение желудочков, увеличивают сердечный выброс, расширяют коронарные артерии;  • диуретики (фуросемид, спиронолактон) – уменьшают задержку избыточной жидкости в организме;  • Β-адреноблокаторы (карведилол) – уменьшают частоту сердечных сокращений, улучшают кровенаполнение сердца, повышают сердечный выброс;  • антикоагулянты (ацетилсалициловая к-та, варфарин) – препятствуют тромбообразованию в сосудах;  • препараты, улучшающие метаболизм миокарда (витамины группы В, аскорбиновая кислота, инозин, препараты калия).  **6.Алгоритм в/м введения лазикса 40мг.**  • Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться.  • Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие пациента на процедуру.  • Подготовить необходимое оснащение.  • Вымыть и осушить руки.  • Помочь пациенту занять положение, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды.  • Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции.  • Надеть перчатки (если они уже надеты, обработать их ватным шариком, смоченным спиртом).  • Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными спиртом: 1-м шариком обработать большую область инъекционного поля, 2-м — непосредственно место инъекции. 2-й шарик поместить между IV и V пальцами левой руки или под мизинец. Дать спирту высохнуть.  • Взять шприц в правую руку: мизинец придерживает иглу за канюлю, I, II, III, IV пальцы обхватывают цилиндр.  • Iи II пальцами левой руки растянуть кожу в месте инъекции и зафиксировать ее. Под углом 90° к поверхности кожи уверенным движением ввести иглу в мышцу, оставив над поверхностью кожи 3—5 мм иглы.  **Решить задачу №6**  1. Нарушены потребности: есть, пить, поддерживать температуру тела, быть здоровым, двигаться, общаться, учиться.  Проблемы пациента:  • Настоящие: боли в суставе; лихорадка; неприятные ощущения в области сердца; снижение аппетита; слабость; плохой сон.  • Приоритетная: боли в суставах.  • Потенциальные: формирование порока сердца; риск развития ревмокардита; сердечная недостаточность.  Цели:  • Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к концу 7-го дня стационарного лечения.  • Долгосрочная цель: к моменту выписки пациент будет чувствовать себя хорошо, боли отсутствуют.  2.План:  1. Обеспечить ЛОР (выполнять назначения врача, подготовка к лабораторным и инструментальным исследованиям)  2. Обеспечить санэпид режим (проветривание, уборка палаты, кварцевание)  3. Укрыть теплым одеялом, обеспечить его теплом.  4. Обеспечить пациенту обильное, витаминизированное питье (2-2,5 л)  5. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача.  6. Контроль АД, ЧДД, температура, пульс, диаурез  7. Следить за деятельностью кишечника  8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с диетой № 10  Оценка пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знание по профилактике ревматизма. Цель достигнута.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 28.10.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Алгоритм в/в введения коргликона1мл.на глюкозе. | 1 | |  | Алгоритм наложения компресса на область коленного сустава. | 1 | |  | Алгоритм в/м введения лазикса 40мг | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 29.10.2020 | Учебная практика №4  Тема: "Сестринский уход за больными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы"  Ответить на вопросы:   1. .Гипертоническая болезнь (симптомы, диагностика, осложнения). 2. Сестринская помощь при гипертоническом кризе. 3. ИБС: стенокардия (клиника, диагностика, сестринская помощь при приступе стенокардии). 4. Острый инфаркт миокарда (клиника, сестринская помощь при приступе острого инфаркта миокарда.) 5. Осложнения острого инфаркта миокарда. 6. Решить задачу№5 из сборника задач УМКД (есть на сайте) 7. Алгоритм в/в введения сернокислой магнезии25%-10мл. на 10мл. глюкозы.   **1.Гипертоническая болезнь (симптомы, диагностика, осложнения).**  Гипертоническая болезнь - это общее заболевание, характеризующееся повышением артериального давления, которое не связано с каким-либо известным заболеванием внутренних органов.  Симптомы:  На ранних этапах гипертоническая болезнь характеризуется невротическими нарушениями: головокружением, преходящими головными болями (чаще в затылке) и тяжестью в голове, шумом в ушах, пульсацией в голове, нарушением сна, утомляемостью, вялостью, ощущением разбитости, сердцебиением, тошнотой.  В дальнейшем присоединяется одышка при быстрой ходьбе, беге, нагрузке, подъеме в лестницу. Артериальное давление стойко выше 140-160/90-95 мм рт ст. (или 19—21/ 12 гПа). Отмечается потливость, покраснение лица, ознобоподобный тремор, онемение пальцев ног и рук, типичны тупые длительные боли в области сердца. При задержке жидкости наблюдается отечность рук («симптом кольца» - сложно снять с пальца кольцо), лица, одутловатость век, скованность.  У пациентов с гипертонической болезнью отмечается пелена, мелькание мушек и молний перед глазами, что связано со спазмом сосудов в сетчатке глаз; наблюдается прогрессирующее снижение зрения, кровоизлияния в сетчатку могут вызвать полную потерю зрения.  Диагностика:  При сборе анамнеза особое внимание обращают на подверженность пациента воздействию факторов риска по гипертонии, жалобы, уровень повышения АД, наличие гипертонических кризов и сопутствующих заболеваний.  Информативным для определения наличия и степени гипертонической болезни является динамическое измерение АД. Для получения достоверных показателей уровня артериального давления необходимо соблюдать следующие условия:  Измерение АД проводится в комфортной спокойной обстановке, после 5-10-минутной адаптации пациента. Рекомендуется исключить за 1 час до измерения курение, нагрузки, прием пищи, чая и кофе, применение назальных и глазных капель (симпатомиметиков).  Положение пациента – сидя, стоя или лежа, рука находится на одном уровне с сердцем. Манжету накладывают на плечо, на 2,5 см выше ямки локтевого сгиба.  При первом визите пациента АД измеряют на обеих руках, с повторными измерениями после 1-2-минутного интервала. При асимметрии АД > 5 мм рт.ст., последующие измерения должны проводиться на руке с более высокими показателями. В остальных случаях, АД, как правило, измеряют на «нерабочей» руке.  Если показатели АД при повторных измерениях различаются между собой, то за истинное принимают среднее арифметическое (исключая минимальный и максимальный показатели АД). При гипертонической болезни крайне важен самоконтроль АД в домашних условиях.  Лабораторные исследования включают клинические анализы крови и мочи, биохимическое определение уровня калия, глюкозы, креатинина, общего холестерина крови, триглицеридов, исследование мочи по Зимницкому и Нечипоренко, пробу Реберга.  На электрокардиографии в 12 отведениях при гипертонической болезни определяется гипертрофия левого желудочка. Данные ЭКГ уточняются проведением эхокардиографии. Офтальмоскопия с исследованием глазного дна выявляет степень гипертонической ангиоретинопатии. Проведением УЗИ сердца определяется увеличение левых отделов сердца. Для определения поражения органов-мишеней выполняют УЗИ брюшной полости, ЭЭГ, урографию, аортографию, КТ почек и надпочечников.  Осложнения:  • инфаркт миокарда  • инсульт  • сердечная недостаточность  • почечная недостаточность  • гипертоническая энцефалопатия  • ретинопатия  • гипертонический криз  • расслаивающая аневризма аорты.  **2.Сестринская помощь при гипертоническом кризе.**  1. Вызвать врача  2. Уложить пациента с приподнятым головным концом  3. Измерить АД, Р,  4. Успокоить пациента  5. Обеспечить доступ свежего воздуха  6. Применить горчичники на затылок и икроножные мышцы или использовать горячие ножные ванны.  7. Поставить холодный компресс на лоб.  8. По назначению врача подготовить лекарственную терапию  **3.ИБС: стенокардия (клиника, диагностика, сестринская помощь при приступе стенокардии).**  Стенокардия – форма ИБС, характеризующаяся приступообразными болями в области сердца, вследствие острой недостаточности кровоснабжения миокарда.  Клиническая картина:  Большинство пациентов со стенокардией ощущают дискомфорт или боль в области груди. Дискомфорт обычно давящего, сжимающего, жгучего характера. Нередко такие пациенты, пытаясь описать область дискомфорта, прикладывают сжатый кулак или открытую ладонь к грудной клетке. Часто боль иррадиирует («отдаёт») в левое плечо и внутреннюю поверхность левой руки, шею; реже — в челюсть, зубы с левой стороны, правое плечо или руку,межлопаточную область спины, а также в эпигастральную область, что может сопровождаться диспептическими расстройствами (изжога, тошнота, колики). Исключительно редко боль может быть локализована только в эпигастральной области или даже в области головы, что очень затрудняет диагностику. Приступы стенокардии обычно возникают при физической нагрузке, сильном эмоциональном возбуждении, после приёма избыточного количества пищи, пребывания в условиях низких температур или при повышении артериального давления.  Диагностика:  Клинический анализ крови. Изменения результатов клинического анализа крови (снижения уровня гемоглобина, сдвиги лейкоцитарной формулы и др. ) позволяют выявить сопутствующие заболевания (анемию, эритремию, лейкоз и др. ), провоцирующие ишемию миокарда.  Биохимический анализ крови. Всем больным стенокардией необходимо исследовать липидный профиль (показатели общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП и уровень триглицеридов) для оценки сердечно-сосудистого риска и необходимости коррекции. Также определяют уровень креатинина для оценки функции почек.  Оценка гликемии. Для выявления сахарного диабета как сопутствующей патологии при стенокардии оценивают уровень глюкозы натощак или проводят тест толерантности к глюкозе.  Инструментальные методы  ЭКГ в покое.  ЭКГ с физической нагрузкой. Применяют тредмилтест или велоэргометрию с ЭКГ-мониторингом в 12 стандартных отведениях. Основной диагностический критерий изменения ЭКГ во время таких проб: горизонтальная или косонисходящая депрессия ST ≥0, 1 мВ, сохраняющиеся по меньшей мере 0, 06–0, 08 с после точки J, в одном или нескольких отведениях ЭКГ. Применение нагрузочных тестов ограничено у пациентов с исходно изменённой ЭКГ (например, при блокаде левой ножки пучка Гиса, аритмиях или WPW-синдроме), так как сложно правильно толковать изменения сегмента ST.  Суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ. Данный метод уступает в информативности стресс-тестам, но позволяет выявить ишемию миокарда во время обычной повседневной деятельности у 10–15% больных стабильной стенокардией, у которых не возникает депрессия сегмента ST во время стресс-тестов  Помощь при приступе:  1. Вызвать врача  2. Придать пациенту полусидячее положение  3. Успокоить пациента  4. Обеспечить доступ свежего воздуха  5. Измерить АД, ЧДД, Р  6. Дать нитроглицерин сублингвально  7. По возможности снять ЭКГ  8. Выполнять назначения врача  **4.Острый инфаркт миокарда (клиника, сестринская помощь при приступе острого инфаркта миокарда.)**  Инфаркт миокарда - это гибель участка сердечной мышцы, обусловленная острым нарушением кровообращения в этом участке.  Клиника:  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; • обморочное состояние.  Иногда 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.  Помощь при приступе:  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.  **5.Осложнения острого инфаркта миокарда.**  • Острой сердечной недостаточности  • Кардиогенному шоку  • Разрыву сердца  • Нарушениям сердечного ритма  **6.Решить задачу№5**  1.У пациента на фоне гипертонического криза развилась острая левожелудочковая недостаточность, о чем свидетельствуют одышка, шумное клокочущее дыхание, кашель с розовой пенистой мокротой.  2.Алгоритм оказания неотложной помощи:  1. Вызвать врача;  2. Создать полусидячее положение с опущенными ногами для уменьшения притока венозной крови к сердцу, обеспечить абсолютный покой, освободить от стесняющей одежды для улучшения условий дыхания;  3. Очистить ротовую полость от пены и слизи, с целью удаления механических препятствий прохождению воздуха;  4. Обеспечить ингаляцию увлажненного кислорода с псногасителем с целью улучшения условий оксигенации;  5. Наложение венозных жгутов на конечности с целью уменьшения объема циркулирующей крови;  6. Поставить грелки и горчичники к ногам на область голени с отвлекающей целью;  7. Обеспечить контроль за состоянием пациента (АД, пульс, ЧДД);  8. Приготовить к приходу врача: гипотензивные препараты, мочегонные средства, сердечные гликозиды, глюкокортикоиды.  9. Выполнить назначения врача.  **7.Алгоритм в/в введения сернокислой магнезии25%-10мл. на 10мл. глюкозы.**  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 ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  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.  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 3-5 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 ёмкости для дезинфекции.  22. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 29.10.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Сестринская помощь при гипертоническом кризе. | 1 | |  | Алгоритм в/в введения сернокислой магнезии25%-10мл. на 10мл. глюкозы. | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 30.10.2020 | Учебная практика №5  Тема: "Сестринский уход за больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта"  Ответить на вопросы:   1. Гастрит (что такое гастрит, классификация, симптомы, диагностика, профилактика). 2. Язвенная болезнь желудка (симптомы, диагностика, осложнения). 3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (симптомы, диагностика, осложнения, профилактика). 4. Алгоритм взятия желудочного сока. 5. Алгоритм проведения фракционного дуоденального зондирования. 6. .Решить задачу№12(есть на сайте)   **1.Гастрит (что такое гастрит , классификация, симптомы, диагностика, профилактика).**  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.  Классификация:  • 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.  • 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.  • 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).  Симптомы: боли в желудке натощак или после приема пищи, тошнота, рвота, запоры или поносы.  Диагностика:  Основным методом диагностики гастрита является фиброгастродуоденоэндоскопия (ФГДС) – осмотр слизистой желудка посредством зонда и биопсия (взятия кусочка слизистой на анализ). ФГДС позволяет отличить гастрит от язвенной болезни желудка.  Профилактика:  Меры профилактики включают ограничение острой и жирной пищи, отказ от курения и употребления алкоголя, прием медикаментов только по назначению врача, своевременное выявление и лечение заболеваний, которые могут вызывать воспалительный процесс в желудке.  **2.Язвенная болезнь желудка(симптомы, диагностика, осложнения).**  Язвенная болезнь желудка – это хроническая полиэтиологическая патология, протекающая с формированием язвенных повреждений в желудке, склонностью к прогрессированию и формированию осложнений.  Симптомы:  • Боль  • Чувство "раннего насыщения" и тяжести в желудке  • Запах изо рта, тошнота, изменение вкусовых ощущений, налёт на языке  Диагностика:  • Эзофагогастродуоденоскопия. Является золотым стандартом диагностики язвенной болезни желудка. ЭГДС позволяет визуализировать язвенный дефект у 95% пациентов, определить стадию заболевания (острая либо хроническая язва). Эндоскопическое исследование дает возможность своевременно выявить осложнения язвенной болезни желудка (кровотечение, рубцовый стеноз), провести эндоскопическую биопсию, хирургический гемостаз.  • Гастрография. Рентгенография желудка первостепенное значение приобретает в диагностике рубцовых осложнений и пенетрации язвы в рядом расположенные органы и ткани. При невозможности проведения эндоскопической визуализации рентгенография позволяет верифицировать язву желудка в 70% случаев. Для более точного результата рекомендуется использование двойного контрастирования – при этом дефект виден в виде ниши либо стойкого контрастного пятна на стенке желудка, к которому сходятся складки слизистой оболочки.  • Диагностика хеликобактерной инфекции. Учитывая огромную роль хеликобактерного инфицирования в развитии ЯБЖ, всем пациентам с данной патологией проводят обязательные тесты на выявление H. pylori (ИФА, ПЦР диагностика, дыхательный тест, исследование биоптатов и др.).  Вспомогательное значение при язвенной болезни желудка имеют:  • УЗИ ОБП (выявляет сопутствующую патологию печени, панкреас)  • электрогастрография и антродуоденальная манометрия (дает возможность оценки двигательной активности желудка и его эвакуаторной способности)  • внутрижелудочная pH-метрия (обнаруживает агрессивные факторы повреждения)  • анализ кала на скрытую кровь (проводится при подозрении на желудочное кровотечение).  Осложнения:  • Кровотечение из язвы  • Перфорация стенки желудка  • Пенетрация язвы  • Малигнизация — перерождение язвенного дефекта в рак желудка со всеми вытекающими последствиями. Риск такого перерождения появляется, если язва существует долгое время.  • Рубцовый стеноз — опасное последствие заживления язвы. В результате рубцевания просвет желудка или двенадцатиперстной кишки может значительно сузиться вплоть до затруднения или невозможности прохождения по нему твёрдой и жидкой пищи. В этом случае больной худеет, быстро истощается и постепенно погибает от обезвоживания и голода  **3.Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (симптомы, диагностика, осложнения, профилактика).**  Язвенная болезнь - хроническое, циклическое, рецидивирующее заболевание, при котором образуются язвы, как результат нарушения соотношения факторов агрессии с факторами защиты.  Симптомы:  Ведущими симптомами при язвенной болезни ДПК являются боль, диспепсия (расстройство пищеварения), астения и кровотечение (при развитии осложнений).  Диагностика:  • Гастроскопия. Эндоскопическое исследование слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки дает детальную информацию о локализации язвы и ее морфологических особенностях, выявляет кровотечение и рубцовые изменения. При ФГДС возможно произвести биопсию тканей желудка и ДПК для гистологического исследования.  • Рентген желудка. При рентгенологическом обследовании с контрастным веществом язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки проявляется, как дефект стенки (бариевая смесь проникает в язву и это видно на рентгенограмме), обнаруживается стеноз кишки, перфорации и пенетрации язв.  • Выявление хеликобактерной инфекции. Для выявления инфицированности хеликобактериями применяют ПЦР-диагностику и уреазный дыхательный тест.  • Лабораторные методы. При лабораторном исследовании крови можно обнаружить признаки анемии, которая говорит о наличии внутреннего кровотечения. На скрытую кровь исследуют также каловые массы. При дуоденальном зондировании получают данные о состоянии среды ДПК.  Осложнения:  • Прободение язвы, через все стенки кишечника, и сообщение язвенной поверхности с брюшной полостью. Такое осложнение сопровождается развитием перитонита, главным проявлением которого, является острая кинжальная боль в брюшной полости;  • Кровотечение из язвы, развивается в результате разъедания стенки сосуда двенадцатиперстной кишки на уровне язвенной поверхности. Основным проявлением этого осложнения, является, мелена (кровь в кале);  • Пенетрация язвы, проникновение язвы через стенку двенадцатиперстной кишки в поджелудочную железу, сопровождается острым панкреатитом;  • Дуоденальный стеноз, развивается в результате образования рубца больших размеров, который препятствует дальнейшему продвижению химуса в кишечник. Одним из главных проявлений, рвота полным ртом;  • Перидуоденит, развивается в результате достижения зоны воспаления вокруг язвы, серозной оболочки двенадцатиперстной кишки;  • Малигнизация язвы, встречается редко, происходит озлокачествление клеток слизистой в области язвенной поверхности, с последующим развитием злокачественной опухоли.  Профилактика:  • своевременное выявление и лечение хеликобактерной инфекции;  • нормализация режима и характера питания;  • отказ от курения и злоупотребления алкоголем;  • контроль за принимаемыми лекарственными средствами;  • гармоничная психологическая обстановка, избегание стрессовых ситуаций.  **4.Алгоритм взятия желудочного сока.**  1. Убедитесь в том, что пациент готов к выполнению процедуры (пришел натощак, с полотенцем). Спросите его об аллергических реакциях (если будете использовать парентеральные раздражители).  2. Снимите зубные протезы (если они есть у пациента), на шею и грудь пациента положите полотенце или пеленку, в руки дайте лоток. Объясните пациенту, что он должен дышать носом.  3. Наденьте маску .  4. Вымойте руки, наденьте перчатки.  5. Измерьте расстояние, на которое необходимо ввести зонд (расстояние от резцов до пупка + ширина ладони пациента).  6. Правой рукой возьмите тонкий стерильный зонд на расстоянии 10 – 15 см от слепого конца, а левой поддерживайте свободный конец. Зонд смочите теплой водой.  7. Предложите пациенту открыть рог.  8. Возьмите зонд как писчее перо и положите его на корень языка.  9. Предложите пациенту сделать несколько глотательных движений, при этом пациент наклоняет голову вперед.  10. Левой рукой придерживайте голову пациента, а правой рукой вводите зонд в желудок до нужного расстояния.  11. Когда зонд будет в желудке, возьмите 20.0 шприц и отсосите содержимое желудка натощак в 1 баночку (желудок в состоянии относительного покоя).  12. В течение часа извлекайте содержимое желудка, меняя баночки каждые 15 минут (2, 3, 4, 5). Эти порции носят название базальной секреции.  13. Введите один из пробных завтраков энтерально или парентерально. Через 20 – 30 минут получите остаток пробного завтрака (6 порция). ’t&tM  14. Повторно откачайте желудочное содержимое в течение часа (7, 8, 9, 10 баночки) – стимулированные порции.  15. После того как будут собраны все порции желудочного сока (1 – 10), осторожно извлеките зонд при помощи пеленки.  16. Порции с собранным желудочным соком отправьте в клиническую лабораторию с направлениями.  17. Осуществите наблюдение за состоянием пациента (изменение пульса, АД, ЧДД, температуры тела).  18. Обработайте все использованные предметы ухода по ОСТу 42-24-2-85 и приказу № 408.  19. Снимите перчатки, вымойте руки.  **5.Алгоритм проведения фракционного дуоденального зондирования.**  Получение для исследования желчи.  Противопоказания: желудочное кровотечение, опухоли, бронхиальная астма, тяжелая сердечная патология.  Подготовка пациента: утром, натощак.  Оснащение:  • зонд по типу желудочного, но на конце с металлической оливой, имеющий несколько отверстий. Олива нужна для лучшего прохождения через привратник.  • флаконы для желудочного сока, штатив с пробирками, помеченными «А», «В», «С».  • стерильный шприц, емкостью 20,0 мл.  • раздражитель: 40 мл теплого 33% раствора сульфата магния или 40 мл 40% раствора глюкозы.  • перчатки, полотенце, лоток, грелка, валик, направление:  Алгоритм действия при введении зонда:  • объясните пациенту порядок проведения процедуры.  • правильно усадите пациента: опираясь на спинку стула, наклонив голову вперед.  • вымыть руки, надеть перчатки.  • на шею и грудь пациента положить полотенце, если есть съемные протезы, снять их.  • рассчитать длину зонда: рост – 100 см.  • стерильным пинцетом достать зонд. Взять его в правую руку, а левой рукой поддерживать свободный конец.  • смочить теплой кипяченой водой или смазать стерильным вазелиновым малом.  • предложить пациенту открыть рот.  • положите конец зонда на корень языка, предложите пациенты делать глотательные движения, дыша через нос.  • вводите до нужной отметки.  • с помощью 20 мл шприца получите мутноватую жидкость – желудочный сок. Значит зонд в желудке.  • предложите пациенту медленно походить, заглатывая зонд до 7-ой метки.  • уложите пациента на кушетку на правый бок, подложив под правое подреберье грелку, а под таз – валик (облегчается прохождение оливы в 12-ти перстную кишку и раскрытие сфинктеров).  • в течение 10-60 мин пациент заглатывает зонд до 9-ой метки. Наружный конец зонда опущен в емкость для желудочного сока.  Алгоритм получения материала для исследования:  • через 20-60 мин после того, как уложите пациента на кушетку, начнет поступать желтая жидкость – это порция «А» - дуоденальная желчь, то есть полученная из 12-типерстной кишки и поджелудочной железы (секрет ее тоже поступает в 12-ти перстную кишку). Пробирка «А».  • введите через зонд с помощью 20,0 мл шприца 40 мл теплого раздражителя (40% глюкоза или 33% сернокислой магнезии, или растительного масла) с целью открытия сфинктера ОДДИ.  • завяжите зонд.  • через 5-7 мин развяжите: получите порцию «В» - темно-оливковая концентрированная желчь, которая поступает из желчного пузыря. Пробирка «В».  • вслед за этим начинает поступать прозрачная золотисто – желтого цвета порция «С» - печеночная желчь. Пробирка «С». Каждая из порций поступает на протяжении 20-30 мин.  • отправьте желчь в клиническую лабораторию с направлением.  **6.Решить задачу№12**  1. У больного развилось желудочное кровотечение  2. Алгоритм оказания неотложной помощи:  • вызвать врача;  • пациента уложить: на бок или на спину, повернуть голову на бок (для предупреждения возможной аспирации рвотными массами) и подложить ко рту лоток или салфетку для рвотных масс;  • запретить прием пищи, воды, лечебных препаратов;  • положить пузырь со льдом на эпигастральную область с целью уменьшения кровенаполнения сосудов;  • следить за состоянием пациента, контролируя АД, пульс, ЧДД;  • к приходу врача приготовить: шприцы, кровоостанавливающие препараты: 5% р-р аминокапроновой кислоты, 1% р-р викасола, 10% р-р хлорида;  • приготовить все для определения группы крови;  • выполнять назначения врача.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 30.10.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Алгоритм взятия желудочого сока. | 1 | |  | Алгоритм проведения фракционного дуоденального зондирования. | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 31.10.2020 | Учебная практика №6  Тема: "Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта"  Ответить на вопросы:   1. Гепатит (классификация, клиника, диагностика, профилактика). 2. .Панкреатит (симптомы, классификация, диагностика) 3. Холецистит (симптомы, диагностика, лечение) 4. Алгоритм постановки очистительной клизмы. 5. Хронический колит (симптомы, диагностика) 6. Неспецифический язвенный колит (симптомы, диагностика) 7. Алгоритм п/к введения вит.В1 8. Решить задачу№13 (есть на сайте)   **1.Гепатит (классификация, клиника, диагностика, профилактика).**  Гепатит (Hepatitis) - серьезное инфекционное заболевание, сопровождающееся снижением аппетита, слабостью, головной болью, кожным зудом и другими симптомами.  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.  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.  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 системы. Почти столько же рискуют получить цирроз или рак печени. Около 3-5% больных погибают..  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.  Вирусный гепатит Е. Вирус имеет схожие симптомы и пути передачи как и вирус Гепатита А. Чаще всего встречается в Африке и Центральной Азии.  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.  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.  Аутоимунные гепатиты чаще всего встречается у женщин (по некоторым данным 15-20  Диагностика гепатитов осуществляется на основании наличия симптоматики, данных физикального осмотра гастроэнтеролога или терапевта, функциональных и лабораторных исследований.  Лабораторные исследования включают: биохимические пробы печени, определение билирубинемии, снижения активности сывороточных ферментов, повышение уровня гамма-альбуминов, при понижении содержания альбумина; также отмечают снижение показателей содержания протромбина, факторов свертываемости VII и V, фибриногена. Наблюдается изменение показателей тимоловой и сулемовой проб.  При проведении УЗИ органов брюшной полости отмечают увеличение печени и изменение ее звуковой проницаемости и, кроме этого, отмечают увеличение селезенки и, возможно, расширение полой вены. Для диагностики гепатита также будут информативны реогепатография (исследование печеночного кровотока), гепатохолецистосцинтиография (радиоизотопное исследование желчевыводящих путей), пункционная биопсия печени.  Первичная профилактика вирусных гепатитов – соблюдение гигиенических предписаний, осуществление санитарно-эпидемических мер, санитарный надзор над предприятиями, могущими стать очагом распространения инфекции, вакцинация. Профилактикой других форм гепатитов является избегание действия гепатотравмирующих факторов – алкоголя, лекарственных средств, токсических веществ.  Вторичная профилактика хронического гепатита заключается в соблюдении диеты, режима, врачебных рекомендаций, регулярном прохождении обследования, контроле клинических показателей крови. Больным рекомендовано регулярное санаторно-курортное лечение, водолечение.  **2.Панкреатит (симптомы, классификация, диагностика)**  Панкреатит — это острая или хроническая воспалительная деструкция поджелудочной железы.  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.  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.  Классификация:  • Острый панкреатит  • Хронический панкреатит  Диагностика:  1. Лабораторная:  • ОАК – увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево  • ОАМ – увеличение амилазы (норма- 28-160 мг /(ч.мл)  • БАК (биохимический)- при обострении повышается уровень амилазы (н=16-30), липазы, трипсина, при желтушной форме - билирубина и бета глобулинов.  • Уровень сахара в крови – для выявления сахарного диабета.  • Общий анализ мочи – проводят для исключения заболеваний почек. ЭКГ и Эхо- кардиография – для исключения заболеваний сердца.  • Капроцитограмма – стеаторея, креаторея, амилорея. Это анализ кала при котором определяется количество клеток (лейкоциты, эритроцитыесли они присутствуют)в кале, а также жирных кислот, мышечных волокон и др. компонентов. Данный анализ позволяет определить наличие воспалительного процесса в кишечнике, а также, отражает насколько хорошо перевариваются пищевые ингридиенты.  2. Инструментальное подтверждение патологических изменений в поджелудочной железе:  • Дуаденальное зондирование – определение липазы, амилазы, трипсина в дуоденальном содержимом.  • Трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ). Определяет увеличение размеров поджелудочной железы и камня в протоке.  • Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ)– выявляют увеличение поджелудочной железы, обнаруживают наличие камней, определяет расширения протоков, выявляют поражения соседних органов, злокачественные новообразования.  • ЭРПХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. В настоящее время играет одну из ведущих ролей в диагностике панкреатитов. Чувствительность этого метода составляет 93 -100%.  **3.Холецистит (симптомы, диагностика, лечение)**  Симптомы:  • несильная ноющая боль в правом подреберье (может отдавать в правую лопатку или плечо);  • вздутие живота;  • редкий стул;  • горечь во рту;  • сухость во рту по утрам;  • повышенная утомляемость, слабость;  • тошнота (может усиливаться после приема пищи).  Диагностика хронического холецистита начинается с выявления основных жалоб и внешних признаков болезни, подсказывающих врачу дальнейший алгоритм диагностики. Для уточнения диагноза хронического холецистита используются следующие методы диагностики:  • УЗИ органов брюшной полости, в частности желчного пузыря позволяет выявить наличие камней или признаков воспаления в желчном пузыре.  • Холеграфия – рентгенологический метод обследования позволяющий выявить признаки воспаления желчного пузыря. Холеграфия не проводится в период обострения болезни, а также во время беременности (в этих случаях предпочтение отдается УЗИ).  • Общий и биохимический анализ крови – позволяют выявить признаки воспаления и другие, характерные для заболеваний печени и желчного пузыря признаки  • Анализ кала на паразитов (аскариды, лямблии) – обязателен для всех больных с холециститом.  Лечение хронического холецистита должно проводиться под контролем врача гастроэнтеролога. Основные принципы лечения хронического холецистита это: соблюдение лечебного режима, соблюдение диеты, курс лечения антибиотиками, курс лечения спазмолитиками и желчегонными препаратами, фитотерапия и народные методы лечения.  **4.Алгоритм постановки очистительной клизмы.**  I. Подготовка к процедуре.  1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры, получить его согласие на процедуру.  2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3. Надеть фартук и перчатки.  4. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом.  5. Налить в кружку Эсмарха 1-1,5 литра воды температурой 20 °С.  6. Заполнить систему водой.  7. Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см.  8. Смазать наконечник вазелином.  II. Выполнение процедуры.  9. Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу.  10. Выпустить воздух из системы.  11. Развести одной рукой ягодицы пациента.  12. Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку.  13. Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник.  14. Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом  15. Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлеките наконечник.  III. Окончание процедуры.  16. Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 минут.  17. Проводить пациента в туалетную комнату.  18. Разобрать систему, наконечник, кружку Эсмарха и клеенку подвергнуть дезинфекции.  19. При необходимости подмыть пациента.  20. Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции  21. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  22. Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинскую документацию  **5.Хронический колит (симптомы, диагностика)**  Хронический колит – это воспаление стенки толстой кишки, сопровождающееся «кишечными» симптомами (диарея, метеоризм, урчание, запоры, болевой синдром).  Симптомы:  • диарея (понос) или, наоборот, запор;  • диспепсические явления: отрыжка, горечь во рту, тошнота, снижение аппетита;  • вздутие, метеоризм;  • болевой синдром: кишечная колика, ноющие боли в нижней части живота, которые усиливаются при движении;  • астения: головные боли, ипохондрия, слабость, утомляемость;  • уменьшение веса, явления гиповитаминоза (ломкость ногтей, выпадение волос), снижение тургора (эластичности) тканей.  Диагностика:  Анализы. В общем анализе крови, как правило, выявляется незначительное повышение СОЭ, нейтрофилез и лейкоцитоз. Копрологический анализ кала (копрограмма) позволяет провести микроскопию полученного материала и его химический анализ с определением количества клетчатки, белка, жира, крахмала, органических кислот и аммиака.  Кишечная эндоскопия. С помощью колоноскопии обнаруживается очаг воспалительного процесса, наличие эрозий, атрофические изменения вследствие длительного течения патологического процесса, оценивается выраженность сосудистого рисунка.  Рентген с контрастированием. В процессе ирригоскопии при хронической форме колита возможно выявить изменения рельефа слизистой оболочки, атонию, асимметричную гаустрацию, нарушение перистальтики.  **6.Неспецифический язвенный колит (симптомы, диагностика)**  Неспецифический язвенный колит – это диффузное язвенно-воспалительное поражение слизистой оболочки толстого кишечника, сопровождающееся развитием тяжелых местных и системных осложнений.  Симптомы:  • кишечные кровотечения;  • диарея;  • запор;  • боль в животе;  • тенезмы (ощущение постоянных режущих, тянущих, жгучих болей в толстой кишке — позывов к дефекации, однако при этом выделение кала не происходит);  • лихорадка;  • снижение массы тела;  • тошнота, рвота;  • слабость;  • внекишечные симптомы (артрит, узловатая эритема, увеит и другие).  Диагностика:  Основным диагностическим методом, выявляющим неспецифический язвенный колит, является колоноскопия, позволяющая детально исследовать просвет толстого кишечника и его внутренние стенки. Ирригоскопия и рентгенологическое исследование с барием позволяет обнаружить язвенные дефекты стенок, изменения размеров кишечника (мегаколон), нарушение перистальтики, сужение просвета. Эффективным методом визуализации кишечника является компьютерная томография. Производят копрограмму, тест на скрытую кровь, бактериологический посев. Анализ крови при язвенном колите показывает картину неспецифического воспаления. Биохимические показатели могут сигнализировать о наличии сопутствующих патологий, расстройств пищеварения, функциональных нарушений в работе органов и систем. Во время проведения колоноскопии обычно производят биопсию измененного участка стенки толстой кишки для гистологического исследования.  **7.Алгоритм п/к введения вит.В1**  I. Подготовка к процедуре.  1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.  2. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.  3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  II. Выполнение процедуры  1. Обработать место инъекции не менее чем 2 салфетками/шариками, смоченными антисептиком.  2. Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки (у ребёнка и старого человека захватите мышцу), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы.  3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.  4. Ввести иглу быстрым движением под углом 90°на 2/3 её длины.  5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде.  6. Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу.  III. Окончание процедуры.  1. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептиком, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарств.  2. Подвергнуть дезинфекции расходный материал  **8. Решить задачу№13**  1. Нарушены потребности: есть, спать, отдыхать, работать, общаться, быть здоровым.  Проблемы пациента:  • Настоящие: боли в правом подреберье; горечь во рту; нарушение сна; беспокойство по поводу исхода заболевания.  • Потенциальные: трансформация в калькулѐзный холецистит; перфорация желчного пузыря; эмпиема желчного пузыря; гангрена желчного пузыря.  • Приоритетная проблема пациентки - боль в правом подреберье.  Цели:  • Краткосрочная цель: к концу 7 дня лечения пациентка отметит стихание болей.  • Долгосрочная цель: к моменту выписки пациентка не будет предъявлять жалоб.  2.План:  1. Обеспечение диеты №5а.  2. Рассказать пациентке о ее заболевании.  3. Проведение беседы с пациенткой о подготовке к УЗИ Г'БС и дуоденальному зондированию.  4. Объяснить пациентке правила приема мезим-форте.  5. Проведение беседы с родственникам пациентки об обеспечении питания с ограничением жирных, соленых, жаренных, копченых.  6. Обучение пациентки методике проведения тюбажа.  7. Наблюдение за состоянием и внешним видом пациентки.  8. Выполнение назначений врача  Оценка: к моменту выписки пациентка не предъявляет жалоб. Цель достигнута.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 31.10.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Алгоритм постановки очистительной клизмы. | 1 | |  | .Алгоритм п/к введения вит.В1 | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 2.11.2020 | Учебная практика №7  Тема: "Сестринский уход за больными с заболеваниями почек"  Ответить на вопросы:   1. Пиелонефрит (классификация, симптомы, диагностика, профилактика) 2. Гломерулонефрит (симптомы, классификация, диагностика) 3. Почечная недостаточность (острая, хроническая, причины, диагностика) 4. .Мочекаменная болезнь (симптомы, сестринская помощь при приступе мочекаменной болезни) 5. Амилоидоз почек (симптомы, диагностика) 6. Подготовка пациента к сдаче мочи на анализ по Зимницкому и Ничепоренко. 7. .Решить задачу№16(УМКД-сборник задач,есть на сайте)   **1.Пиелонефрит (классификация, симптомы, диагностика, профилактика)**  Пиелонефрит – это неспецифическое инфекционное заболевание почек, вызываемое различными бактериями.  Классификация:  • Острый  • Хронический  Симптомы:  Симптомы острого пиелонефрита  • Сильные боли  • Симптомы интоксикации организма, которые сопровождаются отсутствием аппетита, тошнотой, рвотой, общей слабостью и недомоганием;  • Высокая температура тела, которая в течение суток может то опускаться до 37 °С, то снова подниматься, озноб;  • Головная боль, боль в мышцах;  • Увеличенная частота мочеиспускания;  • Умеренная отечность больного;  • Присутствие в моче и крови больного бактерий и лейкоцитов;  • Примерно у 10% больных может развиться бактеримический шок;  • Среди не специфических симптомов могут наблюдаться – обезвоживание организма, тахикардия.  Симптомы хронического пиелонефрита  • Частые позывы к мочеиспусканию;  • Боли во время мочеиспускания с ощущением рези;  • Повышенное артериальное давление;  • Моча окрашена в темные тона, часто мутная, иногда с примесью крови, при этом может издавать запах рыбы.  Диагностика:  • Анамнез;  • Гинекологическое обследование; (у женщин)  • Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек;  • Компьютерная томография (КТ);  • Цистография;  • Экскреторная урография;  • Нефросцинтиграфия;  • Ренография;  • Ретроградная пиелоуретерография;  • Ангиография артерий почек.  Анализы при пиелонефрите:  • Общий анализ мочи;  • Бактериологическое исследование мочи;  • Анализ мочи по Нечипоренко;  • Общий анализ крови;  • Проба Зимницкого;  • Окраска мочи по Граму;  • Преднизолоновый тест.  Профилактика:  • Соблюдайте правила личной гигиены;  • После стула, не доводите туалетную бумагу до мочеиспускательного канала (уретры);  • Избегайте переохлаждения организма;  • Избегайте сидения на холодном — бетоне, влажном песке, земле, металлических и других поверхностях;  • Избегайте стрессов;  • Старайтесь больше двигаться;  • Укрепляйте иммунитет;  • Старайтесь употреблять в пищу продукты, обогащенные витаминами и микроэлементами;  • При дискомфорте и болевых ощущениях в области малого таза обратитесь к врачу для проверки состояния здоровья;  • При наличии различных заболеваний, особенно инфекционного характера, не оставляйте их на самотек, чтобы они не перешли в хроническую форму;  • Не носите тесную и неудобную одежду, которая при ходьбе или сидении пережимает ноги в области таза, что часто приводит к нарушению кровообращения и различным заболеваниям мочеполовой системы.  **2.Гломерулонефрит (симптомы, классификация, диагностика)**  Гломерулонефрит – это заболевание почек иммунновоспалительного характера.  Симптомы:  • Кровь в моче - моча цвета «мясных помоев»  • Отёки лица (особенно век), а также стоп и голеней  • Повышение артериального давления  • Уменьшение количества выделяемой мочи, жажда  • Повышение температуры тела (редко)  • Отсутствие аппетита, тошнота, рвота, головная боль, слабость  • Прибавка массы тела  • Одышка  Классификация:  Острый гломерулонефрит:  • Типичный (циклический). Характерно бурное начало и значительная выраженность клинических симптомов;  • Латентный (ациклический). Стертая форма, характеризующаяся постепенным началом и слабой выраженностью симптомов. Представляет значительную опасность вследствие позднего диагностирования и тенденции к переходу в хронический гломерулонефрит.  Хроническом гломерулонефрит:  • Нефротический. Преобладают мочевые симптомы.  • Гипертонический. Отмечается повышение артериального давления, мочевой синдром выражен слабо.  • Смешанный. Представляет собой сочетание гипертонического и нефротического синдромов.  • Латентный. Довольно распространенная форма, характеризующаяся отсутствием отеков и артериальной гипертензии при слабо выраженном нефротическом синдроме.  • Гематурический. Отмечается наличие эритроцитов в моче, остальные симптомы отсутствуют или слабо выражены.  Диагностика:  • Общий анализ мочи. В моче - эритроциты, лейкоциты, цилиндры, белок  • Удельный вес мочи нормальный или повышен  • Увеличение титра антител к стрептококку в крови (антистрептолизин-О, антистрептокиназа, антигиалуронидаза)  • Снижение содержания компонентов комплемента СЗ, С4 в сыворотке крови с возвращением к исходному уровню через 6-8 нед при постстрептококковом остром гломерулонефрите; при мембранопролиферативном гломерулонефрите эти изменения сохраняются пожизненно  • Содержание общего белка в сыворотке крови снижено, в протеинограмме - повышение а1- и а2-глобулинов  • УЗИ почек  Радиоизотопная ангиоренография  • ЭКГ  • Глазное дно  • Биопсия почек позволяет уточнить морфологическую форму хронического гломерулонефрита, его активность, исключить заболевания почек со сходной симптоматикой  **3.Почечная недостаточность (острая, хроническая, причины, диагностика)**  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.  ОПН - Нарушения почечной гемодинамики и экзогенные интоксикации вызывают 90% всех случаев ОПН. Основным механизмом повреждений почек при этих двух формах ОПН является аноксия почечных канальцев. При этих формах ОПН развиваются некроз эпителия канальцев, отек и клеточная инфильтрация интерстициальной ткани, повреждения капилляров почек, т. е. развивается некротический нефроз. В большинстве случаев эти повреждения обратимы.  Причины:  1) нарушение почечной гемодинамики (шок, коллапс и др. );  2) экзогенные интоксикации (яды, применяемые в народном хозяйстве и быту, укусы ядовитых змей и насекомых, лекарственные препараты);  3) инфекционные болезни (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом и лептоспироз);  4) острые заболевания почек (острый гломерулонефрит и острый пиелонефрит);  5) обструкция мочевых путей;  6) аренальное состояние (травма или удаление единственной почки).  Диагностика:  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.  ХПН - 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.  Причины:  • Врожденные и наследственные заболевания почек.  • Поражение почек при хронических заболеваниях: подагра, сахарный диабет, мочекаменная болезнь, ожирение, метаболический синдром, цирроз печени, системная красная волчанка, склеродермия и пр.  • Различные заболевания мочевыделительной системы, при которых происходит постепенное перекрытие мочевыводящих путей: мочекаменная болезнь, опухоли и др.  • Болезни почек: хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит.  • Неправильное применение, передозировка лекарственных препаратов.  • Хронические отравления различными токсическими веществами.  Диагностика:  Диагноз ставят на основании данных анамнеза о хроническом заболевании почек, характерных симптомов уремии, лабораторных данных об азотемии и других типичных расстройствах гомеостаза. Дифференциальной диагностике с острой почечной недостаточностью помогают анамнестические данные и отличающие хроническую уремию симптомы (анемия, дистрофия и др. ).  **4. Мочекаменная болезнь (симптомы, сестринская помощь при приступе мочекаменной болезни)**  Мочекаменная болезнь – распространенное урологическое заболевание, проявляющееся формированием камней в различных отделах мочевыводящей системы, чаще всего – в почках и мочевом пузыре.  Симптомы:  • Первый и главный признак уролитиаза – почечная колика. Это сильная, схваткообразная боль в пояснице, отдающая в область живота, паха или половых органов.  Основные симптомы заболевания зависят от формы, размеров, количества и локализации камней:  • нарушенное мочеиспускание (болезненное, учащенное, прерывистое, отсутствие мочевыделения);  • гематурия – наличие примесей крови в моче;  помутнение мочи, ее зловонность;  тошнота, рвота;  ухудшение общего состояния: слабость, лихорадка, озноб и т.д.  Помощь:  1. Вызвать врача.  2. Приложить грелку на поясничную область или поместить пациента в горячую ванну, если нет противопоказаний. Из-за возможности развития обморока нельзя оставлять пациента одного в ванне.  3. Дать пациенту 20-25 капель цистенала или 1 таблетку но-шпы.  4. Подготовить медикаменты:  Но-шпа, папаверин, платифиллин, баралгин, анальгин, промедол, новокаин все препараты в ампулах.  **5.Амилоидоз почек (симптомы, диагностика)**  Амилоидоз почек – это проявление системного амилоидоза, характеризующееся нарушением белково-углеводного обмена с внеклеточным отложением в почечной ткани амилоида – сложного белково-полисахаридного соединения, приводящего к нарушению функции органа.  Симптомы:  При данной патологии сочетаются почечные и внепочечные проявления, обусловливающие полиморфность картины заболевания. В течении болезни выделяют 4 стадии (латентную, протеинурическую, нефротическую, азотемическую), имеющие характерную клиническую симптоматику. В латентной стадии, несмотря присутствие амилоида, клинические проявления отсутствуют. В этот период преобладает симптоматика первичного заболевания (инфекций, гнойных процессов, ревматических болезней и др.). Латентная стадия может длиться до 3-5 и более лет.  В протеинурическую (альбуминурическую) стадию появляется нарастающая потеря белка с мочой, микрогематурия, лейкоцитцрия, повышение СОЭ. Вследствие склероза и атрофии нефронов, лимфостаза и гиперемии почки увеличиваются, становятся плотными, приобретают матовый серо-розовый цвет. Нефротическая (отечная) стадия характеризуется склерозом и амилоидозом мозгового слоя почки и, как следствие, развитием нефротического синдрома с типичной тетрадой признаков – массивной протеинурией, гиперхолестеринемией, гипопротеинемией, отеками, резистентными к диуретикам. Может отмечаться артериальная гипертензия, но чаще АД бывает нормальным или пониженным. Нередко отмечается гепато- и спленомегалия.  В азотемической (терминальной, уремической) стадии почки рубцово-сморщенные, плотные уменьшенные в размерах (амилоидная почка). Азотемическая стадия соответствует развитию хронической почечной недостаточности. В отличие от гломерулонефрита сохраняются стойкие отеки. Амилоидоз почек может осложняться тромбозом почечных вен с анурией и болевым синдромом. Исходом этой стадии часто является гибель пациента от азотемической уремии. Системными проявлениями могут являться головокружение, слабость, одышка, аритмия, анемия и др. В случае присоединения амилоидоза кишечника развивается упорная диарея.  Диагностика:  В общем анализе мочи рано отмечается протеинурия, которая имеет тенденцию к неуклонному нарастанию, лейкоцитурия (при отсутствии признаков пиелонефрита), микрогематурия, цилиндрурия.  Биохимические показатели крови характеризуются гипоальбуминемией, гиперглобулинемией, гиперхолестеринемией, повышением активности щелочной фосфотазы, гипербилирубинемией, электролитным дисбалансом (гипонатриемией и гипокальциемией), повышением содержания фибриногена и b-липопротеидов. В общем анализе крови - лейкоцитоз, анемия, повышение СОЭ. При исследовании копрограммы нередко выявляется выраженная степень стеатореи («жирного стула»), креатореи (значительного содержания в испражнениях мышечных волокон), амилореи (присутствия в кале большого количества крахмала).  В связи с выраженными метаболическими нарушениями на ЭКГ может регистрироваться аритмия и нарушения проводимости; при ЭхоКГ — кардиомиопатия и диастолическая дисфункция. УЗИ брюшной полости выявляет увеличение селезенки и печени. При рентгенографии ЖКТ определяется гипотония пищевода, ослабление перистальтики желудка, ускорение или замедление пассажа бария по кишечнику. На УЗИ почек визуализируется их увеличение (большие жировые почки).  Достоверным методом диагностики амилоидоза служит биопсия почки. Морфологическое исследование биоптата после окраски конго красным при последующей электронной микроскопии в поляризованном свете выявляет зеленое свечение, характерное для амилоидоза почек. Амилоид может выявляться по ходу сосудов, канальцев, в клубочках. В некоторых случаях производится биопсия слизистой прямой кишки, кожи, десны, печени.  **6.Подготовка пациента к сдаче мочи на анализ по Зимницкому и Ничепоренко.**  По Зимницкому:  ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА:  1. Объясните пациенту, что питьевой, пищевой и двигательный режимы должны остаться прежними.  2. Собрать мочу необходимо за сутки, в течение каждых 3 часов.  3. Врач отменяет мочегонные за день до исследования.  ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПАЦИЕНТА:  1. Дайте пациенту 8 пронумерованных емкостей с указанием времени и 9-ю - запасную. В 6 часов утра пациент мочится в унитаз.  2. Затем в течение каждых 3-х часов пациент мочится в соответствующую емкость до 6 часов утра следующего дня, утренняя порция входит в исследование.  3. Полученные емкости должны быть плотно закрыты крышками с наклеенными этикетками, на которых написаны:  - Ф.И.О. пациента;  - номер отделения;  - номер палаты;  - интервал времени (6-9; 9-12; 12-15; 15-18; 18-21; 21-24; 24-3; 3-6).  4. Обеспечьте доставку мочи в лабораторию.  5. Используемые перчатки, воронку, диурезницу, судно (мочеприемник) обработайте в дез., растворе, затем замочите в нем - не менее, чем на 60 минут, раздельно.  По Ничепоренко:  Алгоритм действия:  1. Накануне (вечером) информировать больного о предстоящем исследовании, выдать направление либо подготовленную емкость с наклеенной этикеткой и обучить технике сбора мочи на исследование:  Утром пред сбором мочи произвести подмывание наружных половых органов  2. Собрать среднюю порцию мочи: вначале выделить небольшую порцию мочи в унитаз, задержать мочеиспускание, затем собрать в емкость 50-100 мл мочи и остатки её выпустить в унитаз.  3. Оставить в санитарной комнате в специальном ящике (в амбулаторных условиях доставить мочу в лабораторию).  4. Постовой медицинской сестре обеспечить доставку материала на исследование в лабораторию до 800 часов.  5. Полученные из лаборатории результаты исследований подклеить в историю болезни (амбулаторную карту).  **7.Решить задачу№16(УМКД-сборник задач, есть на сайте)**  1.У пациента, вследствие физической нагрузки развился приступ почечной  2. Алгоритм оказания неотложной помощи:  • вызвать скорую помощь; обеспечить пациенту психический и физический покой с целью создания эмоционального комфорта;  • положить грелку на поясничную область с целью снятия спазма гладкой мускулатуры мочевыводящих путей;  • обеспечить наблюдение за пациентом до прибытия врача, периодически измерять АД, пульс, ЧДД;  • приготовить к приходу врача для неотложной помощи препараты: 2,0 раствора но-шпы, 0,2%-1,0 раствора платифиллина, 50% раствор анальгина, 5,0 раствора баралгин (с целью обезболивания); е) выполнить назна   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 2.11.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Подготовка пациента к сдаче мочи на анализ по Зимницкому | 1 | |  | Подготовка пациента к сдаче мочи на анализ по Ничепоренко | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 3.11.2020 | Учебная практика №8  Тема: "Сестринский уход за больными с заболеваниями крови"  Ответить на вопросы:   1. Железодефицитная анемия (причины, симптомы, диагностика, диета при анемии) 2. В12дефицитная анемия (симптомы, диагностика, профилактика) 3. Геморрагический синдром (Тромбоциопения, гемофилия-клиника, диагностика, лечение) 4. Алгоритм взятия крови вакутейнером. 5. Решить задачу№21(есть на сайте в сборнике)   **1.Железодефицитная анемия (причины, симптомы, диагностика, диета при анемии)**  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).  Причины:  • Недостаточное поступление с питанием железа, особенно у новорожденных детей.  • Нарушение процессов всасывания.  Хронические кровопотери.  • Повышение потребности в железе при интенсивном росте у подростков, при  беременности и лактации.  Внутрисосудистый гемолиз с гемоглобинурией.  Нарушение транспорта железа.  Симптомы:  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.  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.  Диета:  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.  **2.В12дефицитная анемия (симптомы, диагностика, профилактика)**  Симптомы:  • Нарушение чувствительности  • Парестезии  • Атаксия  • Снижение мышечной силы  • Нарушение процессов дефекации и мочеиспускания  • Нарушения психики  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 профилактики:  Диетическое питание. Заместительная терапия препаратами витамина В12(цианкобаламин и др.)  **3.Геморрагический синдром (Тромбоциопения, гемофилия-клиника, диагностика, лечение)**  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.  Тромбоцитопении - 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.  Клиника:  У новорожденных детей признаками гемофилии могут служить длительное кровотечение из культи пуповины, подкожные гематомы, кефалогематомы. Кровотечения у детей первого года жизни могут быть связаны с прорезыванием зубов, оперативными вмешательствами (инцизией уздечки языка, циркумцизио). Острые края молочных зубов могут стать причиной прикусывания языка, губ, щек и кровотечений из слизистых оболочек полости рта. Однако в грудном возрасте гемофилия дебютирует редко в связи с тем, что материнском молоке содержится достаточное количество активной тромбокиназы.Вероятность посттравматических кровотечений значительно возрастает, когда ребенок с гемофилией начинает вставать и ходить. Для детей после года характерны носовые кровотечения, подкожные и межмышечные гематомы, кровоизлияния в крупные суставы. Обострения геморрагического диатеза случаются после перенесенных инфекций (ОРВИ, ветрянки, краснухи, кори, гриппа и др.) вследствие нарушения проницаемости сосудов. В этом случае нередко возникают самопроизвольные диапедезные геморрагии. Ввиду постоянных и длительных кровотечений у детей с гемофилией имеется анемия различной степени выраженности.  По степени убывания частоты кровоизлияния при гемофилии распределяются следующим образом: гемартрозы (70—80%), гематомы (10-20%), гематурия (14-20%), желудочно-кишечные кровотечения (8%), кровоизлияния в ЦНС (5%).  Гемартрозы являются наиболее частым и специфическим проявлением гемофилии. Первые внутрисуставные кровоизлияния у детей с гемофилией случаются в возрасте 1-8 лет после ушибов, травм или спонтанно. При гемартрозе выражен болевой синдром, отмечается увеличение сустава в объеме, гиперемия и гипертермия кожи над ним. Рецидивирующие гемартрозы приводят к развитию хронического синовита, деформирующего остеоартроза и контрактур. Деформирующий остеоартроз приводит к нарушению динамики опорно-двигательного аппарата в целом (искривлению позвоночника и таза, гипотрофии мышц, остеопорозу, вальгусной деформации стопы и др.) и к наступлению инвалидности уже в детском возрасте.  При гемофилии часто возникают кровоизлияния в мягкие ткани – подкожную клетчатку и мышцы. У детей обнаруживаются непроходящие синяки на туловище и конечностях, часто возникают глубокие межмышечные гематомы. Такие гематомы склонны к распространению, поскольку излившаяся кровь не сворачивается и, проникая вдоль фасций, инфильтрирует ткани. Обширные и напряженные гематомы могут сдавливать крупные артерии и периферические нервные стволы, вызывая интенсивные боли, паралич, атрофию мышц или гангрену.  Довольно часто при гемофилии возникают кровотечения из десен, носа, почек, органов ЖКТ. Кровотечение может быть инициировано любыми медицинскими манипуляциями (внутримышечной инъекцией, экстракцией зуба, тонзиллэктомией и др.). Крайне опасными для ребенка с гемофилией являются кровотечения из зева и носоглотки, поскольку могут привести к обструкции дыхательных путей и потребовать экстренной трахеостомии. Кровоизлияния в мозговые оболочки и головной мозг приводят к тяжелым поражениям ЦНС или летальному исходу.  Гематурия при гемофилии может возникать самопроизвольно или вследствие травм поясничной области. При этом отмечаются дизурические явления, при образовании кровяных сгустков в мочевыводящих путях - приступы почечной колики. У больных с гемофилией нередко обнаруживаются пиелоэктазия, гидронефроз, пиелонефрит.  Желудочно-кишечные кровотечения у пациентов с гемофилией могут быть связаны с приемом НПВС и др. лекарств, с обострением латентного течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивным гастритом, геморроем. При кровоизлияниях в брыжейку и сальник развивается картина острого живота, требующая дифференциальной диагностики с острым аппендицитом, кишечной непроходимостью и др.  Характерным признаком гемофилии является отсроченный характер кровотечения, которое обычно развивается не сразу после травмы, а через некоторое время, иногда спустя 6-12 и более часов.  Диагностика:  Для подтверждения диагноза необходимо провести развернутый анализ крови и мочи, простейшие коагуляционные тесты, осуществить подсчет тромбоцитов периферической крови, по показаниям может потребоваться стернальная пункция. Врач при постановке диагноза должен учитывать длительность кровотечения и время свертывания крови, проверить ее на содержание фибриногена и протромбина, а также определить толерантность (устойчивость) плазмы к гепарину.  Лечение:  Схема лечения гемофилии:  • Гемотрансфузионная терапия – переливание крови напрямую от донора, введение свежезамороженной плазмы;  • Коагулянты прямого действия – хроматографически очищенные лиофилизированные препараты человеческой плазмы крови, содержащие фактор свертывания VIII и комплексный фактор IX, а также рекомбинантный препарат фактора VII;  • Кровоостанавливающие препараты — прямые гемостатики «Фибриноген», «Тромбин», косвенные коагулянты «Менадион»;  • Введение кортикостероидов «Кеналога» или «Дипроспана» в полость сустава после аспирации крови;  • Во время ремиссии — ЛФК, магнитотерапия, электрофорез и прочие рассасывающие физиотерапевтические процедуры,  • При осложнениях – хирургическое вмешательство.  Общая схема лечения коагулопатии:  • Антигеморрагические средства – «Викасол», «Дицинон», «Контривен»;  • Ингибиторы фибринолиза – «Апротинин», «Аминокапроновая кислота», «Транексамовая кислота»;  • Стимулятор адгезии и агрегации тромбоцитов – «Этамзилат»;  • Инфузионное введение плазмы, тромбоцитарной или эритроцитарной массы, кровезаменителей, коллоидных и кристаллоидных растворов;  • «Соматотропный гормон».  Лечение ДВС-синдрома:  • «Гепарин» в стадии гиперкоагуляции,  • «Контрикал» в стадии гипокоагуляции.  При тромбоцитопенической пурпуре назначают больным:  • Гормонотерапию кортикостероидами – «Преднизолоном»,  • Химиотерапию цитостатиками – «Циклоспорином»,  • Плазмаферез,  • Удаление селезенки.  **4.Алгоритм взятия крови вакутейнером.**  Оснащение: вакуумная система с иглой, спиртовые шарики (спирт – 70%), маска, перчатки, жгут, клеёнчатая подушечка, салфетка, кожный антисептик, стерильная вакуумная пробирка с надписью фамилии пациента.  1. Надеть маску, тщательно вымыть руки проточной водой с мылом, обработать кожным антисептиком, надеть перчатки, обработать их спиртовым шариком или антисептиком для перчаток.  2. Усадить пациента на стул или уложить на кушетку.  3. Освободить руку от одежды до середины плеча.  4. Попросить пациента максимально разогнуть руку в локтевом суставе, под локоть положить клеёнчатую подушечку.  5. Проверить упаковку вакуумной системы на целостность, срок годности (если держатель многоразовый, вскрыть упаковку с иглой и насадить её на держатель), вскрыть упаковку с вакуумной системы.  6. Наложить жгут на среднюю треть плеча.  Правила наложения жгута:  • концы жгута должны смотреть вверх;  • жгут накладывается на плечо через салфетку или одежду;  • пульс на лучевой артерии должен прощупываться (рука не должна бледнеть или синеть – пережимаются только вены, артерии свободны).  1. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак (поработать кулачком).  2. Прощупать вену и встать по ходу вены.  3. Дважды обработать кожу спиртовыми шариками движениями снизу вверх вначале 10х10см и вторым шариком 5х5см по ходу вены.  4. Попросить пациента сжать кулак и зафиксировать вену первым пальцем левой руки, оттягивая кожу вниз.  5. Придерживая держатель срезом иглы вверх параллельно вене, под острым углом к коже проколоть кожу.  6. Продолжая фиксировать вену, слегка изменить направление иглы к вене и осторожно проколоть вену. Возникает ощущение попадания в пустоту (провала).  7. Зафиксировать держатель, слегка прижав его к руке пациента вторым пальцем правой руки.  8. Надеть держатель на иглу в пробирке, в пробирку потечёт кровь.  9. Снять жгут. Пациент при этом разжимает кулак.  10. Извлечь из держателя пробирку с кровью, поставить в штатив.  11. На место прокола приложить спиртовой шарик и извлечь иглу, придерживая кожу. Запомните! Сначала снять жгут, дать крови отток, а затем извлечь иглу!  12. Попросить пациента перехватить ватный шарик свободной рукой и согнуть руку в локте на 5 минут, резко не вставать и посидеть 5 – 10 минут в процедурном кабинете.  13. Держатель освободить от иглы. Иглу поместить в ёмкость (контейнер) № 2 с дез. раствором для игл (если держатель многоразовый). Если держатель одноразовый, то после процедуры его также помещают в ёмкость № 2 для игл. После дезинфекции держатели и иглы помещаются в жёлтый мешок «Б» для утилизации. Ватный шарик поместить в 3% раствор самаровки или ему идентичный на 1 час,  14. Снять перчатки вымыть руки.  15. Отметить в медицинской карте и в процедурном листе о выполнении процедуры.  16. Отправить пробирку вместе с направлением в лабораторию.  **5.Решить задачу№21(есть на сайте в сборнике)**  1.Нарушенные потребности: дышать, двигаться, работать, избегать опасности, быть здоровой, быть в безопасности.  Проблемы пациента:  • Настоящие: слабость, головокружение, одышка при физической нагрузке, ломкость ногтей, выпадение волос, беспокойство по поводу длительного лечения.  • Потенциальные: риск обморока.  • Приоритетные: слабость и головокружение вследствие железо- дефицитной анемии.  Цели:  • Цель краткосрочная: пациентка отметит уменьшение слабости и головокружения через 7 дней.  • Цель долгосрочная: слабость и головокружение исчезнут к моменту выписки.  2.План:  1. М/с проведет беседу с родственниками пациентки о необходимости включения в рацион продуктов, богатых железом и витамином С.  2. М/с обеспечит доступ свежего воздуха, ежедневно проветривая  3. М/с организует кормление пациентки в палате.  4. М/с обеспечит помощь пациентке в удовлетворении основных физических потребностей.  5. М/с будет наблюдать за внешним видом и состоянием пациентки.  6. М/с будет выполнять врачебные назначения.     |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 3.11.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Алгоритм взятия крови вакутейнером. | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 4.11.2020 | Учебная практика №9  Тема: "Сестринский уход при заболеваниях щитовидной железы"  Ответить на вопросы:   1. Базедова болезнь (симптомы, диагностика, профилактика). 2. Диффузно-тосический зоб, эндемический зоб. 3. Мекседема (клиника, диагностика, лечение). 4. Алгоритм в/в введения коргликона0,006%-1мл. раствора на глюкозе-10мл. 5. Алгоритм в/м введеения 2% раствора папаверина-2мл. 6. Решить задачу№27(есть на сайте)   **1.Базедова болезнь (симптомы, диагностика, профилактика).**  Симптомы:  • Симптомы, связанные с поражением сердца. Тиреоидные гормоны (тироксин, трийодтиронин) заставляют сердце работать быстрее (тахикардия), из-за чего работа органа выходить из строя. Это проявляется появлениями аритмии, экстрасистолии, гипертонии.  • Признаки эндокринных нарушений: нарушение адаптации, непереносимость жары, резкое похудание.  • При заболевании у человека повышается потливость, ногти волосы становятся ломкими, а в области голени могут быть отеки.  • Нарушается робота нервной системы человека. Такие пациенты быстро утомляются, чувствуют слабость, ненавязчивую боль в мышцах. Кроме того, они очень раздражённы, плаксивы. У них нарушается сон, и часто меняется настроение.  • При болезни страдает и пищеварительный тракт, в следствии активной роботы желудка и кишечника. Это проявляется поносом, тошнотой, рвотой.  • Офтальмологические нарушения в виде экзофтальма: выпяченные глаза, выраженный блеск, отек мягких тканей вокруг них, редкое мигание, неполное смыкание век. Это грозит воспалением, пересыханием и полной слепотой.  Диагностика:  Обследование щитовидной железы включает в себя:  • Подробный анамнез;  • Пальпацию органа;  • Общий и биохимический анализ крови, анализ на гормоны (тиреотропный гормон, Т3, Т4);  • Ультразвуковое исследование.  Профилактика:  Предотвратить заболевание помогут:  • Контроль за своим здоровьем;  • Здоровый образ жизни;  • Стараться не поддаваться стрессам;  • Своевременное лечение заболеваний, связанных с диффузным токсическим зобом.  **2.Диффузно-тосический зоб, эндемический зоб.**  Диффузный токсический зоб (болезнь Базедова, болезнь Грейвса) – заболевание, обусловленное гипертрофией и гиперфункцией щитовидной железы, сопровождающееся развитием тиреотоксикоза. Клинически проявляется повышенной возбудимостью, раздражительностью, похуданием, сердцебиением, потливостью, одышкой, субфебрильной температурой. Характерный симптом – пучеглазие. Ведет к изменениям со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем, развитию сердечной или надпочечниковой недостаточности. Угрозу для жизни пациента представляет тиреотоксический криз.  Эндемический зоб – это увеличение размеров щитовидной железы, вызванное дефицитом йода в организме. Причиной йодной недостаточности может послужить несбалансированное питание – недостаточное употребление в пищу рыбы, мяса, морской капусты, креветок, молочных продуктов, овсяной и гречневой круп и т.д. Около 90% суточной потребности в йоде человек получает именно благодаря питанию.  **3.Мекседема (клиника, диагностика, лечение).**  Микседема – это эндокринное заболевание, развивающееся при снижении или полном прекращении поступления в кровь тиреоидных гормонов.  Клиника:  Больные вялые, сонливые, медлительные, малоподвижные. Испытывают зябкость, плохо переносят пребывание на улице в холодное время года, часто мерзнут дома, особенно когда остаются без движения. Характерна мышечная слабость, заторможенность движений и мыслительных процессов – трудности концентрации и переключения внимания, запоминания информации. Пациенты находятся в депрессивном или субдепрессивном состоянии, плачут, теряют интерес к происходящему. Нередко отмечаются загрудинные, головные и мышечные боли. Аппетит снижен, процесс пищеварения замедлен, часто возникают запоры.В детстве микседема приводит к задержке умственного, физического и полового развития. Чем раньше началось заболевание, тем сильнее выражены отклонения. При врожденной форме микседемы диагностируется кретинизм. Конечности деформируются, нарушается формирование зубов, запаздывает их прорезывание и смена. Отечность тканей головы создает «карикатурность», грубость черт лица: нос плоский и широкий, глаза глубоко и широко посаженные, язык увеличен, выпадает изо рта. Интеллектуальный дефект умеренный или глубокий, в тяжелых случаях отсутствует речь и навыки самообслуживания. Претибиальная микседема, развивающаяся при тиреотоксикозе, проявляется локальной симптоматикой. Кожа голеней утолщается, имеет шероховатую поверхность, приобретает красновато-синеватый оттенок. Появляются признаки чрезмерного ороговения. На пораженных участках увеличиваются волосяные фолликулы, волосы усиленно выпадают, нарастает зуд. Тиреотоксикоз обуславливает наличие тахикардии, болей и дискомфорта в области сердца, мышечную слабость, повышенную раздражительность, беспокойство, рассеянность, тремор. Зачастую усиливается аппетит, снижается вес.  Диагностика:  • Общий, биохимический анализы крови. Определяется повышенное содержание белков, липопротеидов и холестерина, сниженный уровень йода, неорганического фосфора, гемоглобина (гипохромная анемия), увеличенное число лимфоцитов и эозинофилов. СОЭ часто выше нормы.  • Исследование гормонов в крови. Патогномоничный признак гипотиреоза – низкий уровень общего и свободного тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3). Повышенная концентрация тиреотропного гормона указывает на первичный гипотиреоз, пониженная – на вторичный гипотиреоз.  • Сцинтиграфия щитовидной железы. При изучении активности железистой ткани наблюдается слабое поглощение радиоактивного йода. Недостаточность общего захвата препарата выявляет снижение функциональности клеток. По равномерности свечения оценивается наличие эктопированных участков, узловых образований.  • УЗИ щитовидной железы. Ультразвуковое исследование позволяет визуализировать строение и размеры органа. Процедура проводится для обнаружения или подтверждения отсутствия новообразований как факторов микседемы – узлов, опухолей, кальцинатов. Для гипотиреоза характерен уменьшенный объем ткани железы.  Лечение:  • Гормонозаместительная терапия. Препараты тиреоидных гормонов – тироксина, трийодтиронина – широко применяются в эндокринологии для компенсации гипотиреотических состояний. Поскольку в большинстве случаев щитовидная железа утрачивает способность к самовосстановлению, терапия является пожизненной. Оценка эффективности проводится через 1-1,5 месяца после начала курса, затем – один раз в 6-12 месяцев.  • Глюкокортикоидные препараты. При претибиальной микседеме, наличии воспалительных и аутоиммунных процессов используются глюкокортикостероиды. Медикаменты этой группы оказывают противовоспалительное и иммунодепрессивное действие, подавляют активность аутоантител. Улучшение самочувствия отмечается уже с первых дней лечения.  • Диета. Всем больным показано питание с ограниченным содержанием соли и жиров. Это позволяет уменьшить отечность, нормализовать концентрацию холестерина и липопротеинов. В случаях, когда микседема спровоцирована йододефицитным гипотиреозом, составляется рацион с продуктами, богатыми йодом – морской капустой, морепродуктами, орехами. Дополнительно назначаются пищевые йодсодержащие добавки.  • Симптоматическая терапия. Для уменьшения отечности применяются диуретики и мочегонные сборы трав, рекомендуется ношение компрессионного белья. При наличии выраженных сердечно-сосудистых нарушений необходимы корректоры функционального состояния миокарда, кардиотонические и антиаритмические средства, ноотропы.  **4.Алгоритм в/в введения коргликона0,006%-1мл. раствора на глюкозе-10мл.**  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 ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  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.  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 3-5 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 ёмкости для дезинфекции.  22. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **5Алгоритм в/м введения 2% раствора папаверина-2мл.**  Оснащение: одноразовый шприц 2,0 мл с иглой, дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 70% спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампула с лекарственным средством.  I. Подготовка к процедуре:  1. Подтвердить наличие информированного согласия пациента.  2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры.  3. Уточнить аллергологический анамнез.  4. Вымыть и осушить руки.  5. Приготовить оснащение.  6. Проверить название, срок годности, визуальную пригодность лекарственного средства, сверить с назначением.  7. Извлечь стерильные лотки, пинцет из упаковки.  8. Собрать одноразовый шприц.  9. Приготовить 4 ватных шарика (салфетки), смочить их кожным антисептиком в лотке.  10. Надпилить ампулу с лекарственным средством специальной пилочкой.  11. Одним ватным шариком протереть ампулу и вскрыть её.  12. Сбросить использованный ватный шарик с концом ампулы в лоток для использованных материалов.  13. Набрать в шприц лекарственное средство из ампулы, сменить иглу.  14. Выпустить воздух под колпачок, проверить проходимость иглы.  15. Положить шприц в лоток и транспортировать в палату.  16. Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение (на животе или на боку).  II. Выполнение процедуры:  17. Определить место инъекции (верхне-наружный квадрант ягодицы или средняя 1/3 переднебоковой поверхности бедра).  18. Надеть перчатки.  19. Обработать ватным шариком (салфеткой), смоченным кожным антисептиком, кожу в месте инъекции дважды (вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции).  20. Снять колпачок с иглы.  21. Левой рукой растянуть кожу в месте инъекции, ввести иглу в мышцу под углом 90о на 2/3 длины.  22. Перенести левую руку на поршень, потянуть поршень на себя (убедиться, что не попали в сосуд) и ввести лекарственное средство.  23. Извлечь иглу, прижав ватный шарик (салфетку).  24. Положить использованный шприц в лоток для использованных материалов.  III. Окончание процедуры:  25. Снять ватный шарик, убедиться в отсутствии кровотечения.  26. Поместить ватный шарик (салфетку) в лоток для использованных материалов.  27. Помочь пациенту занять удобное для него положение.  28. Уточнить состояние пациента.  29. . Провести дезинфекцию использованного оборудования в отдельных ёмкостях на время экспозиции.  30. Снять перчатки, замочить их в растворе дезсредства на время экспозиции.  31. Вымыть и осушить руки.  32. Сделать отметку о выполненной манипуляции в медицинской документации.  **6 Решить задачу№27**  1.Гипергликемическая кома.  2.Алгоритм действия:  • срочно вызвать врача с целью окончательной постановки диагноза и назначения лечения;  • срочно вызвать лаборанта для определения уровня сахара в крови;  • собрать мочу для исследования на сахар и ацетон;  • приготовить и ввести по назначению врача инсулин, изотонический раствор хлорида натрия с целью уменьшения ацидоза и сахара в крови;  • контроль Ps, ДД, температуры тела, визуальный осмотр мочи с целью наблюдения за общим состоянием;  • обеспечить уход за кожей и слизистыми, обрабатывая их антисептическими растворами, во избежании присоединения вторичной инфекции;  • транспортировка пациента в реанимационное отделение для дальнейшего лечения и коррекции уровня сахара в крови;   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 4.11.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Алгоритм в/в введения коргликона0,006%-1мл. раствора на глюкозе-10мл. | 1 | |  | Алгоритм в/м введения 2% раствора папаверина-2мл. | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 5.11.2020 | Учебная практика №10  Тема: " Обеспечение сестринского ухода за пациентами, страдающими артритами и артрозами "  Ответить на вопросы:   1. Сахарный диабет (причины, симптомы, типы сахарного диабета, лечение). 2. Алгоритм п/к введения инсулина. 3. Диета при сахарном диабете (хлебная единица) 4. Глюкометр-что это. 5. Осложнения сахарного диабета (острые-комы и поздние осложнения сахарного диабета-"диабетическая стопа",дибетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, диабетическая полинейропатия. 6. Сестринский уход за больными с "диабетической стопой" 7. Решить задачу№27(есть на сайте)   1.Сахарный диабет (причины, симптомы, типы сахарного диабета, лечение).  Сахарный диабет – эндокринное заболевание, которое развивается вследствие относительной либо абсолютной недостаточности гормона инсулина, вызывающие развитие гипергликемии – стойкого увеличения содержания в крови глюкозы.  Причины:  • избыток жировых клеток в брюшной полости;  • гипертоническая болезнь;  • синдром поликистозных яичников (у женщин);  • иные эндокринные патологии;  • прием некоторых лекарств (в том числе комбинированных оральных контрацептивов).  Симптомы:  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.  • Выраженное похудание, особенно характерное для диабета 1-го 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.  Типы:  • СД первого типа. Он вызван дефицитом инсулина. Поджелудочная железа не справляется, поэтому больному необходимо принимать препараты, содержащие этот гормон.  • СД второго типа. Его причина – инсулинорезистентность. Самого гормона в организме достаточно, но клетки к нему нечувствительны, поэтому транспортировка глюкозы не происходит.  • Гестационный диабет. Развивается во время беременности в отсутствие сахарного диабета и угрожает здоровью матери и ребенка.  Лечение:  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.  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  2.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.  3.Диета при сахарном диабете (хлебная единица)  ХЕ-количество углеводов, для утилизации которого в организме потребуется 1 ед. инсулина, и в среднем равняется 12г глюкозы.  Для простоты использования этой меры все продукты пересчитаны на ХЕ по содержанию в них углеводов.  12г глюкозы содержится в кусочке хлеба весом 20г, в 1 яблоке, 1 яйце, в2 ст. л. сухого риса- т.е. эти продукты содержат по1 ХЕ.  Понятие ХЕ упрощает для пациента процесс подсчета количества углеводов, потребляемых им.  Диета при сахарном диабете  Люди, страдающие сахарным диабетом должны ограничивать себя во многих продуктах для достижения хорошей компенсации диабета. Все продукты можно разделить на III категории:  I категория – это продукты, которые можно употреблять без ограничений. К ним относятся: помидоры, огурцы, капуста, зеленый горошек (не более 3-х столовых ложек), редиска, редька, свежие или маринованные грибы, баклажаны, кабачки, морковь, зелень, стручковая фасоль, щавель, шпинат. Из напитков можно употреблять: напитки на сахарозаменителе, минеральная вода, чай и кофе без сахара и сливок (можно добавлять сахарозаменитель).  II категория – это продукты, которые можно употреблять в ограниченном количестве. К ним относятся: говяжье и куриное нежирное мясо, нежирная рыба, нежирная вареная колбаса, фрукты (за исключением фруктов, относящихся к 3 категории), ягоды, яйца, картофель, макаронные изделия, крупы, молоко и кефир жирностью не более 2%, творог жирностью не более 4% и желательно без добавок, нежирные сорта сыра (менее 30%), горох, фасоль, чечевица, хлеб.  III категория – продукты, которые желательно вообще исключить из рациона питания. К ним относятся: жирное мясо, птица, сало, рыба, копчености, колбасы, майонез, маргарин, сливки, жирные сорта сыра и творога, консервы в масле, орехи, семечки, сахар, мед, все кондитерские изделия, мороженое, варенье, шоколад, виноград, бананы, хурма, финики. Из напитков категорически запрещается употребление сладких напитков, соков, алкогольных напитков  4.Глюкометр-что это.  Глюкометр – это специальный тип электронных медицинских приборов, который позволяет быстро и достаточно точно определить уровень сахара в капиллярной крови человека.  5.Осложнения сахарного диабета (острые-комы и поздние осложнения сахарного диабета-"диабетическая стопа",дибетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, диабетическая полинейропатия.  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.  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.  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, характеризующийся крайней степенью нарушения метаболизма при сахарном диабете, протекающей без кетоацидоза на фоне выраженной гипергликемии, достигающей 33,0 ммоль/л и выше. Развивается резкое обезвоживание, клеточный эксикоз, гипернатриемия, гиперхлоремия, азотемия 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 тканей понижен, глазные яблоки мягкие, запавшие, черты лица заострены. Появляется одышка, однако дыхание Куссмауля и запах ацетона в выдыхаемом воздухе отсутствуют.  Диабетическая стопа – комплекс анатомо-функциональных изменений, развивающихся на фоне диабетической нейропатии, микро- и макроангиопатии, остеоартропатии, способствующих повышенной травматизации и инфицированию мягких тканей стопы, развитию гнойно-некротического процесса и в запущенных случаях ведущий к ампутации.Синдром диабетической стопы собирательное понятие, объединяющее группу поздних осложнений сахарного диабета, при которых развиваются патологические изменения стоп 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 не используется, а указываются составляющие её заболевания (абсцесс, флегмона, гангрена 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:  • Чувство жжения или покалывания в руках и ногах;  • Потеря чувствительности кожи к температуре;  • Ночные боли;  • Онемение в конечностях;  • Чувство зябкости в конечностях;  • Отеки стоп;  • Сухость и шелушение кожи конечностей;  • Повышенная влажность стоп;  • Покраснение кожи стоп;  • 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, объединяющий весь комплекс поражений артерий, артериол, клубочков и канальцев почек, возникающих в результате нарушения метаболизма углеводов и липидов в тканях почки. Распространённость диабетической нефропатии достигает 75% лиц с сахарным диабетом, чаще других наблюдается следующая патология почек.  Выраженность клинических симптомов при диабетической нефропатии (отёки, артериальная гипертензия), ответ на лечение и скорость прогрессирования почечной дисфункции во многом зависит от уровня альбумина в моче и скорости клубочковой фильтрации. При развитии хронической почечной недостаточности 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], чтобы избежать развития гипогликемических состояний.  6.Сестринский уход за больными с "диабетической стопой"  Медицинская сестра должна обучить пациента правилам ухода за ногами:  • Регулярно осматривать нижнюю часть стоп. Своевременно залечивать повреждения стоп. Мыть ноги ежедневно теплой водой и вытирать насухо. Использовать нейтральное мыло, типа «детского».  • Подрезать ногти не слишком коротко, не полукругом, а прямо, не выстригая и не закругляя уголки ногтей, чтобы не поранить кожу лезвиями ножниц. Чтобы сгладить неровности, пользуйтесь пилкой для ногтей.  • Носить просторную обувь, очень осторожно разнашивать новую обувь, чтобы избежать потертостей. Носить носки или чулки из ткани, хорошо впитывающей пот. Вместо синтетических изделий нужно пользоваться хлопчатобумажными или шерстяными. Не носить носки с тугой резинкой, которая препятствует циркуляции крови. Проверять обувь, чтобы в ней не было камешков, песчинок и т.д.  • Беречь ступни от повреждений, порезов, не ходить по камням, не ходить босиком. Не пользоваться грелкой, пластырем; не парить ноги, а мыть их и размягчать мозоли в теплой воде.  • Ежедневно использовать увлажняющий крем для ног. Наносить крем на нижнюю поверхность ступни, в межпальцевые промежутки наносить тальк.  • Покупать обувь вечером (к вечеру стопа несколько отекает), предварительно заготовив бумажный след – надо вложить его в приобретаемую обувь и проверить, что края следа не загибаются.  • Каблук не должен превышать 3-4 см.  7.Решить задачу№27(есть на сайте)  1. Гипергликемическая кома.  2. Алгоритм действия медицинской сестры:  • срочно вызвать врача с целью окончательной постановки диагноза и назначения лечения;  • срочно вызвать лаборанта для определения уровня сахара в крови;  • собрать мочу для исследования на сахар и ацетон;  • приготовить и ввести по назначению врача инсулин, изотонический раствор хлорида натрия с целью уменьшения ацидоза и сахара в крови;  • контроль Ps, ДД, температуры тела, визуальный осмотр мочи с целью наблюдения за общим состоянием;  • обеспечить уход за кожей и слизистыми, обрабатывая их антисептическими растворами, во избежании присоединения вторичной инфекции;  • транспортировка пациента в реанимационное отделение для дальнейшего лечения и коррекции уровня сахара в крови;   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 5.11.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Алгоритм п/к введения инсулина | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 6.11.2020 | Учебная практика №11  Тема: "Сестринский уход при острых аллергозах"  Ответить на вопросы:   1. Что такое аллергозы. 2. Анафилактический шок (причины, симптомы). 3. Сестринская помощь при анафилактическом шоке. 4. Крапивница(симптомы, лечение). 5. Отек Квинке (симптомы, лечение). 6. Алгоритм в/м введения супрастина. 7. Содержимое противошокового набора. 8. Решить задачу№28(есть на сайте)   1.Что такое аллергозы.  Аллергические болезни (аллергозы) - группа заболеваний, в основе развития которых лежит повреждение, вызываемое иммунной реакцией на экзогенные аллергены.  2Анафилактический шок (причины, симптомы).  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.  3.Сестринская помощь при анафилактическом шоке.  • немедленно прекратить введение лекарственного вещества, при в/в введении-сохранить сосудистый доступ  • наложить жгут выше места введения  • вызвать врача через помощника на место введения наложить пузырь со льдом  • измерить АД на свободной руке и манжету не снимать для контроля АД в динамике  • обколоть место инъекции крестообразно р-ром адреналина 0,1%-0.5 п/к  • ввести в/в струйно 90-120 мг преднизолона на 10.0 физ. Раствора • по назначению врача ввести при бронхоспазме в/в эуфиллин 2.4%-10.0 на физ.растворе  • по назначению врача при отечном с-ме ввести в/в фуросемид  • по назначению врача при тахикардии-коргликон  • при отсутствии АД и дыхания до прихода врача- начать легочносердечную реанимацию  После выведения пациента из шока- госпитализация и наблюдение не менее суток.  Препарат, вызвавший А.Ш. исключается из применения пациентом пожизненно, в медицинской документации делаются соответствующие пометки  4.Крапивница (симптомы, лечение).  Крапивница – это заболевание аллергического характера, которое проявляется образованием волдырей на поверхности кожи и на слизистых оболочках.  Симптомы:  • кожный зуд;  • высыпания на коже в виде волдырей.  Лечение:  • заменить лекарственные препараты, избегать перегрева, переохлаждения, инсоляции, отказаться от тесной одежды и не носить тяжести, минимизировать физическую нагрузку и т. п.);  • выявление и лечение очагов хронической инфекции у профильного специалиста;  • соблюдение гипоаллергенной диеты (при устранении продукта-аллергена улучшение наступает через 1-2 суток при атопической крапивнице и через 2-3 недели при псевдоаллергической);  • медикаментозное лечение крапивницы в соответствии с четырьмя линиями терапии в зависимости от эффекта (блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов, антилейкотриеновые препараты, анти-IgE-препараты, и т. д.);[  • вспомогательная терапия, при неэффективности классической — блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов, антидепрессанты, стабилизаторы мембран тучных клеток, системные ГКС, иммунодепрессанты, энтеросорбенты, фотодесенсибилизаторы, гистаглобулин, плазмаферез и т. д.;  • аллерген-специфическая иммунотерапия при подтверждённом аллергическом генезе крапивницы — наиболее эффективный метод лечения;  • если развивается асфиксия на фоне ангионевротического отёка гортани, может потребоваться экстренная интубация или трахеостомия.  5.Отек Квинке (симптомы, лечение).  Отек Квинке - острый ограниченный отек кожи с появлением большого, бледного, плотного, незудящего инфильтрата, при надавливании на который не остается ямки.  Причиной могут стать пищевые продукты, лекарственные препараты.  Типичен для отека Квинке внезапно возникающий отек губ, век, сопровождающийся напряжением кожи. Отек бледного цвета. Отек может распространяться на руки, шею, гортань- особенно опасный отек, жизнеугрожающее состояние: появляется осиплость голоса, «лающий» кашель, затруднение вдоха, асфиксия, при отсутствии своевременной медицинской помощи может наступить смерть.  Лечение отека Квинке:  • Госпитализация (обязательно!) и наблюдение не менее суток  • Голод на 3 дня  • ГКС- преднизолон или гидрокортизон, или дексаметазон в/в струйно  • Антигистаминные препараты в/м  • При симптомах удушья- сальбутамол ингал.  • При выраженном отеке- мочегонные  6.Алгоритм в/м введения супрастина.  Оснащение: одноразовый шприц 2,0 мл с иглой, дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 70% спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампула с лекарственным средством.  I. Подготовка к процедуре:  1. Подтвердить наличие информированного согласия пациента.  2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры.  3. Уточнить аллергологический анамнез.  4. Вымыть и осушить руки.  5. Приготовить оснащение.  6. Проверить название, срок годности, визуальную пригодность лекарственного средства, сверить с назначением.  7. Извлечь стерильные лотки, пинцет из упаковки.  8. Собрать одноразовый шприц.  9. Приготовить 4 ватных шарика (салфетки), смочить их кожным антисептиком в лотке.  10. Надпилить ампулу с лекарственным средством специальной пилочкой.  11. Одним ватным шариком протереть ампулу и вскрыть её.  12. Сбросить использованный ватный шарик с концом ампулы в лоток для использованных материалов.  13. Набрать в шприц лекарственное средство из ампулы, сменить иглу.  14. Выпустить воздух под колпачок, проверить проходимость иглы.  15. Положить шприц в лоток и транспортировать в палату.  16. Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение (на животе или на боку).  II. Выполнение процедуры:  17. Определить место инъекции (верхне-наружный квадрант ягодицы или средняя 1/3 переднебоковой поверхности бедра).  18. Надеть перчатки.  19. Обработать ватным шариком (салфеткой), смоченным кожным антисептиком, кожу в месте инъекции дважды (вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции).  20. Снять колпачок с иглы.  21. Левой рукой растянуть кожу в месте инъекции, ввести иглу в мышцу под углом 90о на 2/3 длины.  22. Перенести левую руку на поршень, потянуть поршень на себя (убедиться, что не попали в сосуд) и ввести лекарственное средство.  23. Извлечь иглу, прижав ватный шарик (салфетку).  24. Положить использованный шприц в лоток для использованных материалов.  III. Окончание процедуры:  25. Снять ватный шарик, убедиться в отсутствии кровотечения.  26. Поместить ватный шарик (салфетку) в лоток для использованных материалов.  27. Помочь пациенту занять удобное для него положение.  28. Уточнить состояние пациента.  29. . Провести дезинфекцию использованного оборудования в отдельных ёмкостях на время экспозиции.  30. Снять перчатки, замочить их в растворе дезсредства на время экспозиции.  31. Вымыть и осушить руки.  32. Сделать отметку о выполненной манипуляции в медицинской документации.  7.Содержимое 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  8.Решить задачу№28(есть на сайте)  1. Анафилактический шок  2.Алгоритм оказания неотложной помощи:  • прекратить введение пенициллина;  • срочно вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;  • уложить пациента с приподнятым ножным концом с целью притока крови к головному мозгу;  • расстегнуть стесняющую одежду и обеспечить доступ свежего воздуха;  • осуществлять контроль за состояние пациента (АД, ЧДД, пульс);  • положить на место инъекции пузырь со льдом и обколоть 0,1% р-ром адреналина с целью снижения скорости всасывания аллергена;  • ввести антигистаминные препараты с целью десенсибилизации (2% р-р супрастина или 2% р-р пипольфена или 1% р-р димедрола);  • приготовить потивошоковый набор;  • выполнить назначения врача.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: 6.11.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Сестринская помощь при анафилактическом шоке. | 1 | |  | Алгоритм в/м введения супрастина | 1 | |  | Содержимое противошокового набора | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 7.11.2020 | Учебная практика №12  Зачет.  Задание:  1.Алгоритм смены постельного белья.  2.Алгоритм проведения катетеризации мочевого пузыря.  1.Алгоритм смены постельного белья.  Цель: соблюдение личной гигиены пациента, создание комфортного состояния  ПОКАЗАНИЯ: загрязнение белья. Применяется для больных способных повернуться на бок, но находящихся на постельном режиме  ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: определяет врач  I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ: Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить  II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ: перчатки, комплект чистого белья, мешок для грязного белья.  1 СПОСОБ:  III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ  1. Наденьте перчатки  2. Оцените положение и состояние пациента  3. Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья  4. Чистую простыню скатайте по длине до половины  5. Поднимите голову пациента и уберите из под нее подушку  6. Подвиньте пациента к краю кровати, повернув его на бок  7. Грязную простыню скатайте по всей длине по направлению к пациенту  8. На освободившейся части постели расстелите чистую простыню  9. Поверните пациента на спину, а затем на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне  10. Уберите грязную простыню в мешок и расправьте чистую.  11. Осторожно положите подушку под голову  12. Края простыни подверните под матрац  13. Надеть чистый пододеяльник. Укрыть пациента  IY.ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.  1. Поместите грязный пододеяльник в мешок для белья  2. Спросите пациента, удобно ли ему лежать.  3. Снимите перчатки, вымойте руки.  2 СПОСОБ (Поперечный).  III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ  1. Наденьте перчатки.  2. Чистую простыню полностью скатайте, как бинт, в поперечном направлении  3. Осторожно приподнимите верхнюю часть туловища пациента, уберите подушки  4. Быстро скатайте грязную простынь со стороны изголовья кровати, до поясницы положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню  5. На чистую простыню положите подушку и опустите на нее голову пациента  6. Приподнимая таз, а затем ноги пациента, сдвиньте грязную простыню, продолжая расправлять чистую.  7. Опустите таз и ноги пациента, заправьте края простыни под матрац.  IY.ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.  1. Спросите пациента, удобно ли ему лежать  2. Уберите грязную простыню в мешок.  3. Снимите перчатки, вымойте руки.  2.Алгоритм проведения катетеризации мочевого пузыря.  Показания: острая задержка мочи, промывание мочевого пузыря, введение в мочевой пузырь лекарственных средств, взятие мочи на бактериологическое исследование.  Противопоказания: острый цистит, воспаление мочеиспускательного канала, разрыв уретры, уретральные кровотечения.  Подготовка к процедуре:  1. проведите идентификацию пациента (ФИО пациента должно совпадать с ФИО на направлении);  2. сообщите пациенту о манипуляции, цели, ходе процедуры и получите согласие на её проведение;  3. отгородите пациента ширмой;  4. уложите пациента на спину с согнутыми ногами в коленях и слегка разведенными;  5. вымойте руки гигиеническим уровнем, обработайте антисептиком,  6. под пациента подложите клеенку с пеленкой и поставьте судно (смотри постановку судна);  7. если пациент неходячий, то предварительно проведите подмывание половых органов (смотри уход за половыми органами), обработайте все инструменты;  8. смените фартук и приготовьте все для катетеризации;  Выполнение процедуры:  1. наденьте стерильные перчатки, возьмите пинцетом (стерильным) салфетку, смочите её в растворе фурациллина;  2. раздвиньте большие половые губы (у мужчин слегка отодвиньте крайнюю плоть) и обработайте вход в уретру;  3. поместите салфетку и пинцет в дез. раствор;  4. возьмите в правую руку стерильным пинцетом стерильный катетер на расстоянии 4 см от закругленного конца, как пишущее перо;  5. противоположный конец катетера зажмите между 4 и 5 пальцами той же руки;  6. облейте закругленный конец катетера стерильным вазелиновым маслом;  7. раздвиньте пальцами левой руки с помощью салфетки половые губы и осторожно введите катетер в мочеиспускательный канал (не касаясь пинцетом половых органов) до появления мочи;  8. при появлении мочи, противоположный конец катетера опустите в емкость для сбора мочи и продвиньте катетер ещё немного в мочевой пузырь;  9. как только струйка мочи ослабнет, пережмите конец катетера, к половым органам приложите стерильную салфетку и медленно извлеките катетер из мочевого пузыря, чтобы оставшаяся моча в мочевом пузыре выходила следом за катетером и промыла мочеиспускательный канал от инфекции (которая попала во время процедуры);  10. для лучшего выхода оставшейся жидкости из мочевого пузыря, необходимо левой рукой надавить на переднюю брюшную стенку над лобком;  11. осушите половые органы салфеткой;  Окончание процедуры:  1. катетер, пинцеты, салфетки – продезинфицируйте в 3% растворе хлорамина в течение часа (в разные емкости);  2. обработайте клеенку, фартук дважды 1% раствором хлорамина с интервалом 15 минут;  3. пеленку положите в клеенчатый мешок для стирки;  4. емкость для сбора мочи - продезинфицируйте в 3% растворе хлорамина в течение часа;  5. спросите о самочувствии пациента, уберите ширму, придайте ему удобное положение;  6. снимите перчатки, респиратор и продезинфицируйте их в 3% растворе хлорамина в течение часа, вымойте руки;  7. сделайте запись в листе наблюдения за пациентом.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог ня: 7.11.20 | Выполненные манипуляции | Количество: | |  | Алгоритм смены постельного белья. | 1 | |  | Алгоритм проведения катетеризации мочевого пузыря. | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |