

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ
И СЕМИНАРОВ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ МОДУЛЯМ ППССЗ по специальности
31.02.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

СОДЕРЖАНИЕ

1.	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ.01 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	1
1.1.	МДК 01.01 ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН.....	1
2.	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 02. ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.....	142
2.1.	МДК.02.01 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	142
2.2.	МДК.02.02 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	192
2.3.	МДК.02.03 ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	290
2.4.	МДК 02.04 «ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»	303
3.	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 03. НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	316
3.1.	МДК.03.01 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	316
4.	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 04. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ	325
4.1.	МДК.04.01 ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ	325
5.	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 05. МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.....	379
5.1.	МДК 05.01 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	379
6.	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ06. ОРГАНИЗАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	382
6.1.	МДК.06.01 ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	382
7.	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 07. ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО ОДНОЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКИМ ПРОФЕССИЯМ РАБОЧИХ, ДОЛЖНОСТЯМ СЛУЖАЩИХ	394
7.1.	МДК 07.01 САНИТАРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПАЛАТ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КАБИНЕТОВ, ПЕРЕМЕЩЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ, УХОД ЗА ТЕЛОМ УМЕРШЕГО ЧЕЛОВЕКА.....	394
7.2.	МДК 07.02. ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	427

1.	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ.01 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	
1.1.	МДК 01.01 ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН	

Модуль 1 «Пропедевтика и диагностика внутренних болезней»

Практическое занятие № 1.

Субъективные и объективные методы исследования.

Методы исследования органов дыхания.

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента (ПК 1.1.);
- интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза (ПК 1.2.);
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента (ПК 1.7.);

уметь:

- планировать обследование пациентов различных возрастных групп (ПК 1.1.);
- осуществлять сбор анамнеза (ПК 1.2.);
- применять различные методы обследования пациента (ПК 1.2.);
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики (ПК 1.2.);
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.);
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):
- сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
- общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
- подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп (ПК 1.3.);
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования (ПК 1.2.);
- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д. (ПК 1.2.).

Межпредметные связи: ОП.01. Здоровый человек и его окружение; ОП.02. Психология; ОП.03. Анатомия и физиология человека; ОП. 07. Основы латинского языка с медицинской терминологией; ОП.08. Основы патологии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1.Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2.Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3. Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

Контроль знаний

Устный фронтальный опрос.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием дыхательной системы.
3. Основные методы исследования больного с заболеванием бронхов, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение и закрепление нового материала.

Разбор АФО системы дыхания.

Особенности сбора анамнеза жизни и заболевания больного с бронхо-легочной патологией.

Характерные жалобы больных – одышка, кашель, выделение мокроты, кровохарканье, боли в грудной клетке.

Объективное обследование органов дыхания. Осмотр грудной клетки в норме и патологии.

Оценка типа дыхания, подсчет частоты дыхания, причины и изменения частоты и глубины дыхания. Глубокое и поверхностное дыхание.

Ритм дыхания.

Патологические виды дыхания, их характеристика. Диагностическое значение симптомов.

Пальпация грудной клетки. Правила пальпации, определение эластичности, ригидности, болезненности. Определение голосового дрожания.

Перкуссия, виды перкуссии. Сравнительная перкуссия легких. Правила, порядок, методика проведения.

Топографическая перкуссия легких, цели, задачи. Диагностическое значение изменения положения верхушек легких, нижних границ, определение подвижности легочного края.

Аускультация легких. Методика и последовательность проведения.

Основные дыхательные шумы. Везикулярное дыхание, его изменение при патологических процессах.

Бронхиальное дыхание (физиологическое и патологическое).

Побочные дыхательные шумы. Хрипы: сухие и влажные. Крепитация. Механизмы возникновения. Диагностическое значение.

Шум трения плевры. Понятие бронхофонии.

Лабораторные исследования при заболеваниях бронхо-легочной системы, их диагностическое значение (анализы крови, мокроты, промывных вод бронхов, плевральной жидкости).

Инструментальные исследования при заболеваниях системы дыхания, их диагностическое значение. Рентгенологические исследования: рентгеноскопия, рентгенография, томография, флюорография.

Эндоскопические методы исследования. Бронхоскопия, цели, возможности метода.

Функциональные методы исследования, их диагностическое значение. Спирометрия, пикфлоуметрия. Определение ЖЕЛ. Диагностическое значение.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

- Отработка навыков проведения методов субъективного и объективного исследования:
 - сбора анамнеза заболевания анамнеза жизни. Составление плана сбора анамнеза;
 - техники проведения общего осмотра терапевтического пациента, составление плана опроса;

- техники пальпации грудной клетки, техники сравнительной и топографической перкуссии грудной клетки пальцем по пальцу (определение границ легких), определение бронхофонии, оценка результатов;
- отработка техники аускультации легких, оценка результатов;
 - освоение техники подсчета ЧДД, пульса, измерения АД, оценка результатов;
- изучение методики проведения ФВД, оценка результатов;
 - изучение устройства пикфлоуметра, отработка навыков использования;
 - закрепление навыков измерения температуры тела и оценки результатов;
- освоение оценки общего и биохимического анализов крови и общего анализа мочи;
 - отработка навыков подготовки больного к сбору мокроты на исследование, оценка результатов анализов мокроты (общего, посева на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам);
 - изучение методик инструментального обследования больного: рентгенологического, эндоскопического.
 - подготовка больного к инструментальным методам исследования (флюорография, рентгеноскопия, рентгенография, бронхоскопия, бронхография, томография), оценка результатов исследования.
 - освоение методики и порядка чтения рентгенограмм грудной клетки, оценка результатов.

Закрепление

- решение заданий в тестовой форме (заключительные тесты), задач по теме.
- чтение анализов крови, мокроты, мочи, рентгенограмм, бронхограмм.

Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, пикфлоуметры, тонометры, посуда для сбора мокроты и других биологических материалов; ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, тесты, сборник клинических задач, образцы анализов крови, мокроты, мочи, альбомы кабинета, таблицы по теме, рентгенограммы, данные инструментальных исследований больных по теме, медицинская документация (типовые бланки ОАК, ОАМ, общий анализ мокроты, студенческая история болезни и др.). Альбомы кабинета, Методическое пособие по методам исследования системы дыхания, Учебно-методическое пособие к практическому занятию, лекции по теме, оборудование Кабинета пропедевтики и клинических дисциплин и лечения пациентов терапевтического профиля». ПЭВМ кабинета.

Альбомы:

- УМК по теме занятия МО органов дыхания;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов дыхания»;
- Иллюстрированное пособие «Кровь. Физиология и патология крови»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие к практическим занятиям «Рентгенографический метод исследования. Методика чтения рентгенограмм»;
- Иллюстрированное пособие «Эндоскопические методы исследования органов дыхания – Бронхоскопия, бронхография».

Домашнее задание

- Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы дыхания – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию, подсчет дыханий, пульса, измерение АД).
- Выписать в дневник основные методы диагностики для подтверждения диагноза заболеваний бронхо-легочной системы.
- Написать рефераты на темы:
 - История открытия физических методов исследования.
 - Функциональные методы исследования при заболеваниях органов дыхания (методика проведения, оценка результатов).

Диагностическое значение метода.

- Эндоскопические методы исследования органов дыхания.
- Рентгенологический метод исследования при заболеваниях органов дыхания. История открытия. Значение метода.
 - Современные методы исследования заболеваний системы дыхания – МРТ, ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томография. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы дыхания – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию).

Выписать в дневник основные методы диагностики для подтверждения диагноза заболеваний бронхо-легочной системы.

Тестовый контроль

к теме: Методы исследования пациентов

с заболеваниями дыхательной системы.

1 вариант

Выбрать один правильный ответ.

1. Типичные жалобы при заболевании органов дыхания:

- а. кашель, сонливость, диарея
- б. одышка, сердцебиение, АД
- в. кашель, температура, одышка
- г. одышка, отеки, раздражительность

2. Экспираторная одышка – это:

- а. трудно вдохнуть
- б. трудно выдохнуть
- в. трудно вдохнуть и выдохнуть
- г. трудно дышать лежа

3. Инспираторная одышка – это:

- а. трудно вдохнуть
- б. трудно выдохнуть
- в. трудно вдохнуть и выдохнуть
- г. трудно дышать лежа

4. В норме над легочными полями выслушивается дыхание:

- а. бронхиальное
- б. везикулярное
- в. ослабленное
- г. легочное

5. Ортопноэ – это:

- а. тип дыхания
- б. вынужденное положение тела: лежа на правом боку
- в. форма грудной клетки
- г. вынужденное положение тела: сидя с упором на руки

6. Частота дыхания в норме:

- а. 10-12 в мин
- б. 16-20 в мин
- в. 20-25 в мин
- г. 18-23 в мин

7. При воспалительном процессе (пневмония) в легких в клиническом анализе крови:

- а. повышенная СОЭ, повышение лейкоцитов
- б. пониженная СОЭ, повышение лейкоцитов
- в. пониженная СОЭ, понижение лейкоцитов
- г. правильного ответа нет

8. Феномен «голосового дрожания» - это:

- а. накопление вязкого экссудата в альвеолах
- б. тип дыхания
- в. вид побочного дыхательного шума
- г. пальпаторное определение проводимости голоса на поверхность грудной клетки

9. Дыхание Грокка, Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля – это:

- а. брюшной тип дыхания
- б. грудной тип дыхания
- в. смешанный вид дыхания
- г. патологический тип дыхания

10. К инструментальным методам исследования дыхательной системы относится:

- а. рентгенография
- б. флюорография
- в. спирография
- г. все ответы верны

Тестовый контроль

к теме: Методы исследования пациентов с заболеваниями дыхательной системы.

2 вариант

Выбрать один правильный ответ.

К разделам субъективного обследования относятся все, кроме:

- а) осмотра
- б) жалоб
- в) истории заболевания
- г) истории жизни

Основной объективный метод обследования пациента:

- а) бронхография
- б) томография
- в) спирометрия
- г) перкуссия

Объективный симптом:

- а) кашель
- б) одышка
- в) сухие хрипы
- г) головная боль

Функциональный метод исследования:

- а) спирография
- б) рентгеноскопия
- в) лапароскопия
- г) ангиография

Температура 37,5⁰С расценивают как:

- а) субфебрильную
- б) фебрильную
- в) пиретическую
- г) гиперпиретическую

Число дыхательных движений у взрослого человека в норме (в 1 мин.):

- а) 10-15
- б) 16-20
- в) 20-25
- г) 25-30

Тупой эпигастральный угол соответствует форме грудной клетки:

- а) астенической
- б) гиперстенической
- в) нормостенической
- г) цилиндрической

Определение голосового дрожания проводится методом:

- а) аускультации
- б) пальпации
- в) перкуссии
- г) поколачивания

Глубокое шумное редкое дыхание – это дыхание:

- а) Биота
- б) Грокка
- в) Куссмауля
- г) Чейна-Стокса

Над трахеей и крупными бронхами в норме выслушивается дыхание:

- а) везикулярное
- б) стенолитическое
- в) бронхиальное
- г) амфорическое

Влажные хрипы образуются при:

- а) наличии в бронхах вязкой мокроты
- б) сужении бронхов
- в) наличии в бронхах жидкой мокроты
- г) скоплении жидкости в плевральной полости

Пневмоторакс – это скопление в плевральной полости:

- а) гноя
- б) трансудата
- в) крови
- г) воздуха

Влажные хрипы выслушиваются:

- а) на вдохе и на выдохе
- б) только на вдохе
- в) только на выдохе
- г) на высоте вдоха

Нижняя граница легких по средне-ключичной линии справа соответствует ребру:

- а) 5
- б) 6
- в) 7
- г) 8

При скоплении воздуха в плевральной полости перкуторный звук:

- а) коробочный
- б) тупой
- в) тимпанический
- г) ясный

Тестовый контроль

к теме: Методы исследования пациентов с заболеваниями дыхательной системы.

3 вариант

Выбрать один правильный ответ.

К объективным методам обследования относятся все, кроме:

- а) аускультации
- б) пальпации
- в) осмотра
- г) опроса

К разделу «история жизни» относится информация о:

- а) начале заболевания
- б) течении заболевания
- в) результатах обследования
- г) вредных привычках

Диагноз, установленный на начальной стадии заболевания:

- а) предварительный
- б) ранний
- в) дифференцированный
- г) ретроспективный

Дополнительный объективный метод обследования:

- а) аускультация
- б) перкуссия
- в) опрос
- г) спирометрия

Эндоскопический метод исследования:

- а) рентгеноскопия
- б) ирригоскопия
- в) колоноскопия
- г) томография

Преобладающий тип дыхания у мужчин:

- а) грудной
- б) брюшной
- в) смешанный

Патологическая форма грудной клетки:

- а) цилиндрическая
- б) нормостеническая
- в) ладьевидная
- г) астеническая

Определение бронхофонии проводится методом:

- а) аускультации
- б) пальпации
- в) перкуссии
- г) осмотра

Кратковременная задержка дыхания - это:

- а) диспноэ
- б) брадиспноэ
- в) тахиспноэ
- г) апноэ

При везикулярном дыхании выдох:

- а) равен вдоху
- б) короче вдоха
- в) длиннее вдоха
- г) не выслушивается

Крепитация свидетельствует о поражении:

- а) альвеол
- б) бронхов
- в) плевры
- г) трахеи

Скопление в полости плевры крови - это:

- а) гемоторакс
- б) пневмоторакс
- в) гидроторакс
- г) пиопневмоторакс

Сухие хрипы выслушиваются:

- а) на вдохе и выдохе
- б) только на вдохе
- в) только на выдохе
- г) на высоте вдоха

Нижняя граница легкого по передней подмышечной линии соответствует ребру:

- а) 5
- б) 6
- в) 7
- г) 8

При повышенной воздушности легких отмечается перкуторный звук:

- а) коробочный
- б) тупой
- в) тимпанический
- г) ясный

Практическое занятие № 2.

Методы исследования системы кровообращения

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента (ПК 1.1.);
- интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза (ПК 1.2.);
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента (ПК 1.7.);

уметь:

- планировать обследование пациентов различных возрастных групп (ПК 1.1.);
- осуществлять сбор анамнеза (ПК 1.2.);
- применять различные методы обследования пациента (ПК 1.2.);
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики (ПК 1.2.);
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.);
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):

сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;

общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.

подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.

- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп (ПК 1.3.);
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования (ПК 1.2.);
- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д. (ПК 1.2.).

Междисциплинарные связи: ОП.01. Здоровый человек и его окружение; ОП.02. Психология; ОП.03. Анатомия и физиология человека; ОП. 07. Основы латинского языка с медицинской терминологией; ОП.08. Основы патологии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1.Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2.Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3.Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4.Контроль знаний

Устный фронтальный опрос.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием системы кровообращения.
3. Основные методы исследования больного с заболеваниями сердца и сосудов, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение и закрепление нового материала.

1. Разбор АФО системы кровообращения.
 2. Особенности сбора анамнеза жизни и заболевания больного с патологией сердца и сосудов. Характерные жалобы больных с заболеванием сердечно-сосудистой системы.
 3. Объективное обследование органов кровообращения. Осмотр больного. Положение больного в постели, цвет кожных покровов, форма ногтей и пальцев рук, наличие отеков.
 4. Осмотр области сердца и периферических сосудов, деформации грудной клетки.
 5. Верхушечный толчок, пульсация сосудов шеи и др. симптомы.
 6. Перкуссия сердца. Правила, методика, диагностическое значение. Определение границ сердца.
 7. Аускультация сердца. Характеристика сердечных тонов. Патологические ритмы. Шумы сердца.
 8. Лабораторные исследования при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, их диагностическое значение (общий анализ крови, биохимические анализы крови).
 9. Инструментальные исследования при заболеваниях системы кровообращения, их диагностическое значение. Электрокардиография. Проводящая система сердца. ЭКГ отведения. Техника записи ЭКГ (зубцы и интервалы).
 10. Холтеровское мониторирование, диагностическое значение метода.
 11. Рентгенологическое исследования: рентгенография, КТ.
 12. Ультразвуковое исследование сердца (УЗИ, доплер).
 13. Функциональные методы исследования: ВЭМ, тредмил, их диагностическое значение.
- 6. Самостоятельная работа**

- Работа с УМК по теме.

- Отработка навыков проведения методов субъективного и объективного исследования кардиологического больного:
 - сбора анамнеза заболевания анамнеза жизни. Составление плана сбора анамнеза;
 - техники проведения общего осмотра терапевтического «кардиологического» пациента, составление плана опроса;

- техники пальпации области сердца: пальпация верхушечного толка, его характеристика, пульсация аорты, надчревная пульсация, оценка результатов;
 - пальпация пульса, определение его качеств.
 - отработка техники перкуссии. Правила, методика проведения, диагностическое значение. Определение границ относительной сердечной тупости. Ширина сосудистого пучка. Диагностическое значение метода.
 - отработка техники аускультации сердца, точки выслушивания клапанов сердца, оценка результатов. Патологические ритмы, диагностическое значение.
 - освоение техники подсчета ЧДД, пульса, измерения АД, оценка результатов;
 - освоение оценки общего и биохимического анализов крови и общего анализа мочи;
 - подготовка больного к инструментальным методам исследования (рентгеноскопия, рентгенография, томография), оценка результатов исследования.
 - освоение методики и порядка чтения рентгенограмм грудной клетки, оценка результатов.

Закрепление

- решение заданий в тестовой форме (заключительные тесты), задач по теме.
- чтение анализов крови, мокроты, мочи, рентгенограмм, ЭКГ.

Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, тонометры, секундомеры, ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, тесты, сборник клинических задач, образцы анализов крови, мочи, таблицы по теме, рентгенограммы, данные инструментальных исследований больных по теме, ЭКГ с различной патологией, медицинская документация (типичные бланки ОАК, ОАМ, студенческая история болезни и др.), Альбомы кабинета, Методическое пособие по методам исследования системы кровообращения, Учебно-методическое пособие к практическому занятию, лекции по теме, оборудование Кабинета пропедевтики и клинических дисциплин и лечения пациентов терапевтического профиля». ПЭВМ кабинета.

Альбомы:

- УМК по теме занятия МО системы кровообращения;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования системы кровообращения»;
- Иллюстрированное пособие «Кровь. Физиология и патология крови»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие к практическим занятиям «Рентгенографический метод исследования. Методика чтения рентгенограмм»;
- Иллюстрированное пособие «Велоэргометрия, Тедмил».

Домашнее задание

- Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы кровообращения – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию, подсчет дыханий, пульса, измерение АД).
- Выписать в дневник основные методы диагностики для подтверждения диагноза заболеваний сердечной сосудистой системы.
- Написать рефераты на темы:
 - История открытия физических методов исследования.
 - Функциональные методы исследования при заболеваниях сердечной сосудистой системы (методика проведения, оценка результатов). Диагностическое значение метода.
 - Рентгенологический метод исследования при заболеваниях сердечной сосудистой системы. Значение метода.
 - Современные методы исследования заболеваний сердечной сосудистой системы – МРТ, ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томография. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы кровообращения – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию).

Выписать в дневник основные методы диагностики для подтверждения диагноза заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Составить план обследования больного с заболеванием системы кровообращения (в тетради).

Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы кровообращения – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию).

Написать реферат по одной из тем:

- Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими заболеваниями системы кровообращения
- ЭКГ. Проведение исследования (методика проведения), оценка результатов. Диагностическое значение метода.

- Современные методы исследования заболеваний системы кровообращения – ЭхоКС, МРТ, КТ. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины.

Тестовые задания к теме

Методы обследования сердечно-сосудистой системы

Вариант 1

Тахикардия - это:

- а) урежение дыхания
- б) урежение сердцебиения
- в) учащение сердцебиения
- г) учащение дыхания

Симптом «кошачьего мурлыканья» можно выявить при:

- а) осмотре
- б) аускультации
- в) перкуссии
- г) пальпации

В норме площадь относительной сердечной тупости:

- а) меньше площади абсолютной сердечной тупости
- б) равна площади абсолютной сердечной тупости
- в) больше площади абсолютной сердечной тупости

Левая граница относительной сердечной тупости у взрослого человека находится в:

- а) 5 межреберье по сердечной линии слева
- б) 5 межреберье на 1,5 см снаружи от левой среднеключичной линии
- в) 5 межреберье на 1,5 см внутри от левой среднеключичной линии
- г) 5 межреберье на 2,5 см снаружи от левой среднеключичной линии

В четвертой точке аускультации выслушивают звуковые явления с клапана:

- а) легочного
- б) аортального
- в) митрального
- г) трехстворчатого

Период возбуждения предсердий отражает зубец:

- а) P
- б) T
- в) R
- г) S

Появление шума на верхушке свидетельствует о поражении клапана:

- а) аортального
- б) легочного
- в) митрального
- г) трехстворчатого

При записи ЭКГ желтый электрод накладывают на:

- а) правую руку
- б) левую руку
- в) левую ногу
- г) правую ногу

Артериальное давление у взрослого человека равно 90/60 мм рт. ст. следует расценивать как:

- а) норму
- б) гипотонию
- в) гипертонию

Тестовые задания к теме

Методы обследования сердечно-сосудистой системы

Вариант 2

Венозная кровь течет в:

- а) аорте
- б) бедренной артерии
- в) легочных венах
- г) легочном стволе

Методом пальпации и осмотра можно определить:

- а) тоны сердца
- б) верхушечный толчок
- в) границы сердца
- г) длинник сердца

Границы относительной сердечной тупости определяют методом:

- а) аускультации
- б) осмотра
- в) перкуссии

г) пальпации

Правая граница относительной сердечной тупости у взрослого человека находится:

- а) по правому краю грудины
- б) по левому краю грудины
- в) на 1,5 см кнутри от правого края грудины
- г) на 1,5 см кнаружи от правого края грудины

Во второй точке аускультации выслушивают звуковые явления с клапана:

- а) митрального
- б) аортального
- в) легочного
- г) трехстворчатого

Период реполяризации желудочков отражают зубец:

- а) Т
- б) Р
- в) S
- г) R

Звуковые явления, возникающие при работе сердца, регистрирует:

- а) фонокардиография
- б) эхокардиография
- в) электрокардиография
- г) ангиография

При записи ЭКГ зеленый электрод накладывают на:

- а) правую ногу
- б) левую ногу
- в) правую руку
- г) левую руку

Артериальное давление у 40-летнего мужчины в норме составляет:

- а) 90/60 мм рт. ст.
- б) 130/85 мм рт. ст.
- в) 140/100 мм рт. ст.
- г) 160/95 мм рт. ст.

Тестовые задания к теме

Методы обследования сердечно-сосудистой системы

Вариант 3

Частота сердечных сокращений у взрослого в норме:

- а) 16 - 20 в минуту
- б) 40 - 70 в минуту
- в) 60 - 80 в минуту
- г) 90 - 100 в минуту

Граница относительной сердечной тупости определяется методом:

- а) аускультации
- б) перкуссии
- в) пальпации
- г) осмотра

Верхушечный толчок в норме расположен в 5 межреберье:

- а) по левой среднеключичной линии
- б) на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии
- в) на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии
- г) по правому краю грудины

Верхняя граница относительной сердечной тупости у взрослого человека находится на уровне ребра:

- а) 2
- б) 3
- в) 4
- г) 5

В первой точке аускультации выслушивают звуковые явления с клапана:

- а) митрального
- б) аортального
- в) легочного
- г) трехстворчатого

Стандартные отведения:

- а) V₁, V₂, V₄
- б) AVF, AVL, AVR
- в) I, II, III

Электрические явления, возникающие при работе сердца, регистрирует:

- а) фонокардиография
- б) эхокардиография
- в) электрокардиография
- г) ангиография

При записи ЭКГ красный электрод накладывают на:

- а) правую ногу
- б) левую ногу
- в) правую руку
- г) левую руку

Артериальное давление у 40-летнего мужчины равно 140/100 мм рт. ст. следует расценивать как:

- а) норму

- б) гипотонию
- в) гипертонию

Тестовый контроль

к теме: Методы исследования пациентов с заболеваниями системы кровообращения.

Вариант 4

Выбрать один правильный ответ.

1. Малый круг кровообращения начинается:

- а. аортой
- б. верхней полой веной
- в. легочной артерией
- г. нижней полой веной

2. Точка выслушивания первого тона:

- а. верхушка сердца
- б. II межреберье слева
- в. II межреберье справа

3. Симптомы заболевания сердца:

- а. боль, отеки, раздражительность
- б. сердцебиение, боль, сонливость
- в. боль, сердцебиение, отеки
- г. отеки, сердцебиение, анорексия

4. Скопление жидкости в брюшной полости – это:

- а. гидроторакс
- б. анасарка
- в. гидроперикард
- г. асцит

5. Верхняя граница сердца находится в:

- а. межреберье
- б. II межреберье
- в. III межреберье
- г. IV межреберье

6. Точка выслушивания митрального клапана:

- а. II межреберье справа
- б. II межреберье слева
- в. у основания мечевидного отростка
- г. верхушка сердца

7. Точка аускультации второго тона:

- а. верхушка сердца
- б. второе межреберье справа
- в. у основания мечевидного отростка
- г. точка Боткина-Эрба

8. Точка выслушивания трехстворчатого клапана:

- а. II межреберье справа
- б. II межреберье слева
- в. у основания мечевидного отростка
- г. верхушка сердца

9. Точка выслушивания аортального клапана:

- а. II межреберье справа
- б. II межреберье слева
- в. у основания мечевидного отростка
- г. верхушка сердца

10. Точка выслушивания клапана легочной артерии:

- а. II межреберье справа
- б. II межреберье слева
- в. у основания мечевидного отростка
- г. верхушка сердца

11. Границы нормы систолического артериального давления:

- а. 120-150 мм рт. ст.
- б. 100-140 мм рт. ст.
- в. 90-140 мм рт. ст.
- г. 110-150 мм рт. ст.

12. Границы нормы диастолического артериального давления:

- а. 60-80 мм рт. ст.
- б. 60-100 мм рт. ст.
- в. 70-105 мм рт. ст.
- г. 90-100 мм рт. ст.

13. Пульсовое давление – это:

- а. нижняя граница артериального давления
- б. верхняя граница артериального давления
- в. разность между систолическим и диастолическим артериальным давлением
- г. верного ответа нет

14. Состояние предсердий характеризует зубец:

- а. P
- б. T
- в. S

г. Q

15. Состояние желудочков характеризует:

- а. зубец Р
- б. интервал PQ
- в. комплекс QRS
- г. интервал RR

16. Тахикардия – это:

- а. урежение числа сердечных сокращений ниже 60
- б. учащение сердечных сокращений свыше 80
- в. перебои в работе сердца
- г. дефицит пульса

17. Дефицит пульса – это:

- а. преобладание пульсовых ударов над числом сердечных сокращений
- б. преобладание числа сердечных сокращений над числом пульсовых ударов
- в. отсутствие пульсовой волны на одной из конечностей

18. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы появление отеков характерно:

- а. на лице
- б. на нижних конечностях
- в. в брюшной полости
- г. все ответы верны

19. Брадикардия – это:

- а. урежение числа сердечных сокращений ниже 60
- б. учащение сердечных сокращений свыше 80
- в. перебои в работе сердца
- г. дефицит пульса

20. Экстрасисталия – это:

- а. урежение числа сердечных сокращений ниже 60
- б. учащение сердечных сокращений свыше 80
- в. внеочередное сокращение сердца
- г. верного ответа нет

21. Инструментальные методы исследования, применяемые в кардиологии:

- а. эхокардиография
- б. велоэргометрия
- в. рентгенография органов грудной полости
- г. все ответы верны

Практическое занятие № 3. Методы исследования системы пищеварения

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследование пациентов различных возрастных групп (ПК 1.1.);
- осуществлять сбор анамнеза (ПК 1.2.);
- применять различные методы обследования пациента (ПК 1.2.);
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики (ПК 1.2.);
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.);
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):
сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп (ПК 1.3.);
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования (ПК 1.2.);
- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д. (ПК 1.2.).

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1.Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2. Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3. Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4. Контроль знаний

4.1. Тестовый контроль (вводный)

4.2. Устный фронтальный опрос.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и заболевания гастроэнтерологического пациента.
2. Субъективный метод исследования - сбор анамнеза, значение метода в диагностике заболеваний системы пищеварения.
3. Особенности проведения и алгоритм опроса гастроэнтерологического пациента.
4. Проведение осмотра пациента, план осмотра. Оценка состояния, внешнего вида больного.
5. Определение телосложения, конституции больного, характера питания.
6. Осмотр кожи, видимых слизистых. Изменение придатков кожи (ногти, волосы).
7. Осмотр живота. Определение развития подкожно-жирового слоя.
8. Пальпация живота. Порядок проведения пальпации.
9. Пальпация желудка, тонкого и толстого отделов кишечника.
10. Особенности пальпации печени. Перкуторное определение границ печени, диагностическое значение метода.
11. Пальпация желчного пузыря.
12. Перкуссия живота. Значение метода.
13. Исследование стула, диагностическое значение метода.
14. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, диагностическое значение.
15. Эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта. Диагностическое значение.

5. Изучение нового материала.

Изучение методов субъективного исследования пациента. Методика опроса.

Демонстрация-инструктаж проведения объективного метода исследования пациента. Освоение методов перкуссии живота, пальпации органов желудочно-кишечного тракта по Образцову-Стражеско. Отработка алгоритма проведения техники пальпации живота (друг на друге).

Пальпация печени и желчного пузыря. Отработка алгоритма проведения техники пальпации живота (друг на друге).

Ознакомление с методами лабораторного и инструментального методов исследования органов желудочно-кишечного тракта.

Знакомство с медицинской документацией. Демонстрация историй болезни, амбулаторной карты поликлинического больного, карты вызова скорой помощи и т.д.

Самостоятельная работа

1. Отработка методики сбора анамнеза гастроэнтерологического больного.
2. Отработка друг на друге навыков проведения методов объективного исследования:
 - техники проведения общего осмотра пациента с заболеванием органов пищеварения (осмотр кожных покровов, состояния волос и ногтей, полости рта, зубов, десен; осмотр области живота);
 - закрепление порядка и техники пальпации живота – поверхностной, глубокой пальпации по методу Образцова - Стражеско;
 - техника пальпации печени и определения ее границ по Курлову;
3. Закрепление инструментальных методов исследования системы пищеварения. Повторение зондовых методов исследования желудка и 12-перстной кишки.
4. Знакомство с эндоскопическими методами исследования желудочно-кишечного тракта (работа с Методическим пособием по теме, альбомами кабинета).
5. Лабораторные методы (общий и биохимический анализы крови, исследование кала, функциональные методы исследования печени и поджелудочной железы).

Закрепление

Решение заданий в тестовой форме (заключительные тесты), задач.

Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, образцы анализов крови, кала, мочи, желудочного и дуоденального зондирования, альбомы кабинета, таблицы по теме, зонды для желудочного и дуоденального зондирования, штатив с пробирками и др.).

Альбомы:

- Иллюстрированное пособие «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное учебное пособие «Методы обследования органов пищеварения»;
- Иллюстрированное пособие «Эндоскопические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие «ФЭГДС, Колоноскопия, Аноскопия»;
- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования».

Домашнее задание

Рефераты на темы:

- Объем лабораторно - инструментального обследования больных с заболеваниями пищеварительной системы. Современные методы исследования.
- Методика исследования секреторной деятельности желудка и 12-перстной кишки – зондирование. Виды зондирования.
- Анализ кала, значение метода в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта.
- Эндоскопические исследования желудка и кишечника. Проведение исследования (методика проведения), оценка результатов.

Диагностическое значение метода.

- Камни желчного пузыря, виды.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы пищеварения – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию живота, пальпацию печени и желчного пузыря, аускультацию живота).

Выписать в дневник основные методы диагностики, проводимые для подтверждения диагноза заболеваний системы пищеварения.

3. Написать реферат по одной из тем:

- Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими заболеваниями системы пищеварения;
- Современные методы исследования заболеваний системы пищеварения – ФЭГДС, колоноскопия, рентгенологические методы исследования ж-к-т. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины.

Тестовый контроль к теме: Методы обследования желудочно-кишечного тракта

1 вариант

Что такое дисфагия?

вздутие живота

нарушение прохождения пищи по пищеводу

ощущение жжения за грудиной

боли в эпигастральной области

изменение стула

Что такое изжога?

вздутие живота;

нарушение прохождения пищи по пищеводу

ощущение жжения за грудиной;

боли в эпигастральной области;

изменение стула.

Жалобами больных при заболеваниях желудка являются все, кроме:

изжоги;

изменения аппетита;

запоров;

болей в животе;

артралгии.

Что такое анорексия?

повышение аппетита;

снижение аппетита;

извращение аппетита;

отвращение к определенному продукту;

полная потеря аппетита.

Для какой локализации патологического процесса характерна рвота, приносящая облегчение?

тонкий кишечник;

толстый кишечник;

желудок;

печень;

поджелудочная железа.

Характер болей при заболеваниях желудка - все, кроме:

через 1,5-2 часа после еды;

через 20 - 30 минут после еды;

«ночных» болей;

не связанных с приемом пищи;

стихающих после акта дефекации.

Выберите термин, характеризующий повышение кислотности в желудочном соке:

ахилия;

ахлоргидрия;

гипоацидитас;

гиперацитидас;

нормоцитидас.

Методы исследования желудка - все, кроме:

фиброгастродуоденоскопии с биопсией;

рентгенозофогогастроскопии;

исследования желудочного сока;

электрокардиографии;

pH-метрии.

Энтеральный стимулятор желудочной секреции:

гистамин;
пентогастрин;
настой хлеба;
отвар капусты;
лимонтар.

Парентеральный стимулятор желудочной секреции:

гистамин;
пентогастрин;
настой хлеба;
отвар капусты;
лимонтар.

Что такое мелена?

жирный блестящий, плохо смывающийся кал;
жидкий кал черного цвета;
обесцвеченный кал (серый);
кал с кусочками переваренной пищи;
черный оформленный кал.

При какой ситуации в брюшной полости выявляются симптомы флюктуации:

асцит;
метеоризм;
перитонит;
отек передней брюшной стенки;
в норме.

Какая методика применяется при пальпации поперечно-ободочной кишки?

поверхностная;
бимануальная поверхностная;
глубокая бимануальная.

Для синдрома нарушения переваривания и всасывания характерно:

большое количество крахмала в кале;
большое количество жирных кислот и мыл в кале;
большое количество мышечных волокон в кале;
жидкий кал щелочной реакции;
все перечисленное.

Какой перкуторный звук характерен для метеоризма?

«высокий» тимпанит;
притупленно-тимпанический;
тупой;
ясный;
верны «2» и «3».

Каковы задачи поверхностной пальпации живота?

определение плотности и болезненности передней брюшной стенки;
определение возбудимости мышц брюшной стенки;
определение значительного увеличения органов или больших опухолей;
оценка свойств кишечника, желудка и других органов брюшной полости;
верны «1» и «3».

Какие органы брюшной полости пальпируются одной рукой?

желудок
слепая кишка;
сигмовидная кишка;
поперечноободочная кишка;
верны «2» и «3».

Метод перкуссии живота используют для выявления:

метеоризма;
опущения почки;
асцита;
верны «1» и «3»;
висцероптоза.

В положении больного лежа на спине, живот приобретает форму «лягушачьего» при:

ожирении;
асците;
висцероптозе;
метеоризме;
верны «1» и «4».

Укажите нормальную верхнюю границу абсолютной печеночной тупости по правой срединно-ключичной линии:

VI ребро;
V ребро;
V межреберье;
край реберной дуги;
VII ребро.

Тестовый контроль к теме: Методы исследования пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей.

Выбрать правильный ответ:

Поверхностную пальпацию живота проводят с целью определения

а) напряжения передней стенки живота

- б) положения внутренних органов
- в) размеров внутренних органов
- г) симптома «головы Медузы»

Сигмовидная кишка пальпируется в области

- а) левой подвздошной
- б) правой подвздошной
- в) эпигастральной
- г) мезогастральной

Верхняя граница абсолютной печеночной тупости по правой ключичной линии соответствует ребру

- а) 5
- б) 6
- в) 7
- г) 8

Желтуха развивается при

- а) гипобилирубинемии
- б) гипербилирубинемии
- в) гипопротенемии
- г) гиперпротеинемии

5. Иррадиация боли в плечо и правую лопатку объясняется:

- а. раздражение диафрагмального нерва
- б. раздражение диафрагмального и межреберных нервов
- в. раздражение межреберных нервов
- г. нет верного ответа

6. Упорный кожный зуд характерен:

- а. заболевание сердца
- б. заболевание легких
- в. заболевание печени
- г. заболевание крови

7. Моча цвета «пива» характерна:

- а. заболеванию почек
- б. заболеванию желчного пузыря
- в. отравление алкоголем
- г. печеночной желтухи

8. Симптом портальной гипертензии объясняется застоем крови в:

- а. системе воротной вены
- б. БКК
- в. МКК
- г. желчном пузыре

9. Ярко-красные ладони бывают при:

- а. заболевании почек
- б. заболевании желудка
- в. заболевании печени
- г. заболевании желчного пузыря

10. В терминальную стадию печеночной недостаточности характерно:

- а. эйфория, бред
- б. галлюцинации
- в. ступор
- г. кома

11. Норма билирубина в сыворотке крови:

- а. 8,5-30,5
- б. 3,3-5,5
- в. 8,5-20,5
- г. 0-18

12. При патологии в желчном пузыре изменяется порция:

- а. А
- б. В
- в. С
- г. все порции

13. «Голова медузы» - это:

- а. расширение вен передней брюшной стенки
- б. расширение вен задней брюшной стенки
- в. расширение вен нижних конечностей
- г. расширение вен верхних конечностей

14. При холецистографии per os дают:

- а. капустный отвар, сухарики
- б. мясной бульон
- в. легкий ужин, алкоголь
- г. биллитраст, йодогност, холевод

Практическое занятие № 4.

Методы обследования системы мочевыделения

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):
сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования (ПК 1.2.);
- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д. (ПК 1.2.).

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2. Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3. Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4. Контроль знаний

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и заболевания пациента с заболеванием мочевыводящей системы.
2. Субъективный метод исследования - сбор анамнеза, значение метода в диагностике заболевания.
3. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента. Значимые факторы риска почечных заболеваний.
4. Проведение осмотра пациента, план осмотра.
5. Осмотр кожи, видимых слизистых.
6. Наличие отеков, характеристика отеков. Выявление отеков.
7. Показатели измерения артериального давления. Оценка результатов при заболеваниях почек.
8. Пальпация почек. Определение симптома Пастернацкого, значение метода при диагностике заболеваний почек.
9. Перкуссия почек и мочевого пузыря. Методика, правила, порядок проведения.
10. Анализы крови при заболеваниях почек. Виды анализов, их значение в диагностике почечных заболеваний.
11. «Мочевой синдром», диагностическое значение.
12. Проведение проб по Зимницкому, Нечипоренко, Аддис-Каковскому, диагностическое значение.
13. Рентгенологическое исследование почек, методы исследования, оценка результатов.
14. Ультразвуковое исследование мочевыделительной системы. Принципы, диагностическое значение.

5. Изучение нового материала.

Изучение методов субъективного исследования пациента с заболеванием почек и системы мочевыделения.

Демонстрация-инструктаж проведения объективного метода исследования пациента. Освоение методов перкуссии, пальпации, аускультации. Алгоритм проведения техники пальпации области почек, перкуссии пальцем по пальцу друг на друге. Симптом Пастернацкого, его определение и значение.

Знакомство с лабораторными и инструментальными методами исследования почек и системы мочевыделения.

6. Самостоятельная работа

- Знакомство со структурой Истории болезни пациента.
- Обработка друг на друге методике сбора анамнеза.
 - Отработка друг на друге навыков проведения методов объективного исследования:
 - техники проведения общего осмотра «пациента» с патологией почек;
 - техники пальпации поясничной области и области мочевого пузыря;
 - техники перкуссии почек пальцем по пальцу;
 - техника подсчета ЧДД, измерение АД, оценка результатов;
 - изучение данных объективного обследования пациента, инструментальных, рентгенологических, эндоскопических, лабораторных.

1. Закрепление

Решение заданий в тестовой форме (заключительные тесты).

2. Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, образцы анализов крови, мочи, кала, альбомы кабинета, таблицы по теме.

Альбомы:

- Морфология микробов;
- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования»;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования почек и системы мочевыделения»;
- Иллюстрированное пособие «Анализ мочи».

Домашнее задание

Рефераты на темы:

- Аппарат «Искусственная почка», принцип действия, показания к применению;
- Объем лабораторно - инструментального обследования больных с заболеваниями системы мочевыделения.
- Современные методы исследования заболеваний системы Мочевыделения – МРТ, ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томография.

Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

Составить план обследования больного с заболеванием почек и системы мочевыделения (в тетради).

2. Отработать методику подготовки и проведения диагностических методов исследования почек и системы мочевыделения. Выписать в дневник основные методы диагностики для подтверждения диагноза заболеваний почек и системы мочевыделения

3. Написать реферат по одной из тем:

- Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими заболеваниями почек;
- Современные методы исследования заболеваний почек. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины.
- Пересадка почки – статистика, методика проведения, успехи и неудачи метода.

Тесты к теме Заболевания системы мочевыделения

1. Какова основная структурная единица почки:

- а) мочеточник
- б) нефрон
- в) клубочек
- г) чашки, лоханки
- д) мочеиспускательный канал

2. В норме относительная плотность мочи в исследовании по Зимницкому составляет:

- а) 1015 - 1025
- б) 1005 - 1010
- в) 1007 - 1012
- г) 1030 - 1040

3. Появление в моче белка называют:

- а) гипергликемией
- б) ацетонурией
- в) протеинурией
- г) гиперстенурией

4. Сколько мочи выделяет здоровый человек за одни сутки (при обычном питьевом

режиме):

- а) 500 мл
- б) 3000 мл
- в) около 2000 мл
- г) 100 мл

5. Нормальной удельной плотности мочи соответствуют цифры:

- а) 1000-1015
- б) 1005-1010
- в) 1010-1015
- г) 1014-1026
- д) 1026-1035

6. Нормальные цифры суточного диуреза соответствуют:

- а) 1,5 литра
- б) 100% от количества выпитой жидкости
- в) 65-70% от количества выпитой жидкости
- г) 50% от количества выпитой жидкости
- д) более 100% от количества выпитой жидкости

7. Для определения соотношения между дневным и ночным диурезом назначают анализ мочи по:

- а) Нечипоренко
- б) Зимницкому
- в) Аддис-Каковскому
- г) Ребергу
- д) все перечисленное неверно

8. Анализ мочи по Нечипоренко назначается с целью:

- а) определения суточного диуреза
- б) определения форменных элементов
- в) выявления наличия белка в моче
- г) выявления наличия солей
- д) определения фильтрации и реабсорбции мочи

9. Анализ мочи по Зимницкому назначается с целью:

- а) определения суточного диуреза
- б) определения форменных элементов
- в) выявления наличия белка в моче
- г) выявления наличия солей
- д) определения фильтрации и реабсорбции мочи

10. Анализ мочи по Аддис-Каковскому назначается с целью:

- а) определения суточного диуреза
- б) определения форменных элементов
- в) выявления наличия белка в моче
- г) выявления наличия солей
- д) определения фильтрации и реабсорбции мочи

11. Нарушение диуреза называется никтурией при:

- а) уменьшении количества суточной мочи менее 500 мл
- б) увеличении количества суточной мочи более 2 литров
- в) преобладании ночного диуреза над дневным
- г) учащении мочеиспускания
- д) задержке выделения мочи

12. Больной выделил за сутки 450 мл мочи. Дайте определение этому нарушению диуреза:

- а) никтурия
- б) полиурия
- в) анурия
- г) олигурия
- д) дизурия

13. Почечные отеки имеют следующие особенности:

- а) отеки мягкие: появляются утром на веках, под глазами, быстро появляются и быстро исчезают
- б) отеки мягкие: появляются вечером на лице, трудно поддаются лечению
- в) отеки плотные: появляются на ногах к вечеру, легко поддаются лечению
- г) отеки плотные: появляются утром на веках, под глазами, долго сохраняются, трудно поддаются лечению
- д) отеки плотные: появляются утром на ногах, плохо поддаются лечению

14. Некоторые диуретики выводят соли калия из организма, а поэтому следует увеличить в рационе количество:

- а) мяса
- б) кондитерских изделий
- в) кураги, изюма
- г) молока, творога
- д) рыбы

Тестовый контроль

к теме: Методы обследования пациентов с заболеваниями почек

Выбрать один правильный ответ.

1. Какова основная функция почек:

- а) выделительная
- б) дыхательная
- в) регуляция обмена веществ
- г) регуляция температуры тела
- д) все перечисленное

2. Суточный диурез составляет 300 мл – это:

- а) анурия
- б) никтурия
- в) олигурия
- г) полиурия

3. Частое, болезненное мочеиспускание - это:

- а) ишурия
- б) дизурия
- в) анурия
- г) олигурия

4. Укажите основной симптом заболевания почек:

- а) гипотония;
- б) боли в эпигастральной области;
- в) рвота желчью;
- г) боли в поясничной области;
- д) желтуха.

5. Характерные симптомы заболевания почек:

- а) ортопноэ, кровохарканье, отеки голеней
- б) анемия, диарея, жажда
- в) боль в пояснице, отеки, изменение мочи
- г) булимия, апатия, полиурия

6. Какой синдром не является характерным для заболеваний почек:

- а) гипертензионный
- б) мочевого
- в) отечный
- г) портальной гипертензии

7. В пробе Зимницкого максимальная плотность мочи:

- а) менее 1001
- б) 1020
- в) 1007
- г) 1009

8. Какие жалобы не типичны при заболевании почек:

- а) сухость и зуд кожи
- б) нарушение зрения
- в) отеки лица
- г) боль в левом боку

9. В анализе нормальной мочи не должно быть:

- а) глюкоза, бактерии
- б) белок, ацетон
- в) эритроциты, зернистые цилиндры
- г) все перечисленное

10. В норме реакция мочи:

- а) кислая
- б) щелочная
- в) нейтральная
- г) не имеет значения

11. Симптом Пастернацкого характерен только для:

- а) пиелонефрита
- б) воспаления почек, радикулита, миозита
- в) межпозвоночной грыжи, мочекаменной болезни
- г) нет верного ответа

12. Какие отеки типичны для заболевания почек:

- а) лица, верхних конечностей
- б) анасарка
- в) поясницы
- г) голеней, стоп

13. Для исследования мочи по Нечипоренко собирают:

- а) мочу за сутки
- б) мочу за 12 часов

- в) кровь из вены + утреннюю порцию мочи
- г) среднюю струю мочи

14. Инструментальный метод исследования при заболевании почек:

- а) велоэргометрия
- б) внутривенная урография
- в) обзорный снимок брюшной полости
- г) все ответы верны

2. Вариант

1. Какова основная структурная единица почки:

- а) мочеточник
- б) нефрон
- в) клубочек
- г) чашки, лоханки
- д) мочиспускательный канал

2. В норме относительная плотность мочи в исследовании по Зимницкому составляет:

- а) 1015 - 1025
- б) 1005 - 1010
- в) 1007 - 1012
- г) 1030 - 1040

3. Появление в моче белка называют:

- а) гипергликемией
- б) ацетонурией
- в) протеинурией
- г) гиперстенурией

4. Сколько мочи выделяет здоровый человек за одни сутки (при обычном питьевом режиме):

- а) 500 мл
- б) 3000 мл
- в) около 2000 мл
- г) 100 мл

5. Количество лейкоцитов в анализе мочи по Нечипоренко (в 1 мл) в норме:

- а) 2 000
- б) 5 000
- в) 7 000
- г) 6 000

6. Значение удельного веса в общем анализе мочи 1005 расценивают как:

- а) гиперстенурию
- б) норму
- в) гипостенурию
- г) изогипостенурию

7. Как называется уменьшение количества мочи (менее 500 мл):

- а) анурия;
- б) полиурия;
- в) олигурия;
- г) поллакиурия;
- д) дизурия.

ЗАДАЧИ ПО КЛИНИЧЕСКИМ АНАЛИЗАМ МОЧИ

ЗАДАЧА № 1

Больной А поступил в клинику с жалобами на боли в поясничной области. В анализе мочи получены следующие данные:

	Доставленное количество	70,0 мл
Цвет		соломенно-желтый
Реакция	кислая	
Удельная плотность	1020	
Прозрачность	полная	
Белок		отсутствует
Лейкоциты		2-3 в поле зрения
Эритроциты		отсутствуют
Плоский эпителий		1-2 в поле зрения
Почечный эпителий	отсутствует	
	Слизь	небольшое колич.

Оцените данный анализ.

ЗАДАЧА № 2

Больной обратился к врачу с жалобами на необычный цвет мочи – кровянистый. При проведении общего анализа мочи выявлены следующие данные:

Доставленное количество	180,0 мл
Цвет	кровянистый
Реакция	кислая
Удельная плотность	1017
Прозрачность	мутная
Белок	0,33%

Лейкоциты		нет
Эритроциты		свежие, 15-20 в п/з
Плоский эпителий		10-11 в п/з
Почечный эпителий	нет	
Цилиндры		нет
Соли	оксалаты в большом количестве	

Оцените данный анализ.

ЗАДАЧА № 3

Больной обратился к врачу с жалобами на кровавистую мочу. В анализе мочи получены следующие данные:

Доставленное количество		60,0 мл
Цвет		«мясных помоев»
Реакция		щелочная
Удельная плотность	1024	
Прозрачность		слабо мутная
Белок		1,84%
Лейкоциты		нет
Эритроциты		выщелоченные, 30-60 в п/з
Плоский эпителий		нет
Почечный эпителий	1-2 в п/з	

Оцените данный анализ.

ЗАДАЧА № 4

Больной жалуется на длительно сохраняющиеся боли в поясничной области. Получен анализ мочи:

Доставленное количество		40,0 мл
Цвет		соломенно-желтый
Реакция		щелочная
Удельная плотность	1008	
Прозрачность		мутная
Белок		0,33%
Осадок		незначительный, рыхлый
Лейкоциты		2-3 в п/з
Эритроциты		выщелоченные, 2-5 в п/з
Плоский эпителий		1-2 в п/з
Почечный эпителий	1-2 п п/з	
Цилиндры		гиалиновые 1-3 в п/з

Оцените анализ мочи.

ЗАДАЧА № 5

После переохлаждения у больной появились рези при мочеиспускании, что заставило ее обратиться к врачу. Отмечает также, что увеличилась частота мочеиспусканий. Анализ мочи следующий:

Доставленное количество		100,0 мл
Цвет		соломенно-желтый
Реакция		щелочная
Удельная плотность	1028	
Прозрачность		мутная
Белок		1,5%
Лейкоциты		покрывают все поля зрения
Эритроциты		свежие, 15-20 в поле зрения
Плоский эпителий	эпителиальные клетки мочевого пузыря	
Почечный эпителий	нет	
Соли	аморфные фосфаты, трипельфосфаты	
	Бактерии	значительное количество

Тестовые задания к теме

Методы исследования почек

1. Симптомы, наиболее характерные для хронических заболеваний почек - все, кроме:

- артериальной гипертензии;
- гипотензии;
- болей в поясничной области;
- дизурии;
- отеков.

Что такое полиурия:

- количество мочи, выделяемое за сутки, - 1000 мл;
- количество мочи, выделяемое за сутки, - более 2000 мл;
- количество мочи, выделяемое за сутки, - менее 200 мл;
- количество мочи, выделяемое за сутки, - менее 500 мл;
- количество мочи, выделяемое за сутки, - менее 50 мл.

Что такое анурия:

- количество мочи, выделяемое за сутки, - менее 50 мл;
- количество мочи, выделяемое за сутки, около 500 мл;
- количество мочи, выделяемое за сутки, - 1000 мл;
- количество мочи, выделяемое за сутки, - 1500 мл;

д) количество мочи, выделяемое за сутки, - более 2000 мл.

Что такое поллакиурия:

редкое мочеиспускание;
учащенное мочеиспускание;
преобладание ночного диуреза над дневным;
преобладание дневного диуреза над ночным;
болезненное мочеиспускание.

Что такое никтурия:

редкое мочеиспускание;
учащенное мочеиспускание;
преобладание ночного диуреза над дневным;
преобладание дневного диуреза над ночным;
болезненное мочеиспускание.

Что такое дизурия:

болезненное мочеиспускание;
учащенное мочеиспускание;
затрудненное мочеиспускание;
недержание мочи;
расстройство мочеиспускания.

Что такое энурез:

недержание мочи днем и ночью;
недержание мочи ночью;
недержание мочи днем;
учащенное мочеиспускание;
болезненное мочеиспускание.

Каков удельный вес мочи здорового человека:

1001-1010;
1010-1017;
1017-1024;
1024-1038;
1030-1033.

Что такое гематурия:

появление эритроцитов в моче;
увеличение количества лейкоцитов в моче;
появление белка в моче;
появление цилиндров в моче;
наличие в моче ацетона.

Что такое протеинурия:

наличие эритроцитов в моче;
наличие белка в моче;
увеличение содержания лейкоцитов в моче;
наличие цилиндров в моче;
наличие ацетона в моче.

Укажите характерную локализацию болей при заболеваниях почек:

боли локализируются в эпигастральной области;
боли в поясничной области с иррадиацией по внутренней поверхности бедра;
боли в правом подреберье;
боли в правой подвздошной области;
разлитые боли по всему животу.

Укажите метод наблюдения за отеками:

перкуссия;
аускультация;
измерение АД;
измерение внутричерепного давления;
измерение суточного диуреза.

Какие отеки характерны для пациентов с заболеванием почек:

сопровождающиеся цианозом;
одутловатость лица по утрам;
сопровождающиеся гиперемией;
отеки ног к вечеру;
имеющие плотный характер.

Что показывает анализ мочи по Нечипоренко:

количество эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров в 1 мл мочи;
количество эритроцитов, лейкоцитов за единицу времени;
удельный вес мочи;
количество выделенной мочи;
скорость фильтрации мочи.

Проба Зимницкого проводится для определения:

концентрационной функции почек;
количества эритроцитов в моче;
количества лейкоцитов;
количества белка в моче;
скорости фильтрации мочи.

Инструментальные методы исследования органов системы мочеиспускания - все, кроме:

экскреторной урографии;
УЗИ;
изотопной ренограммы;

цистоскопии;
ирригоскопии.

Тестовый контроль к теме: Методы обследования пациентов с заболеваниями МВС.

Выбрать один правильный ответ.

1. Характерные симптомы заболевания почек:

- а. ортопноэ, кровохарканье, отеки голеней
- б. анемия, диарея, жажда
- в. боль в пояснице, отеки, изменение мочи
- г. булимия, апатия, полиурия

2. Какой синдром не является характерным для заболеваний почек:

- а. гипертензионный
- б. мочевого
- в. отечный
- г. портальной гипертензии

3. В пробе Зимницкого максимальная плотность мочи:

- а. менее 1001
- б. 1020
- в. 1007
- г. 1009

4. Какие жалобы не типичны при заболевании почек:

- а. сухость и зуд кожи
- б. нарушение зрения
- в. отеки лица
- г. боль в левом боку

5. В анализе нормальной мочи не должно быть:

- а. глюкоза, бактерии
- б. белок, ацетон
- в. эритроциты, зернистые цилиндры
- г. все перечисленное

6. В норме реакция мочи:

- а. кислая
- б. щелочная
- в. нейтральная
- г. не имеет значения

7. Симптом Пастернацкого характерен только для:

- а. пиелонефрита
- б. воспаления почек, радикулита, миозита
- в. межпозвоночной грыжи, мочекаменной болезни
- г. нет верного ответа

8. Какие отеки типичны для заболевания почек:

- а. лица, верхних конечностей
- б. анасарка
- в. поясницы
- г. голеней, стоп

9. Для исследования мочи по Нечипоренко собирают:

- а. мочу за сутки
- б. мочу за 12 часов
- в. кровь из вены + утреннюю порцию мочи
- г. среднюю струю мочи

10. Инструментальный метод исследования при заболевании почек:

- а. велоэргометрия
- б. внутривенная урография
- в. обзорный снимок брюшной полости
- г. все ответы верны

Тема Практического занятия № 5.

Методы исследования системы крови.

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
 - объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
 - проводить диагностические исследования (ПК 1.2.);
- сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
- общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
- подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.

- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования (ПК 1.2.);
- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д. (ПК 1.2.).

Межпредметные связи: ОП.01. Здоровый человек и его окружение; ОП.02. Психология; ОП.03. Анатомия и физиология человека; ОП. 07. Основы латинского языка с медицинской терминологией; ОП.08. Основы патологии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2. Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3. Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4. Контроль знаний

Контрольные вопросы:

Алгоритм опроса.

Субъективный метод исследования - сбор анамнеза, Клиническое значение сбора анамнеза жизни и заболевания пациента при диагностике болезней кроветворной системы.

Особенности проведения и алгоритм осмотра пациента с заболеванием крови и кроветворных органов.

Оценка состояния больного, осмотр, телосложение, видимые деформации скелета. Оценка симптомов.

Осмотр кожи, видимых слизистых, ногтей, волос, зубов.

Пальпация лимфатических узлов. Методика, правила, порядок проведения данного метода, диагностическое значение.

Оценка результатов пальпации лимфоузлов – плотность, консистенция, подвижность, спаянность с окружающими тканями.

Перкуссия селезенки, Размеры селезенки. Диагностическое значение.

Пальпация плоских костей, эпифизов трубчатых костей, определение болезненности, деформаций.

Лабораторные методы исследования больного при заболеваниях крови. Значение в диагностике заболеваний крови.

Современные лабораторные методы исследования крови.

Общий клинический анализ крови. Основные показатели нормы.

Понятие о коагулограмме, ее показатели.

Биохимические анализ крови, диагностическое значение метода.

Стернальная пункция, цели проведения, диагностическое значение. Понятие о миелограмме.

Инструментальные методы исследования больного при заболеваниях кроветворной системы.

5. Изучение нового материала.

Изучение методов субъективного исследования пациента с заболеванием системы крови.

Демонстрация-инструктаж проведения объективного метода исследования пациента. Освоение методов перкуссии, пальпации. Алгоритм проведения техники пальпации селезенки, лимфатических узлов. Диагностическое значение.

б. Знакомство с медицинской документацией. Демонстрация историй болезни, амбулаторной карты поликлинического больного, бланков анализов.

Самостоятельная работа

- Знакомство со структурой Истории болезни пациента больного с заболеванием системы крови.

- Обработка друг на друге методике сбора анамнеза.

- Обработка друг на друге навыков проведения методов объективного исследования:

- техники проведения общего осмотра «пациента» с заболеваниями крови;

- техники пальпации селезенки;

- техники пальпации лимфатических узлов;

- техника подсчета ЧДД, измерение АД, оценка результатов;

- изучение данных объективного обследования пациента, инструментальных, рентгенологических, эндоскопических, лабораторных.

1. Закрепление

Решение заданий в тестовой форме (заключительные тесты).

2. Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, образцы анализов крови, альбомы кабинета, таблицы по теме.

Альбомы:

- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования»;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования крови»;
- Иллюстрированное пособие «Анализ крови».

3. Домашнее задание

Рефераты на темы:

- Аппарат «Стерильная пункция. Трепанобиопсия», показания к проведению и методика. Диагностическое значение;
- Новый метод исследования крови - гемосканирование.
- Белки крови и их диагностическое значение в терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

1. Составить план обследования больного с заболеваниями крови и органов кроветворения.
2. Отработать методику подготовки и проведения диагностических методов исследования системы крови. Выписать в дневник основные методы диагностики для подтверждения диагноза анемий, лейкозов, геморрагических диатезов.
3. Написать реферат по одной из тем:
 - Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими анемиями;
 - Объем лабораторного обследования лейкозами.
 - Современные методы исследования заболеваний крови. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины.
 - Переливание крови – показания, методика проведения, успехи и неудачи метода.

Тестовый контроль

к теме: Методы исследования пациентов с заболеваниями кроветворной системы.

1 ВАРИАНТ

Выбрать один правильный ответ.

1. Синдромы характерные для заболеваний системы крови:
 - а. синдром анемии
 - б. синдром пролиферации
 - в. геморрагический синдром
 - г. все ответы верны

2. Причиной заболеваний крови может быть:
 - а. вирусы
 - б. бактерии
 - в. переедание
 - г. радиация

3. «Лакированный язык» - это:
 - а. розовый язык со сглаженными сосочками
 - б. язык покрытый белым, густым налетом
 - в. розовый язык с глубокими трещинами
 - г. язык обычной формы с кровоизлияниями

4. «Лакированный язык» встречается при:
 - а. лейкозах
 - б. кровопотерях
 - в. гемофилии
 - г. В₁₂-дефицитной анемии

5. Норма гемоглобина у женщин:
 - а. 130-160

- б. 120-140
- в. 110-130
- г. 140-150

6. Норма гемоглобина у мужчин:
- а. 130-160
 - б. 120-140
 - в. 110-130
 - г. 140-150

7. Пойкилоцитоз – это эритроциты, разные по:
- а. форме
 - б. величине
 - в. окраске
 - г. подвижности

8. Анизоцитоз – это эритроциты, разные по:
- а. форме
 - б. величине
 - в. окраске
 - г. подвижности

9. Лейкоцитоз – это количество лейкоцитов:
- а. менее 4,0
 - б. от 4,0 до 8,0
 - в. больше 9,0
 - г. больше 7,0

10. Сдвиг формулы влево – это увеличение:
- а. лимфоцитов
 - б. эозинофилов
 - в. моноцитов
 - г. палочкоядерных сегментов и появление юных форм

11. Некротическая ангина характерна для:
- а. В12-дефицитная анемия
 - б. железодефицитная анемия
 - в. острого лейкоза
 - г. хронического лейкоза

12. Лабораторный метод исследования при заболевании крови:
- а. развернутый анализ крови
 - б. общий анализ мочи
 - в. проба Реберга
 - г. правильного ответа нет

13. Инструментальный метод исследования при заболевании крови:
- а. УЗИ брюшной полости
 - б. рентгенография легких
 - в. стерильная пункция
 - г. лапароцентез

Тестовый контроль

к теме: Методы исследования пациентов с заболеваниями кровеносной системы.

2 ВАРИАНТ

1. Цветовой показатель отражает:
- а) количество гемоглобина
 - б) количество эритроцитов
 - в) степень насыщения эритроцитов гемоглобином
 - г) степень насыщения лейкоцитов гемоглобином
2. Селезенка в норме
- а) пальпируется в левом подреберье
 - б) пальпируется в правом подреберье
 - в) пальпируется в левой подвздошной области
 - г) не пальпируется
3. Увеличение селезенки называется
- а) гиперспленизм
 - б) гепатомегалия
 - в) спленомегалия
 - г) гинекомастия

Количество лейкоцитов в крови в норме (в 1 л)

- а) $4-9 \times 10^9$
- б) $4-9 \times 10^{12}$

- в) $1-2 \times 10^9$
- г) $9-12 \times 10^{12}$

5. Количество тромбоцитов в норме (в 1 л)

- а) $60-80 \times 10^9$
- б) $60-80 \times 10^{12}$
- в) $180-320 \times 10^9$
- г) $180-320 \times 10^{12}$

6. Значение СОЭ в норме у мужчин (мм/час)

- а) 1-2
- б) 2-10
- в) 20-40
- г) 40-50

7. Содержание сегментоядерных нейтрофилов в лейкограмме в норме (в%)

- а) 20-40
- б) 47-72
- в) 6-8
- г) 0-1

8. Лимфатические узлы в норме

- а) видны при общем осмотре
- б) не видны и не пальпируются
- в) не видны, но пальпируются подключичные
- г) не видны, но пальпируются подколенные

9. При массивном легочном кровотечении развивается анемия

- а) апластическая
- б) В₁₂-дефицитная
- в) гемолитическая
- г) постгеморрагическая (острая)

10. Острая постгеморрагическая анемия по цветовому показателю

- а) гиперхромная
- б) гипохромная
- в) нормохромная

11. Продолжительные обильные менструации ведут к развитию анемии

- а) апластической
- б) В₁₂-дефицитной
- в) гемолитической
- г) железодефицитной

12. Стернальная пункция проводится при диагностике

- а) инфаркта миокарда
- б) лейкоза
- в) пневмонии
- г) цирроза печени

13. Симптомы острой постгеморрагической анемии

- а) жажда, снижение АД
- б) возбуждение, повышение АД
- в) судороги, повышение АД
- г) рвота, брадикардия

14. При диагностике геморрагических диатезов важное значение имеет изучение

- а) лейкограммы
- б) протеинограммы
- в) коагулограммы

15. Норма гемоглобина у мужчин:

- а) 130-160
- б) 120-140
- в) 110-130
- г) 140-150

Практическое занятие № 6.

Методы исследования эндокринной, костно-мышечной систем и соединительной ткани.

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):
сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.

- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования (ПК 1.2.);
- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д. (ПК 1.2.).

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2. Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3. Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4. Контроль знаний

Устный фронтальный опрос

Контрольные вопросы:

Субъективный метод исследования - сбор анамнеза, значение метода в диагностике заболеваний эндокринной системы.

АФО желез внутренней секреции. Гормоны, вырабатываемые эндокринными железами, их роль.

Осмотр пациента с заболеванием эндокринной системы: общий осмотр, телосложение, рост, внешние признаки заболеваний.

Клинические проявления заболеваний щитовидной железы.

Клинические проявления заболеваний гипофиза.

Изменения в организме при заболеваниях надпочечников.

Основные признаки сахарного диабета. Типы сахарного диабета.

8. Объективные методы исследования при сахарном диабете.
9. Пальпация, перкуссия, аускультация. Методика, правила, порядок проведения данных методов и их диагностическое значение при заболеваниях эндокринной системы.
10. Лабораторные методы исследования при эндокринных заболеваниях.
11. АФО костно-мышечной системы.
12. Понятие о клинических проявлениях заболеваний костей и суставов.
13. Факторы риска заболеваний костно-мышечной системы.
14. Заболевания соединительной ткани, АФО заболеваний костно-мышечной

системы.

5. Изучение и закрепление нового материала.

Изучение методов субъективного исследования пациента.

Демонстрация-инструктаж проведения объективного метода исследования пациента. Освоение методов перкуссии, пальпации, аускультации. Алгоритм проведения техники пальпации щитовидной железы, объективных методов исследования органов эндокринной и костно-мышечной систем (друг на друге).

Знакомство с медицинской документацией. Демонстрация историй болезни, амбулаторной карты поликлинического больного, карты вызова скорой помощи и т.д.

6. Самостоятельная работа

- Знакомство со структурой Истории болезни пациента.
- Обработка друг на друге методике сбора анамнеза.
 - Отработка друг на друге навыков проведения методов объективного исследования:
 - техники проведения общего осмотра пациента с эндокринной патологией;
 - техники пальпации щитовидной железы;
 - техника подсчета ЧДД, оценка результатов, измерения АД.

Закрепление

Решение заданий в тестовой форме (заключительные тесты).

Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, образцы анализов крови, мокроты, мочи, альбомы кабинета, таблицы и иллюстрации по теме.

Альбомы:

- Иллюстрированное пособие «Заболевания эндокринной системы»;
- Иллюстрированное пособие «Суставы и костно-мышечная система»;
- Иллюстрированное пособие «Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани»;
- Иллюстрированное пособие «Кровь. Физиология и патология крови»;
- Альбом «Основы и клиническое применение ультразвукового метода диагностики».
- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования»;

Домашнее задание

- Выписать в тетради эндокринные железы и гормоны, которые они вырабатывают.
 - Объем лабораторно - инструментального обследования больных с заболеваниями эндокринной системы.

Написать реферат по одной из тем:

- Современные методы исследования щитовидной железы и гипофиза;
- Сахарный диабет – болезнь века. Осложнения заболевания, меры по профилактики;
- Остеопороз – болезнь века. Пути решения проблемы. Тест на остеопороз, его диагностическое значение;
- Заболевания суставов – причина инвалидизации больных. Наиболее часто встречающиеся заболевания суставов. Статистика;
 - Денситометрия – метод костной диагностики. Методика проведения исследования. Диагностическое значение;
- Тепловидение (термография) – новая методика диагностики различных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

1. Составить план обследования больного с заболеваниями эндокринной и костно-мышечной системы (в тетради).
2. Отработать методику проведения диагностических методов исследования эндокринной и костно-мышечной систем – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию) на окружающих (членах семьи).

Тестовый контроль 1 вариант

к теме: Методы исследования пациентов с заболеваниями эндокринной системы

Выбрать один правильный ответ.

1. Какая из перечисленных желез является железой смешанной секреции:
 - а. щитовидная
 - б. надпочечники
 - в. гипофиз
 - г. поджелудочная
2. Непосредственные причины, предшествующие заболеванию эндокринной системы:
 - а. передание, курение
 - б. стресс, инфекция, климакс
 - в. злоупотребление соленым, острым
 - г. гиподинамия
3. Гигантский рост:
 - а. более 183 см
 - б. более 180 см
 - в. более 195 см
 - г. более 185 см
4. Глюкоза крови в норме:
 - а. 3,3-5,5
 - б. 3,3-7,5
 - в. 5,5-10

- г. менее 2,5
- 5. Инсулинозависимый сахарный диабет:
 - а. II типа
 - б. I и II типа
 - в. III типа
 - г. I типа
- 6. Инсулинонезависимый сахарный диабет:
 - а. II типа
 - б. I и II типа
 - в. III типа
 - г. I типа
- 7. Осложнение диабета:
 - а. комы, нефропатия
 - б. гипертермия, аритмия
 - в. удушье
 - г. кровотечение, жажда
- 8. При пальпации щитовидная железа в норме:
 - а. пальпация невозможна
 - б. бугристая, болезненная
 - в. гладкая, эластичная
 - г. плотная, узловатая
- 9. Лабораторная диагностика сахарного диабета заключается в определении:
 - а. глюкозы крови
 - б. анализа мочи на ацетон
 - в. пробе Реберга
 - г. все перечисленное верно

Тестовый контроль 2 вариант

к теме: Методы исследования пациентов с заболеваниями эндокринной системы

1. При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза до закрытия зон роста скелета развивается
 - а) акромегалия
 - б) гигантизм
 - в) сахарный диабет
 - г) феохромоцитомы
2. При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза после закрытия зон роста скелета развивается
 - а) акромегалия
 - б) гигантизм
 - в) гипотиреоз
 - г) феохромоцитомы
3. При гигантизме рост мужчин превышает (см)
 - а) 180
 - б) 190
 - в) 200
 - г) 210
4. При гигантизме рост женщин превышает (см)
 - а) 180
 - б) 190
 - в) 200
 - г) 210
5. Увеличение надбровных дуг, ушных раковин, носа, губ, языка наблюдается при
 - а) акромегалии
 - б) диффузном токсическом зобе
 - в) сахарном диабете
 - г) феохромоцитоме
6. Рентгенограмма костей черепа и области турецкого седла проводится для диагностики
 - а) акромегалии
 - б) гипотиреоза
 - в) сахарного диабета
 - г) эндемического зоба
7. При дефиците соматотропного гормона и гонадотропинов развивается
 - а) акромегалия
 - б) гигантизм
 - в) гипофизарный нанизм
 - г) феохромоцитомы
8. При гипофизарном нанизме рост мужчин менее (см)
 - а) 170
 - б) 150
 - в) 130
 - г) 110
9. При гипофизарном нанизме рост женщин менее (см)
 - а) 160
 - б) 140
 - в) 120
 - г) 100
10. Жажда, полиурия, низкая относительная плотность мочи (1001-1005) наблюдаются при

- а) акромегалии
 - б) гигантизме
 - в) несахарном диабете
 - г) сахарном диабете
11. Клинические симптомы ожирения
- а) избыточная масса тела, одышка
 - б) зябкость, запоры
 - в) жажда, полиурия
 - г) экзофтальм, тахикардия
12. Превышение массы тела на 25 % от должной наблюдается при степени ожирения
- а) 1
 - б) 2
 - в) 3
 - г) 4
13. При ожирении назначается диета №
- а) 7
 - б) 8
 - в) 9
 - г) 10
14. Отечественный ученый, описавший триаду симптомов при заболевании щитовидной железы
- а) Базедов
 - б) Бехтерев
 - в) Боткин
 - г) Мясликов
15. Причины развития диффузного токсического зоба
- а) психическая травма, инфекция
 - б) голодание, гиповитаминозы
 - в) переедание, злоупотребление алкоголем
 - г) курение, переохлаждение
16. Тахикардия, экзофтальм, тремор наблюдаются при
- а) гипотиреозе
 - б) диффузном токсическом зобе
 - в) сахарном диабете
 - г) эндемическом зобе
17. При диффузном токсическом зобе наблюдается
- а) вялость
 - б) заторможенность
 - в) раздражительность
 - г) сонливость
18. Отставание верхнего века при движении глазного яблока вниз (симптом Грефе) наблюдается при
- а) гигантизме
 - б) гипотиреозе
 - в) диффузном токсическом зобе
 - г) сахарном диабете
19. При диагностике заболеваний щитовидной железы важное значение имеет
- а) общий анализ крови
 - б) общий анализ мочи
 - в) ультразвуковое исследование
 - г) рентгенологическое исследование
20. Содержание в крови гормонов Т3, Т4, ТТГ определяют при диагностике
- а) акромегалии
 - б) гипотиреоза
 - в) гигантизма
 - г) сахарного диабета
21. При врожденном гипотиреозе развивается
- а) акромегалия
 - б) гигантизм
 - в) кретинизм
 - г) сахарный диабет
22. Снижение памяти, запоры, брадикардия наблюдаются при
- а) гипотиреозе
 - б) диффузном токсическом зобе
 - в) сахарном диабете
 - г) феохромоцитоме
23. При гипотиреозе наблюдается
- а) раздражительность
 - б) чувство жара
 - в) бессонница
 - г) сонливость
24. При недостаточном содержании йода в питании развивается
- а) акромегалия
 - б) диффузный токсический зоб
 - в) сахарный диабет
 - г) эндемический зоб
25. Сухость кожи, кожный зуд, жажда и полиурия наблюдаются при
- а) гипотиреозе
 - б) диффузном токсическом зобе

- в) сахарном диабете
г) эндемическом зобе
26. Суточный диурез может составить 4 л при
а) остром гломерулонефрите
б) остром пиелонефрите
в) остром цистите
г) сахарном диабете
27. Для определения суточной глюкозурии в лабораторию направляют
а) 50 мл свежесобранной теплой мочи
б) 100-200 мл из суточного количества
в) 10-часовую порцию мочи
г) среднюю порцию мочи
28. При сахарном диабете в анализе крови отмечается
а) гиперпротеинемия
б) гипопропротеинемия
в) гипергликемия
г) гипербилирубинемия
29. При сахарном диабете в анализе мочи отмечается
а) бактериурия
б) глюкозурия
в) оксалатурия
г) пиурия
36. Высокая относительная плотность мочи при сахарном диабете наблюдается из-за присутствия
а) белка
б) глюкозы
в) лейкоцитов
г) эритроцитов
30. При гипогликемической коме кожные покровы
а) гиперемированы
б) влажные
в) желтушные
г) сухие
31. При гипогликемической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах
а) алкоголя
б) аммиака
в) ацетона
г) нет запаха
32. При гипергликемической коме кожные покровы
а) гиперемированные
б) влажные
в) желтушные
г) сухие
33. При гипергликемической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах
а) алкоголя
б) аммиака
в) ацетона
г) нет запаха
34. Болезнь Иценко-Кушинга развивается при патологии
а) гипофиза
б) щитовидной железы
в) поджелудочной железы
г) половых желез
35. Клинические симптомы болезни Иценко-Кушинга
а) полидипсия, полиурия
б) брадикардия, сонливость
в) тахикардия, экзофтальм
г) гипертензия, "лунообразное" лицо
36. Феохромоцитома развивается при патологии
а) гипофиза
б) надпочечников
в) поджелудочной железы
г) щитовидной железы
37. Феохромоцитома - это опухоль из
а) коркового слоя надпочечников
б) мозгового слоя надпочечников
в) альфа-клеток островков Лангерганса
г) бета-клеток островков Лангерганса
38. Резкие подъемы и падения АД наблюдаются при
а) гигантизме
б) гипотиреозе
в) сахарном диабете
г) феохромоцитоме
- Костно-мышечная система**
1. Воспаление крупных суставов и летучесть боли наблюдаются при
а) деформирующем остеоартрозе
б) ревматическом полиартрите
в) ревматоидном артрите

- г) подагре
2. Поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов наблюдается при
- деформирующем остеоартрозе
 - ревматическом полиартрите
 - ревматоидном артрите
 - подагре
3. Утренняя скованность суставов отмечается при
- деформирующем остеоартрозе
 - ревматическом полиартрите
 - ревматоидном артрите
 - подагре
4. Деформация кисти по типу "плавника моржа" наблюдается при
- деформирующем остеоартрозе
 - ревматическом полиартрите
 - ревматоидном артрите
 - подагре
5. При ревматоидном артрите в анализе крови наиболее характерно
- увеличение СОЭ
 - лейкоцитоз
 - повышение сиаловых кислот
 - появление ревматоидного фактора
6. Важное значение в диагностике ревматоидного артрита имеет
- общий анализ крови
 - общий анализ мочи
 - рентгенография грудной клетки
 - рентгенография суставов
7. Поражение первого плюснефалангового сустава и образование тофусов наблюдается при
- деформирующем остеоартрозе
 - ревматическом полиартрите
 - ревматоидном артрите
 - подагре
8. При подагре в анализе крови наблюдается
- повышение билирубина
 - повышение мочевой кислоты
 - уменьшение билирубина
 - уменьшение мочевой кислоты
9. При деформирующем остеоартрозе болевой синдром связан с
- инсоляцией
 - инфекцией
 - переохлаждением
 - физической нагрузкой

Практическое занятие № 7

Острые и хронический бронхиты. ХОБЛ. Бронхиальная астма

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения: Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента (ПК 1.1.);
- интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза (ПК 1.2.);
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента (ПК 1.7.);

уметь:

- планировать обследование пациентов различных возрастных групп (ПК 1.1.);
- осуществлять сбор анамнеза (ПК 1.2.);
- применять различные методы обследования пациента (ПК 1.2.);
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики (ПК 1.2.);
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.);
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):

сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;

общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.

подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.

- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;

- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп (ПК 1.3.);
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования (ПК 1.2.);
- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д. (ПК 1.2.).

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

Контроль знаний

Устный фронтальный опрос.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием дыхательной системы.
3. Основные методы исследования больного с заболеванием бронхов, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение и закрепление нового материала.

1. Разбор этиологических факторов острых и хронических бронхитов, патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

Классификация.

2. Разбор клинических проявлений острых бронхитов и хронических бронхитов.

3. Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз острых и хронических бронхитов.

4. Осложнения острых и хронических бронхитов.

5. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Этиология, патогенез. Основные симптомы и синдромы при ХОБЛ. Разбор клинических проявлений ХОБЛ.

6. Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз ХОБЛ.

7. Разбор этиологических факторов бронхиальной астмы, патогенеза основных симптомов и заболевания в зависимости от тяжести течения заболевания (ступени).

8. Периоды приступа бронхиальной астмы. Определение степени тяжести заболевания по характерным проявлениям приступа.

9. Отработка навыков пользования пикфлоуметром, оценкой результатов пикфлоуметрии.

Осложнение течения бронхиальной астмы – астматический статус. Отличие от приступа астмы. Основные клинические проявления (синдромы) астматического статуса.

Ведение Дневника наблюдения за больным бронхиальной астмой, его диагностическое значение.

Лабораторные исследования при острых и хронических бронхитах, ХОБЛ, бронхиальной астме, их диагностическое значение (анализы крови, мокроты).

Инструментальные исследования при данных заболеваниях, их диагностическое значение. Рентгенологические исследования, функциональные и эндоскопические методы исследования.

Дифференциальная диагностика заболеваний бронхов.

Решение ситуационных задач по теме.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

- Закрепление навыков проведения методов объективного исследования:
- Техники проведения общего осмотра пациента;
 - техники пальпации грудной клетки, техники сравнительной и топографической перкуссии грудной клетки пальцем по пальцу (определение границ легких);
- отработка техники аускультации легких, оценка результатов;
 - техника подсчета ЧДД, оценка результатов;
 - изучение устройства пикфлоуметра, отработка навыков использования;
- закрепление навыков подсчета пульса, измерения АД;
- заполнение Дневника самоконтроля больного бронхиальной астмой;
 - проведение пикфлоуметрии (по алгоритму проведения), оценка результатов.
- заполнение Дневника самоконтроля больного бронхиальной астмой;
 - отработка навыков оценки общего анализа крови и общего анализа мочи;
 - отработка навыков чтения рентгенограмм по теме;
- отработка навыков сбора мокроты на исследование, оценка результатов.

Закрепление

Решение заданий в тестовой форме (заключительные тесты), задач по теме.

Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, пикфлоуметры, тонометры, посуда для сбора мокроты и других биологических материалов; ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, тесты, сборник клинических задач, образцы анализов крови, мокроты, мочи, альбомы кабинета, таблицы по теме, рентгенограммы, данные инструментальных исследований больных по теме, медицинская документация (типовые бланки ОАК, ОАМ, общий анализ мокроты, студенческая история болезни и др.), Альбомы кабинета, Методическое пособие по методам исследования системы дыхания, Учебно-методическое пособие к практическому занятию, лекции по теме, оборудование Кабинета пропедевтики и клинических дисциплин и лечения пациентов терапевтического профиля». ПЭВМ кабинета.

Альбомы:

- УМК по теме занятия МО органов дыхания;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов дыхания»;
- Иллюстрированное пособие «Кровь. Физиология и патология крови»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие к практическим занятиям «Рентгенографический метод исследования. Методика чтения рентгенограмм»;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов дыхания – Бронхоскопия, бронхография».

3. Домашнее задание

- Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы дыхания – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию).
- Выписать в дневник основные методы диагностики для подтверждения диагноза заболеваний бронхо-легочной системы.
- Написать рефераты на темы:
 - История открытия физических методов исследования.
 - Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими заболеваниями системы дыхания.
 - Функция внешнего дыхания. Проведение исследования (методика проведения), оценка результатов. Диагностическое значение метода.
 - Современные методы исследования заболеваний системы дыхания – МРТ, ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томография. Принципы исследования, диагностическое значение для современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

1. Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы дыхания – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию).
2. Выписать в дневник основные методы диагностики для подтверждения диагноза заболеваний бронхо-легочной системы.

Тестовый контроль к теме: Острые и хронические бронхиты. ХОБЛ. Бронхиальная астма.

1 ВАРИАНТ

1. **Основная причина развития острого бронхита**
 - а) алкоголизм
 - б) курение
 - в) ОРВИ
 - г) переохлаждение
2. **При хроническом бронхите отмечается кашель с мокротой**
 - а) 2 мес. не менее 2-х лет
 - б) 3 мес. не менее 2-х лет
 - в) 3 мес. не менее 3-х лет
 - г) 4 мес. не менее 3-х лет
3. **Основная причина развития хронического бронхита**
 - а) курение
 - б) ОРВИ
 - в) переохлаждение
 - г) гиповитаминоз
4. **Основная жалоба пациента при обструктивном бронхите**
 - а) повышение температуры
 - б) головная боль
 - в) одышка
 - г) слабость
5. **Данные аускультации при бронхите**
 - а) бронхиальное дыхание
 - б) крепитация
 - в) сухие и влажные хрипы
 - г) шум трения плевры
6. **При остром бронхите отмечается кашель с мокротой**
 - а) розовой пенистой
 - б) "ржавой"
 - в) слизистой
 - г) стекловидной
7. **Осложнение хронического бронхита**
 - а) абсцесс легкого
 - б) плеврит
 - в) туберкулез

- г) эмфизема легких
8. **Основная жалоба пациента при бронхиальной астме**
- а) боль в грудной клетке
б) кашель с гнойной мокротой
в) приступ удушья
г) кровохарканье
9. **Экспираторный характер одышки отмечается при**
- а) абсцессе легкого
б) бронхиальной астме
в) крупозной пневмонии
г) отеке легких
10. **При экспираторной одышке затруднен**
- а) вдох
б) выдох
в) вдох и выдох
11. **Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы**
- а) горизонтальное
б) горизонтальное с приподнятыми ногами
в) лежа на боку
г) сидя, опираясь о колени
12. **Аускультативные данные при приступе бронхиальной астмы**
- а) крепитация
б) сухие свистящие хрипы
в) влажные хрипы
г) шум трения плевры
13. **Спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена в мокроте определяются при**
- а) абсцессе легкого
б) бронхиальной астме
в) раке легкого
г) туберкулезе
14. **Пикфлоуметрия - это определение**
- а) остаточного объема
б) дыхательного объема
в) жизненной емкости легких
г) пиковой скорости выдоха
15. **Больным с бронхиальной астмой необходима консультация**
- а) аллерголога
б) инфекциониста
в) онколога
г) хирурга

2 ВАРИАНТ

1. **Типичные жалобы при заболевании органов дыхания:**
- а. кашель, сонливость, диарея
б. одышка, сердцебиение, АД
в. кашель, температура, одышка
г. одышка, отеки, раздражительность
2. **Экспираторная одышка – это:**
- а. трудно вдохнуть
б. трудно выдохнуть
в. трудно вдохнуть и выдохнуть
г. трудно дышать лежа
3. **Инспираторная одышка – это:**
- а. трудно вдохнуть
б. трудно выдохнуть
в. трудно вдохнуть и выдохнуть
г. трудно дышать лежа
4. **В норме над легочными полями выслушивается дыхание:**
- а. бронхиальное
б. везикулярное
в. ослабленное
г. легочное
5. **Ортопноэ – это:**
- а. тип дыхания
б. вынужденное положение тела: лежа на правом боку
в. форма грудной клетки
г. вынужденное положение тела: сидя с упором на руки
6. **Частота дыхания в норме:**
- а. 10-12 в мин
б. 16-20 в мин
в. 20-25 в мин
г. 18-23 в мин
7. **При воспалительном процессе (пневмония) в легких в клиническом анализе крови:**
- а. повышенная СОЭ, повышение лейкоцитов
б. пониженная СОЭ, повышение лейкоцитов
в. пониженная СОЭ, понижение лейкоцитов
г. правильного ответа нет

8. Феномен «голосового дрожания» - это:

- а. накопление вязкого экссудата в альвеолах
- б. тип дыхания
- в. вид побочного дыхательного шума
- г. пальпаторное определение проводимости голоса на поверхность грудной клетки

9. Дыхание Грокса, Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля – это:

- а. брюшной тип дыхания
- б. грудной тип дыхания
- в. смешанный вид дыхания
- г. патологический тип дыхания

10. К инструментальным методам исследования дыхательной системы относится:

- а. рентгенография
- б. флюорография
- в. спирография
- г. все ответы верны

РЕШИТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ И ЗАДАНИЯ К ЗАНЯТИЮ № 7.

(на закрепление материала)

Задача № 1.

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, головную боль, повышение температуры тела до 37,5°C, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о прогнозе данного заболевания.

Задача № 2.

Больной Б., 37 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад.

Болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: температура 37,5°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о прогнозе данного заболевания.

Задача № 3.

Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

Есть двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о прогнозе заболевания.

Задача № 4.

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,4°C. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования .
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о прогнозе данного заболевания.

Задача № 5.

На приеме в поликлинике больной Е., 32 лет, предъявляет жалобы на одышку, редкие приступы удушья, купирующиеся салбутамолом. Болен 5 лет. Проходит диспансерный осмотр.

Объективно: Повышенного питания. Грудная клетка при пальпации безболезненная, голосовое дрожание равномерно ослаблено, ригидна. При перкуссии коробочный звук. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие хрипы. Сердце: тоны приглушены, АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Назовите клинический синдром.
2. Обоснуйте предположительный диагноз.
3. Объясните механизм ослабленного везикулярного дыхания и сухих хрипов.
4. Составьте план лабораторно-инструментальных методов исследования для подтверждения клинического синдрома.

Задача № 6.

К фельдшеру ФАП обратился молодой человек Б, 25 лет с жалобами на одышку, кашель с мокротой желто-зеленого цвета, температуру тела 38,2°С, 37,5оС. Болеет 2 недели, лечился самостоятельно, принимал эритромицин, без улучшения.

Объективно: тахипноэ 25 в минуту, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, голосовое дрожание в правой подключичной области усилено. При перкуссии ясный легочной звук, справа под ключицей тимпанический звук. При аускультации везикулярное дыхание, справа под ключицей бронхиальное дыхание, крупнопузырчатые влажные хрипы.

1. Назовите клинический синдром
2. Обоснуйте предположительный диагноз
3. Объясните механизм тимпанического звука и влажных хрипов
4. Составьте план лабораторно-инструментальных методов исследования для подтверждения клинического синдрома

Задача № 7.

Больная К., 45 лет, доставлена в клинику с жалобами на смешанную одышку.

При осмотре выявлено: левая половина грудной клетки несколько увеличена в размерах, отстаёт в акте дыхания, отмечается сглаженность межреберных промежутков. При пальпации снижение эластичности и голосового дрожания на стороне поражения. При перкуссии – тупой звук, при аускультации дыхательные шумы не выслушиваются.

1. Назовите клинический синдром
2. Обоснуйте предположительный диагноз
3. Объясните данные инструментальных методов исследования для подтверждения механизма ослабления голосового дрожания на стороне поражения
4. Составьте план лабораторно-инструментальных методов исследования для подтверждения клинического синдрома

Задача № 8.

В поликлинику обратился пациент М., 36 лет, с жалобами на боли в правой подлопаточной области, усиливающиеся на высоте вдоха и при покашливании. Болен в течение недели. Заболевание началось с озноба, подъема температуры до 39° С. К концу третьих суток появилось покашливание с отделением небольшого количества коричневой мокроты. Стала нарастать одышка, появились боли в грудной клетке.

При осмотре выявлено небольшое отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, усиление голосового дрожания и укорочение перкуторного звука по правой лопаточной линии, при аускультации в правой подлопаточной области бронхиальное дыхание.

Назовите клинический синдром.

2. Обоснуйте предположительный диагноз.
3. Объясните механизм одышки и болей в грудной клетке.
4. Составьте план лабораторно-инструментальных методов исследования для подтверждения клинического синдрома.

Задание № 9. Лабораторная диагностика бронхиальной астмы.

Оцените общий анализ крови. Какие изменения в общем анализе крови подтверждают диагноз бронхиальной астмы:

Показатель	Результат
Гемоглобин	140 г/л
Количество эритроцитов	4,3 x10 ¹²
Цветовой показатель	0,9
Лейкоциты	9x10 ⁹ /л
Лейкоцитарная формула:	
Нейтрофилы:	
- палочкоядерные	7-10%
- сегментоядерные	43-36%
- эозинофилы	8-10%
Лимфоциты	До 40%
Моноциты	1-2%
СОЭ	16 мм/час

Задание № 10. Лабораторная диагностика хронических бронхитов.

Оцените общий анализ крови. Какие изменения в общем анализе крови подтверждают диагноз хронического бронхита:

Показатель	Результат
Гемоглобин	165 г/л
Количество эритроцитов	5,5x10 ¹²
Цветовой показатель	0,9
Лейкоциты	9x10 ⁹ /л
Лейкоцитарная формула:	
Нейтрофилы:	
- палочкоядерные	17-20 в п/зр

- сегментоядерные	23-30 в п/зр
- эозинофилы	3 в п/зр
Лимфоциты	до 40 в п/зр
Моноциты	
	
	7 в п/зр
СОЭ	2 мм/час

Задание № 11.

1. Какой метод исследования представлен на данной фотографии.
2. Выявите патологические изменения.
2. Какому заболеванию соответствуют данные изменения.

Задание № 12. Оцените общий анализ мокроты:

Консистенция – слизистая

Цвет – серый

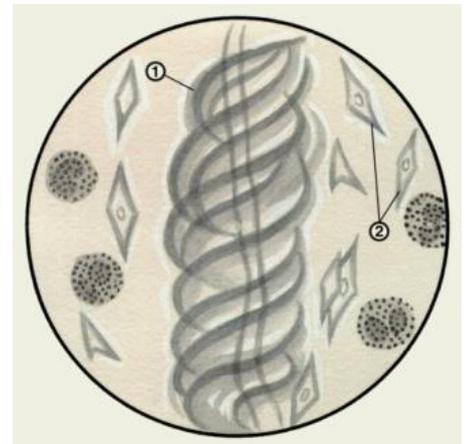
Микроскопия: Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена – сплошь в п/зр.

Эозинофилы - 15-20 в п/зр.

Нейтрофилы – местами скоплениями.

Мерцательный эпителий - местами скоплениями.

Какому заболеванию соответствуют данные изменения:



**ЗАДАНИЯ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ С РЕНТГЕНОГРАММАМИ
ОЦЕНИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ**

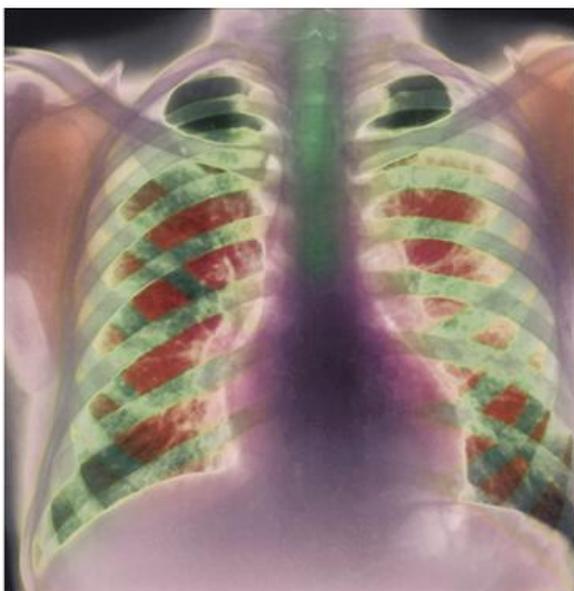


1. Острый бронхит. Опишите изменения на рентгенограмме (рентгенобронхограмма).



Хронический бронхит ХОБЛ

Выявите характерные для указанных заболеваний изменения бронхо-легочного рисунка. Опишите изменения на рентгенограмме.



Хронический бронхит цветная р-грамма. Определите характерные изменения бронхо-легочного рисунка.



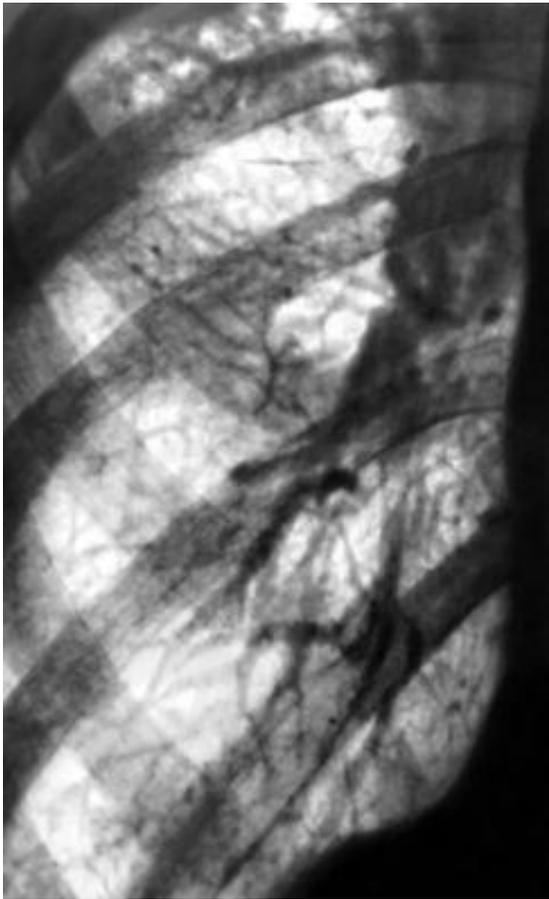
Хронический обструктивный бронхит. Опишите изменения в строении бронхо-легочного рисунка (прямая и боковая проекция)



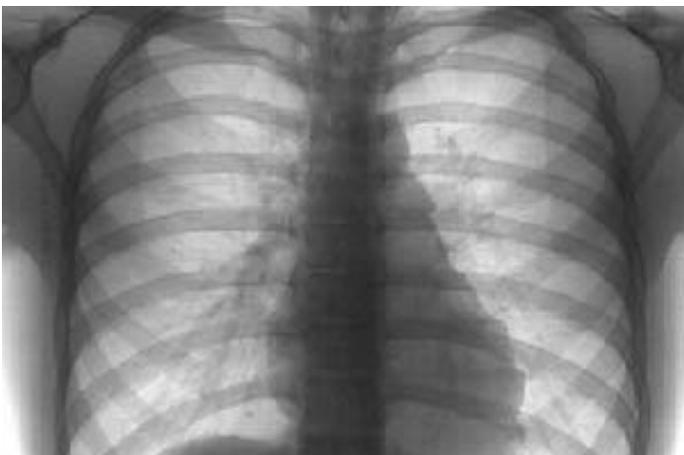
Опишите изменения на рентгенограмме. Какому заболеванию соответствуют данные изменения.



Опишите изменения на рентгенограмме. Какому заболеванию соответствуют данные изменения?



Назовите метод исследования. Найдите изменения на рентгенограмме.
Какому заболеванию соответствуют данные изменения.



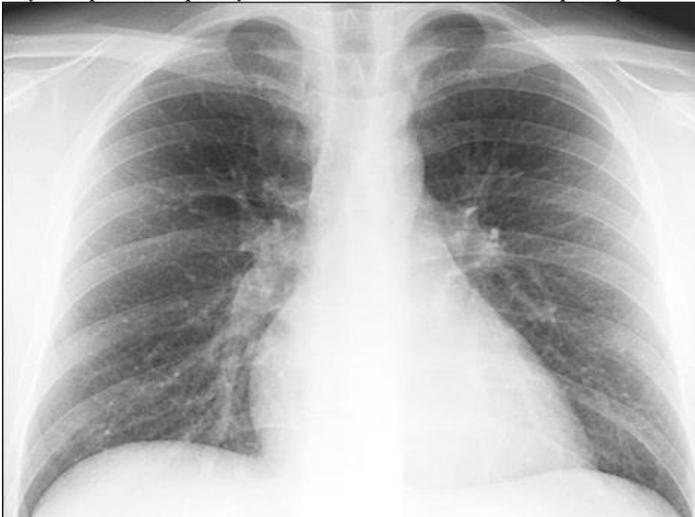
Опишите изменения на рентгенограмме. Какому заболеванию соответствуют данные изменения



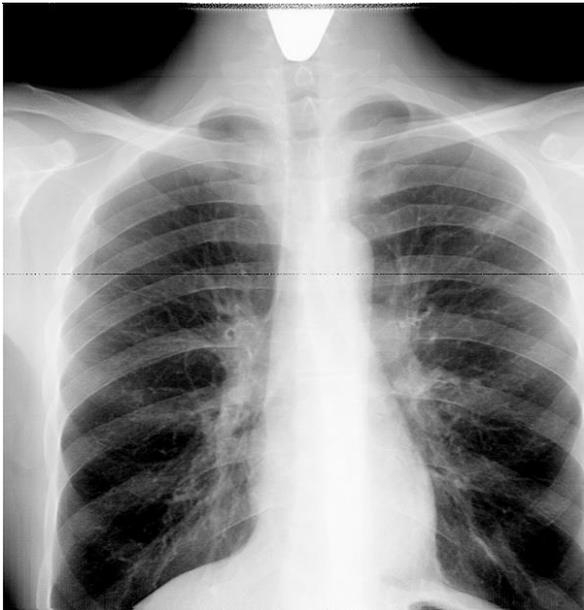
Опишите изменения на рентгенограмме. Для какого заболевания характерны данные изменения



Изучите рентгенограмму больного с ХОБЛ. Отметьте характерные изменения бронхов. Опишите изменения сердца.



Опишите изменения на рентгенограмме. Какому диагнозу соответствуют данные изменения?



Рентгенограмма. Эмфизема легких. Опишите изменения.



Хронический бронхит (деформация и тяжесть бронхов)

Эмфизема легких рентгенограмма



Рис. 15. Рентгенограмма. Правосторонняя нижнедолевая пневмония с явлениями экссудативного плеврита.

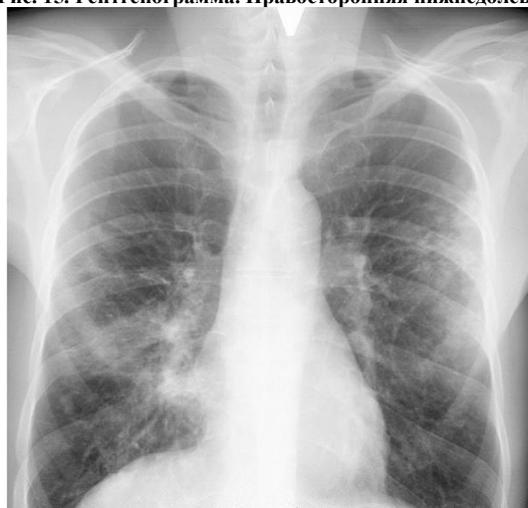


Рис. 30. Рентгенограмма. Очаговая пневмония в нижней доле справа.



Хронический обструктивный бронхит. Найдите изменения на рентгенограмме.



Термограмма легких задней поверхности грудной клетки при обострении хронической пневмонии: тепловая картина легких не симметричная, с выраженными температурными перепадами.



Бронхоэктазы

Заслушивание рефератов по теме.
Подведение итогов занятия. Выводы.

Практическое занятие № 8.

Пневмонии, плевриты, нагноительные заболевания легких. Дыхательная недостаточность

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):
 - сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
 - общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
- подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования,
- оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- значения субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д.
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1.Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2.Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3.Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4.Контроль знаний

Устный фронтальный опрос

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием дыхательной системы.
3. Основные методы исследования больного с заболеванием бронхов, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение нового материала.

Разбор этиологических и патогенетических факторов пневмоний, плевритов.

Разбор этиологических и патогенетических факторов нагноительных заболеваний легких – абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни.

Разбор основных симптомов и синдромов заболеваний.

Разбор клинических проявлений очаговых и крупозной пневмоний, плевритов, абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, эмфиземы легких.

Разбор основных синдромов заболеваний легких.

Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз очаговых и крупозных пневмоний, плевритов, их диагностическое значение;

Основные методы диагностики нагноительных заболеваний легких - абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, их диагностическое значение.

Причины возникновения и клинические проявления эмфиземы легких, дыхательной недостаточности.

Лабораторные исследования при пневмониях, плевритах, нагноительных заболеваниях легких, их диагностическое значение.

Инструментальные исследования при данных заболеваниях, Рентгенологические исследования.

Функциональные методы исследования (ФВД), спирография, спирометрия.

Эндоскопические методы исследования: бронхоскопия, бронхография.

ЭКГ при заболеваниях бронхо-легочной системы. Значение метода.

Лабораторная диагностика бронхо-легочных заболеваний. Диагностическое значение методов.

Дифференциальная диагностика нагноительных заболеваний легких.

Решение ситуационных задач по теме.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

- Закрепление навыков проведения методов объективного исследования:
 - техники проведения общего осмотра пациента;
 - техники пальпации грудной клетки;
 - техники перкуссии грудной клетки пальцем по пальцу;
 - техники сравнительной и топографической перкуссии грудной клетки пальцем по пальцу (определение границ легких);
 - отработка техники аускультации легких, оценка результатов;
 - техника подсчета ЧДД, пульса, измерения АД, оценка результатов;
 - чтение лабораторных анализов крови, мокроты, мочи, рентгенограмм

1. Закрепление

Решение заданий в тестовой форме (задачи, заключительные тесты).

Работа с рентгенограммами, анализами крови.

2. Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, тонометры, посуда для сбора мокроты и других материалов; ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, образцы анализов крови, мокроты, мочи, альбомы кабинета, таблицы по теме.

Альбомы:

- УМК по теме занятия; УМК по Методам исследования органов дыхания.
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов дыхания»;
- Иллюстрированный альбом «Морфология микробов»;
- Иллюстрированное пособие «Кровь. Физиология и патология крови»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования. Методика чтения рентгенограмм»;
- Иллюстрированное пособие «Эндоскопические методы исследования органов дыхания – Бронхоскопия, бронхография».

3. Домашнее задание

Рефераты на темы:

- Патогенная микрофлора – причина заболеваний дыхательной системы. Морфология.
- Методы диагностики заболеваний легких: бакпосев, определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Диагностическое значение.
- Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими заболеваниями системы дыхания.
- Функция внешнего дыхания. Проведение исследования (методика проведения), оценка результатов. Диагностическое значение метода.
- Современные методы исследования заболеваний системы дыхания – МРТ, ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томография. Принципы исследования, диагностическое значение для современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

1. Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы дыхания – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию).
2. Выписать в дневник основные методы диагностики для подтверждения диагноза заболеваний бронхо-легочной системы.

Тестовый контроль к теме: «Пневмонии, плевриты, гнойные заболевания легких. Дыхательная недостаточность»

1. Основной возбудитель крупозной пневмонии
 - а) гонококк
 - б) пневмококк
 - в) стрептококк
 - г) стафилококк
2. Крепитация выслушивается при
 - а) бронхите
 - б) бронхиальной астме
 - в) крупозной пневмонии
 - г) сухом плеврите
3. Приглушение перкуторного звука и усиление голосового дрожания наблюдается при
 - а) остром бронхите
 - б) бронхиальной астме
 - в) крупозной пневмонии
 - г) экссудативном плеврите
4. "Ржавый" характер мокроты наблюдается при
 - а) остром бронхите
 - б) крупозной пневмонии

- в) бронхиальной астме
- г) экссудативном плеврите
- 5. Наиболее информативный метод диагностики пневмонии
 - а) анализ мокроты
 - б) анализ крови
 - в) рентгенография грудной клетки
 - г) плевральная пункция
- 6. Осложнение очаговой пневмонии
 - а) абсцесс легкого
 - б) бронхит
 - в) туберкулез
 - г) рак легкого
- 7. Мокроту для бактериологического исследования собирают в
 - а) сухую пробирку
 - б) сухую банку
 - в) стерильную пробирку
 - г) стерильную банку
- 8. Осложнение крупозной пневмонии
 - а) бронхиальная астма
 - б) бронхит
 - в) плеврит
 - г) рак легкого
- 9. Основная причина приобретенных бронхоэктазов
 - а) бронхиальная астма
 - б) хронический бронхит
 - в) крупозная пневмония
 - г) экссудативный плеврит
- 10. Для бронхоэктатической болезни характерно наличие
 - а) каверны
 - б) опухоли
 - в) гноя в расширенных бронхах
 - г) жидкости в плевральной полости
- 11. Заболевание, характеризующееся развитием воспаления в расширенных бронхах
 - а) абсцесс легкого
 - б) бронхоэктатическая болезнь
 - в) туберкулез
 - г) рак легкого
- 12. Больной выделяет мокроту по утрам полным ртом при
 - а) бронхиальной астме
 - б) бронхоэктатической болезни
 - в) крупозной пневмонии
 - г) экссудативном плеврите
- 13. При бронхоэктатической болезни мокрота
 - а) "ржавая"
 - б) стекловидная
 - в) гнойная
 - г) розовая
- 14. Наиболее информативный метод диагностики бронхоэктатической болезни
 - а) бронхография
 - б) рентгеноскопия грудной клетки
 - в) спирография
 - г) флюорография
- 15. Пальцы в виде "барабанных палочек" и ногти в виде "часовых стекол" встречаются при
 - а) остром бронхите
 - б) очаговой пневмонии
 - в) крупозной пневмонии
 - г) бронхоэктатической болезни
- 16. Дренажное положение придается пациенту для
 - а) снижения лихорадки
 - б) уменьшения одышки
 - в) расширения бронхов
 - г) облегчения оттока мокроты
- 17. Кровохарканье наблюдается при
 - а) остром бронхите
 - б) бронхоэктатической болезни
 - в) бронхиальной астме
 - г) экссудативном плеврите
- 18. Дренажное положение придается пациенту при
 - а) бронхоэктатической болезни
 - б) бронхиальной астме
 - в) сухом плеврите
 - г) экссудативном плеврите
- 19. Абсцессом легкого может осложниться
 - а) острый бронхит
 - б) бронхиальная астма
 - в) очаговая пневмония

- г) сухой плеврит
20. Появление обильной гнойной мокроты на фоне гектической лихорадки наблюдается при
- а) абсцессе легкого
 - б) крупозной пневмонии
 - в) бронхиальной астме
 - г) раке легкого
21. Над крупной свободной полостью абсцесса легкого определяется дыхание
- а) амфорическое
 - б) бронхиальное
 - в) везикулярное
 - г) жесткое
22. Для абсцесса легкого характерна лихорадка
- а) волнообразная
 - б) гектическая
 - в) извращенная
 - г) постоянная
23. Кровохарканье и легочное кровотечение может возникнуть при
- а) абсцессе легкого
 - б) бронхиальной астме
 - в) остром бронхите
 - г) экссудативном плеврите
24. Гнойная мокрота наблюдается при
- а) абсцессе легкого
 - б) бронхиальной астме
 - в) крупозной пневмонии
 - г) экссудативном плеврите
25. Наиболее информативный метод диагностики абсцесса легкого
- а) анализ крови
 - б) анализ мокроты
 - в) рентгенография
 - г) спирометрия
26. Рентгенологический признак абсцесса легкого после прорыва в бронх
- а) округлая тень
 - б) полость с горизонтальным уровнем жидкости
 - в) повышенная прозрачность легочных полей
 - г) тень поджатого легкого
27. Эластические волокна в мокроте определяются при
- а) бронхиальной астме
 - б) бронхите
 - в) абсцессе легкого
 - г) очаговой пневмонии
28. В анализе крови при абсцессе легкого определяется лейкоцитоз
- а) базофильный
 - б) нейтрофильный
 - в) эозинофильный
29. Плевритом может осложниться
- а) бронхит
 - б) бронхиальная астма
 - в) туберкулез
 - г) эмфизема легких
30. Пациент занимает вынужденное положение лежа на больной стороне при
- а) бронхите
 - б) бронхиальной астме
 - в) бронхоэктатической болезни
 - г) сухом плеврите
31. Боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, шум трения плевры характерны для
- а) бронхита
 - б) бронхиальной астмы
 - в) сухого плеврита
 - г) экссудативного плеврита
32. Экссудативным плевритом может осложниться
- а) бронхиальная астма
 - б) бронхит
 - в) туберкулез
 - г) эмфизема
33. Притупление перкуторного звука и ослабление голосового дрожания происходит при
- а) бронхите
 - б) пневмонии
 - в) сухом плеврите
 - г) экссудативном плеврите
34. Плевральную пункцию с диагностической целью назначают при
- а) бронхиальной астме
 - б) крупозной пневмонии
 - в) хроническом бронхите

- г) экссудативном плеврите
35. Место прокола при плевральной пункции
- а) по верхнему краю ребра
 - б) по нижнему краю ребра
 - в) не имеет значения
36. При экссудативном плеврите аускультативно определяется
- а) амфорическое дыхание
 - б) отсутствие дыхания на стороне поражения
 - в) крепитация
 - г) шум трения плевры
37. Рентгенологическая картина при экссудативном плеврите
- а) полость с горизонтальным уровнем жидкости
 - б) повышенная прозрачность легких
 - в) гомогенное затемнение части легкого со смещением органов средостения в здоровую сторону
 - г) гомогенное затемнение части легкого со смещением органов средостения в большую сторону
38. При легочном кровотечении кровь бывает
- а) алая, пеннистая
 - б) темная, со сгустками
 - в) цвета "кофейной гущи"
39. Основная жалоба пациента при эмфиземе
- а) боль в грудной клетке
 - б) кашель с выделением мокроты
 - в) кровохарканье
 - г) одышка
40. Форма грудной клетки при эмфиземе
- а) астеническая
 - б) гиперстеническая
 - в) нормостеническая
 - г) бочкообразная
41. Перкуторный звук при эмфиземе легких
- а) коробочный
 - б) тимпанический
 - в) тупой
 - г) ясный
42. Нижняя граница легких при эмфиземе
- а) смещена вверх
 - б) смещена вниз
 - в) не изменена
43. Рентгенологический признак эмфиземы
- а) полость с горизонтальным уровнем жидкости
 - б) гомогенное затемнение с косой верхней границей
 - в) очаговое затемнение
 - г) повышенная прозрачность легочных полей
44. После острой пневмонии диспансерное наблюдение проводится в течение
- а) 6 мес.
 - б) 10 мес.
 - в) 2-х лет
 - г) 3-х лет
45. Больным с бронхиальной астмой необходима консультация
- а) аллерголога
 - б) инфекциониста
 - в) онколога
 - г) хирурга
46. Диспансеризацию больных, перенесших неспецифический экссудативный плеврит, проводит
- а) онколог
 - б) рентгенолог
 - в) терапевт
 - г) фтизиатр
- ТЕСТЫ к теме «Бронхоэктатическая болезнь, Абсцесс легкого»
1. Основная причина приобретенных бронхоэктазов:
- а) бронхиальная астма
 - б) хронический бронхит
 - в) крупозная пневмония
 - г) экссудативный плеврит
2. Для бронхоэктатической болезни характерно наличие
- а) каверны
 - б) опухоли
 - в) гноя в расширенных бронхах
 - г) жидкости в плевральной полости
3. Заболеванию, характеризующееся развитием воспаления в расширенных бронхах
- а) абсцесс легкого
 - б) бронхоэктатическая болезнь
 - в) туберкулез
 - г) рак легкого
4. Больной выделяет мокроту по утрам полным ртом при
- а) бронхиальной астме
 - б) бронхоэктатической болезни

- в) крупозной пневмонии
г) экссудативном плеврите
5. При бронхоэктатической болезни мокрота
а) "ржавая"
б) стекловидная
в) гнойная
г) розовая
6. Наиболее информативный метод диагностики бронхоэктатической болезни
а) бронхография
б) рентгеноскопия грудной клетки
в) спирография
г) флюорография
7. Пальцы в виде "барабанных палочек" и ногти в виде "часовых стекол" встречаются при
а) остром бронхите
б) очаговой пневмонии
в) крупозной пневмонии
г) бронхоэктатической болезни
8. Дренажное положение придается пациенту для
а) снижения лихорадки
б) уменьшения одышки
в) расширения бронхов
г) облегчения оттока мокроты
9. Кровохарканье наблюдается при
а) остром бронхите
б) бронхоэктатической болезни
в) бронхиальной астме
г) экссудативном плеврите
10. Дренажное положение придается пациенту при
а) бронхоэктатической болезни г) сухом плеврите
б) бронхиальной астме д) экссудативном плеврите
11. Абсцессом легкого может осложниться
а) острый бронхит
б) бронхиальная астма
в) очаговая пневмония
г) сухой плеврит
22. Появление обильной гнойной мокроты на фоне гектической лихорадки наблюдается при
а) абсцессе легкого
б) крупозной пневмонии
в) бронхиальной астме
г) раке легкого
13. Над крупной свободной полостью абсцесса легкого определяется дыхание
а) амфорическое
б) бронхиальное
в) везикулярное
г) жесткое
14. Для абсцесса легкого характерна лихорадка
а) волнообразная
б) гектическая
в) извращенная
г) постоянная
15. Кровохарканье и легочное кровотечение может возникнуть при
а) абсцессе легкого
б) бронхиальной астме
в) остром бронхите
г) экссудативном плеврите
16. Гнойная мокрота наблюдается при
а) абсцессе легкого
б) бронхиальной астме
в) крупозной пневмонии
г) экссудативном плеврите
17. Наиболее информативный метод диагностики абсцесса легкого
а) анализ крови
б) анализ мокроты
в) рентгенография
г) спирометрия
18. Рентгенологический признак абсцесса легкого после прорыва в бронх
а) округлая тень
б) полость с горизонтальным уровнем жидкости
в) повышенная прозрачность легочных полей
г) тень поджатого легкого
19. Эластические волокна в мокроте определяются при
а) бронхиальной астме
б) бронхите
в) абсцессе легкого
г) очаговой пневмонии
20. В анализе крови при абсцессе легкого определяется лейкоцитоз
а) базофильный

- б) нейтрофильный
- в) эозинофильный

ТЕСТЫ к теме «Плевриты»

1. Плевритом может осложниться
 - а) бронхит
 - б) бронхиальная астма
 - в) туберкулез
 - г) эмфизема легких
2. Пациент занимает вынужденное положение лежа на больной стороне при
 - а) бронхите
 - б) бронхиальной астме
 - в) бронхоэктатической болезни
 - г) сухом плеврите
3. Боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, шум трения плевры характерны для
 - а) бронхита
 - б) бронхиальной астмы
 - в) сухого плеврита
 - г) экссудативного плеврита
4. Экссудативным плевритом может осложниться
 - а) бронхиальная астма
 - б) бронхит
 - в) туберкулез
 - г) эмфизема
5. Притупление перкуторного звука и ослабление голосового дрожания происходит при
 - а) бронхите
 - б) пневмонии
 - в) сухом плеврите
 - г) экссудативном плеврите
6. Плевральную пункцию с диагностической целью назначают при
 - а) бронхиальной астме
 - б) крупозной пневмонии
 - в) хроническом бронхите
 - г) экссудативном плеврите
7. Место прокола при плевральной пункции
 - а) по верхнему краю ребра
 - б) по нижнему краю ребра
 - в) не имеет значения
8. При экссудативном плеврите аускультативно определяется
 - а) амфорическое дыхание
 - б) отсутствие дыхания на стороне поражения
 - в) крепитация
 - г) шум трения плевры
9. Рентгенологическая картина при экссудативном плеврите
 - а) полость с горизонтальным уровнем жидкости
 - б) повышенная прозрачность легких
 - в) гомогенное затемнение части легкого со смещением органов средостения в здоровую сторону
 - г) гомогенное затемнение части легкого со смещением органов средостения в больную сторону
10. Диспансеризацию больных, перенесших неспецифический экссудативный плеврит, проводит
 - а) онколог
 - б) рентгенолог
 - в) терапевт
 - г) фтизиатр
11. При легочном кровотечении кровь бывает
 - а) алая, пенная
 - б) темная, со сгустками
 - в) цвета "кофейной гущи"
 - г) 4

Решите задачи по теме занятия.

Задача 1.

Фельдшер ФАПа вызван на дом к пациенту 60 лет, который предъявляет жалобы на повышение температуры до 38,5⁰ С, боль в правой половине грудной клетки на вдохе, усиливающуюся при кашле, одышку в покое. Заболел 2 дня назад. После переохлаждения отмечал потрясающий озноб, повышение температуры до 38-39,5⁰ С, одышку. Со вчерашнего дня стал ощущать боли в грудной клетке, кашель с отделением «ржавой» мокроты.

Объективно: состояние средней тяжести, лежит с возвышенным головным концом. Цианоз носогубного треугольника, температура 38,5⁰ С. При осмотре грудной клетки отмечается отставание правой половины при дыхании. Перкуторно справа ниже угла лопатки – притупление. Аускультативно - крепитация и шум трения плевры. ЧДД 30 в мин. Ритм сердечной деятельности правильный. Тоны сердца приглушены. Пульс 90 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД 100/70 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Физиологические отправления в норме.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Назовите необходимые дополнительные методы исследования.

Задача 2.

Пациентка М. 28 лет обратилась к фельдшеру поликлиники Центральной районной больницы с жалобами на слабость, потливость, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, больше в утренние часы, за сутки выделяется до 200 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Больна в течение 6 лет. Периодически состояние ухудшается. Неоднократно лечилась в стационаре. Объективно: температура 38,2⁰ С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме «барабанных палочек», ногти в форме «часовых стекол». ЧДД 24 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 в мин, ритмичный. АД 120/80 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Перечислите возможные осложнения при данной патологии.

Задача 3.

Пациентка М. 38 лет обратилась к фельдшеру на ФАП с жалобами на слабость, потливость, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, боль в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку, повышение температуры до 38,2⁰ С. Заболела неделю назад. Объективно: температура 38,2⁰ С, состояние средней тяжести, вынужденное положение – сидя. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. При осмотре грудной клетки: выбухание и отставание правой половины при дыхании, голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии: справа по среднеподмышечной линии до VI ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. При аускультации: дыхание в этой области резко ослабленное, ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 2,5 см снаружи от среднелючной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 120 в мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 4.

На здравпункт к фельдшеру обратилась работница завода с жалобами на боль в левой половине грудной клетки при дыхании, усиливающуюся при кашле, наклоне туловища вправо. Боль появилась 3 дня назад. Причину указать пациентка не может. Объективно: температура 37,2⁰ С, кожные покровы влажные, обычной окраски, чистые. Грудная клетка правильной формы. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. При аускультации справа дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Практическое занятие № 9.

Острая ревматическая лихорадка. Эндо-, мио-, перикардиты. Приобретенные пороки сердца.

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.);
- проводить сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
- провести общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
- провести подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д.
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. **Организационная часть** (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)
2. **Начальная мотивация учебной деятельности** (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);
3. **Актуализация опорных знаний** (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).
4. **Контроль знаний**

Устный фронтальный опрос.**Контрольные вопросы:**

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием системы кровообращения.
3. Основные методы исследования больного с ревматизмом, пороками сердца, артериальной гипертензией, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение нового материала.

Разбор этиологических факторов ревматизма, эндокардитов, миокардитов, перикардитов. Разбор патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

Разбор клинических проявлений ревматизма, эндокардитов, миокардитов, перикардитов.

Основные клинические проявления и методы диагностики, подтверждающие диагноз ревматизма, эндокардитов, миокардитов, перикардитов, их диагностическое значение;

Осложнения ревматизма. Особенности возникновения и течения пороков сердца. Клинические проявления пороков сердца.

Лабораторные исследования при ревматизме, пороках сердца, их диагностическое значение.

Инструментальные исследования при данных заболеваниях, Рентгенологические исследования, функциональные методы исследования (ЭКГ, ФКГ, УЗИ), Диагностическое значение методов.

Основные клинические проявления и методы диагностики, подтверждающие диагноз острой сосудистой и хронической сердечной недостаточности, их диагностическое значение;

Дифференциальная диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Решение ситуационных задач по теме.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

- Закрепление навыков проведения объективного исследования:
 - техники проведения общего осмотра пациента;
 - техники пальпации грудной клетки;
- техники определения границ сердца;
- техника подсчета ЧСС, измерения АД, оценка результатов;
- чтение лабораторных анализов, заключений инструментальных исследований.

1. Закрепление

- решение заданий в тестовой форме, задач, заключительные тесты.

2. Подведение итогов. Выводы.

Обнащение занятия: УМК по теме занятия, дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, тонометры, посуда для сбора мокроты и других биологических материалов; ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, ЭКГ, образцы анализов крови, мокроты, мочи, альбомы кабинета, таблицы по теме.

Альбомы:

- УМК по теме занятия;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов сердечно-сосудистой системы»;
- Иллюстрированное пособие «Кровь. Физиология и патология крови»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования. Методика чтения рентгенограмм»;

3. Домашнее задание

Рефераты на темы:

- Болезнь Соколовского-Буйо. От истории до современности....
- Хронический тонзиллит и его связь с ревматизмом.
- Значение инструментальных методов исследования больного в диагностике приобретенных пороков сердца.
- Гипертоническая болезнь – болезнь века. Значение для человека. Исходы.
- Современные инструментальные методы исследования при гипертонической болезни.
- Современные методы исследования заболеваний системы кровообращения – МРТ, ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томография. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА:**Основная литература**

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>

2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

Отработать методику проведения диагностических методов исследования сердечно-сосудистой системы – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию).

Выписать в дневник основные методы диагностики для подтверждения диагноза заболеваний системы кровообращения.

Тестовый контроль к теме: Острая ревматическая лихорадка, эндо- мио- перикардиты. Приобретенные пороки сердца.

1. Этиология острой ревматической лихорадки
 - а) бета-гемолитический стрептококк группы А
 - б) золотистый стафилококк
 - в) кишечная палочка
 - г) пневмококк
2. Ревматизм развивается после ангины через
 - а) 1-2 дня
 - б) 3-4 дня
 - в) 1-3 недели
 - г) 1-3 месяца
3. Ревматизмом чаще заболевают лица в возрасте
 - а) 1-2 года
 - б) 5-7 лет
 - в) 7-15 лет
 - г) 18-25 лет
4. Повышение температуры, эндомиокардит, полиартрит наблюдаются при
 - а) атеросклерозе
 - б) гипертонической болезни
 - в) ишемической болезни сердца
 - г) ревматизме
5. При ревматизме чаще поражается клапан
 - а) аортальный
 - б) митральный
 - в) пульмональный
 - г) трехстворчатый
6. Воспаление крупных суставов, летучесть болей наблюдаются при
 - а) деформирующем остеоартрозе
 - б) ревматоидном артрите
 - в) ревматическом полиартрите
 - г) подагре
7. При малой хорее поражается система
 - а) нервная
 - б) сердечно-сосудистая
 - в) пищеварительная
 - г) дыхательная
8. Исход ревматического полиартрита
 - а) анкилоз
 - б) стойкая деформация кисти
 - в) кровоизлияние в полость сустава
 - г) все явления проходят бесследно
9. Поражение кожи при ревматизме
 - а) диффузный цианоз
 - б) "сосудистые звездочки"
 - в) кольцевидная эритема
 - г) эритема по типу "бабочки"
10. Наиболее частый исход ревмокардита
 - а) атеросклероз
 - б) гипертоническая болезнь
 - в) порок сердца

- г) выздоровление
11. При ревматизме в анализе крови наблюдается
- а) уменьшение лейкоцитов
 - б) уменьшение СОЭ
 - в) снижение сиаловых кислот
 - г) появление антистрептолизина О
- Этиология ревматизма
- а) бета-гемолитический стрептококк группы А
 - б) золотистый стафилококк
 - в) кишечная палочка
 - г) пневмококк
2. Ревматизм развивается после ангины через
- а) 1-2 дня
 - б) 3-4 дня
 - в) 1-3 недели
 - г) 1-3 месяца
3. Ревматизмом чаще заболевают лица в возрасте
- а) 1-2 года
 - б) 5-7 лет
 - в) 7-15 лет
 - г) 18-25 лет
4. Повышение температуры, эндомиокардит, полиартрит наблюдаются при
- а) атеросклерозе
 - б) гипертонической болезни
 - в) ишемической болезни сердца
 - г) ревматизме
5. При ревматизме чаще поражается клапан
- а) аортальный
 - б) митральный
 - в) пульмональный
 - г) трехстворчатый
6. Воспаление крупных суставов, летучесть болей наблюдаются при
- а) деформирующем остеоартрозе
 - б) ревматоидном артрите
 - в) ревматическом полиартрите
 - г) подагре
8. Исход ревматического полиартрита
- а) анкилоз
 - б) стойкая деформация кисти
 - в) кровоизлияние в полость сустава
 - г) все явления проходят бесследно
9. Поражение кожи при ревматизме
- а) диффузный цианоз
 - б) "сосудистые звездочки"
 - в) кольцевидная эритема
 - г) эритема по типу "бабочки"
10. Наиболее частый исход ревмокардита
- а) атеросклероз
 - б) гипертоническая болезнь
 - в) порок сердца
 - г) выздоровление
11. При ревматизме в анализе крови наблюдается
- а) уменьшение лейкоцитов
 - б) уменьшение СОЭ
 - в) снижение сиаловых кислот
 - г) появление антистрептолизина О
16. Основная причина приобретенных пороков сердца
- а) гипертоническая болезнь
 - б) инфаркт миокарда
 - в) стенокардия
 - г) ревматизм
17. Жалобы больного при компенсированной недостаточности митрального клапана
- а) головная боль
 - б) одышка
 - в) отеки
 - г) жалоб нет
19. Симптом "кошачьего мурлыканья" определяется при
- а) инфаркте миокарда
 - б) стенокардии
 - в) митральной недостаточности
 - г) митральном стенозе
25. Кровохарканье является частым признаком
- а) аортальной недостаточности
 - б) инфаркта миокарда
 - в) стенокардии
 - г) митрального стеноза
26. При бактериальном эндокардите чаще поражается клапан

- а) аортальный
 - б) митральный
 - в) пульмональный
 - г) трехстворчатый
33. При экссудативном перикардите больной занимает вынужденное положение
- а) горизонтальное
 - б) горизонтальное с приподнятыми ногами
 - в) лежа на боку
 - г) сидя с наклоном туловища вперед
35. При экссудативном перикардите границы сердца увеличиваются
- а) влево
 - б) вниз
 - в) вправо
 - г) во все стороны

Решите задачи по теме практического занятия № 9

ЗАДАЧА № 1.

По СП обратилась женщина 54 лет, с жалобами на головную боль, головокружение, отечность, слабость. Страдает гипертонической болезнью в течение 5 лет, инвалид II группы, не работает. В последние 2 недели не принимала гипотензивные препараты, нарушала диету (злоупотребляла соленой и острой пищей).

При осмотре: больная повышенного питания, лицо одутловато, бледное, больная адинамична, заторможена.

Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 175/135 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное. Живот безболезненный. Голени и стопы отечны.

Какое осложнение гипертонической болезни развилось у больной?
Каковы помощь и тактика фельдшера на догоспитальном этапе?

ЗАДАЧА № 2.

У больного Д., 72 лет, после контузии головы через 10 лет появились головные боли, головокружение, снижение зрения. За медицинской помощью не обращался, при сильных приступах головной боли принимал анальгетики, которые почти не приносили ему облегчения.

В течение последних 3 суток головная боль усилилась, появились тошнота, рвота, выраженное головокружение, шаткость походки.

При осмотре: лицо гиперемировано, больной возбужден, речь бессвязна.

При аускультации – тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, на верхушке выслушивается систолический шум. АД 240/125 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание, живот безболезненный. Отеков нет.

Сформулируйте предварительный диагноз. Какое осложнение развилось у больного?
Каковы первая помощь и тактика фельдшера СП?

ЗАДАЧА № 3.

У больной М., страдающей тиреотоксикозом, после нервного перенапряжения развился приступ сердцебиения. По поводу заболевания М. употребляет мерказолил.

Объективно: экзофтальм, выражение лица испуганное, тоны сердца громкие, тахикардия до 130 уд/мин., одышка в покое, АД 140/80 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот безболезнен. Отеков нет.

Какой вид нарушения ритма развился у больной?
Каковы первая помощь и тактика фельдшера на догоспитальном этапе?

ЗАДАЧА № 4.

У больного З., 16 лет, после перенесенной ангины спустя 3 недели повысилась температура до 39 - 40°C, появилась слабость, ощущение сердцебиения, высыпания на коже.

При осмотре: на коже голеней, бедер, туловища кольцевидные эритемы. Миндалины гипертрофированы, отечные, пульс 100 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, на верхушке выслушивается легкий систолический шум. АД 90/65 мм рт.ст. В легких – везикулярное дыхание. Отеков нет.

Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
Выделите большие и малые критерии заболевания.

ЗАДАЧА № 5.

Больная Н., 69 лет, вызвала фельдшера ФАП на дом. Беспокоит нарастающая одышка, отеки нижних конечностей, увеличение размеров живота. Периодически в течение 2 лет беспокоили неприятные ощущения за грудиной. Принимает корвалол, валидол, которые облегчения не приносят.

Объективно: тоны сердца приглушены, аритмичны, экстрасистолия. АД 130/90 мм рт.ст. В легких в нижних отделах жесткое дыхание. Отмечаются акроцианоз, отеки нижних конечностей, асцит.

Какие дополнительные методы исследования показаны больной?
Какова тактика фельдшера ФАП?

ЗАДАЧА № 6.

Пациентка А., 32 лет, обратилась к фельдшеру ФАПа с жалобами на: одышку и сердцебиение при обычной, ранее хорошо переносимой физической нагрузке, а в последние полгода – и при небольшой нагрузке (например, при подъеме на 2 этаж). Периодически по вечерам появляются небольшие отеки стоп. Ревматический комбинированный митральный порок сердца выявлен в 24-летнем возрасте. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Цианоз губ, акроцианоз. Границы относительной тупости сердца расширены вверх и влево, конфигурация митральная. На верхушке трехчленный ритм «перепела», 1 тон хлопающий, пресистолический шум, на легочной артерии акцент II тона. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 96 в мин. АД 125/80 мм.рт.ст. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, безболезненная, эластичной консистенции. Пастозность стоп и нижней трети голени.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
Тактика фельдшера.
Назовите необходимые дополнительные методы исследования.

Практическое занятие № 10.

Симптоматология наиболее распространенных заболеваний сердца. Ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда.

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

знать:

- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов с гипертонической болезнью, ИБС, атеросклерозом;

- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования при гипертонической болезни, ИБС, атеросклерозе;

иметь практический опыт:

- обследования пациента;

- интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;

- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациента (ПК 1.1.)

- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования (ПК 1.1.);

- применять различные методы обследования пациента (ПК 1.2.);

сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;

общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.

подготовку больного к функциональным и инструментальным методам

исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.

- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;

- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.);

знать:

- значение субъективных и объективных методов исследования, методы исследования пациентов с артериальными гипертензиями, атеросклерозом, ИБС;

- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1.Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2.Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3.Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4.Контроль знаний

Устный фронтальный опрос по теме занятия.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза гипертонической болезни, атеросклероза, ИБС.

2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием системы кровообращения.

3. Основные методы исследования больного с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение нового материала.

Разбор факторов риска и этиологических факторов ИБС.

Классификация ИБС.

Клинические проявления ИБС, инфаркта миокарда.

Дифференциальная диагностика стенокардии и инфаркта миокарда.

Лабораторные и инструментальные исследования при ИБС.

Функциональные классы стенокардии, диагностическое значение.

Разбор клинических проявлений атеросклероза, ИБС.

Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз атеросклероза, ИБС, их диагностическое значение.

Лабораторные и инструментальные исследования при атеросклерозе, ИБС,

Осложнения ИБС.

Решение ситуационных задач по теме.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

- Закрепление навыков проведения объективного исследования:

- техники проведения общего осмотра пациента;
- техники определения границ сердца;
- техника подсчета ЧСС, измерения АД, оценка результатов;
- чтение лабораторных анализов, заключений инструментальных исследований;
- изучение ЭКГ при ИБС.

1. Закрепление

- решение задач, заключительные тесты.

2. Подведение итогов. Выводы.

Обнащение занятию: УМК по теме занятия, дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, тонометры, компьютер, иллюстрационный материал к занятию, рентгенограммы, ЭКГ, образцы анализов крови, мочи, альбомы кабинета, таблицы по теме, тесты, сборник клинических задач.

Альбомы:

- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов сердечно-сосудистой системы»;
- Иллюстрированное пособие «Кровь. Физиология и патология крови»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования. Методика чтения рентгенограмм»;
- Иллюстрированное пособие «УЗИ исследование при патологии сердечно-сосудистой системы»;

3. Домашнее задание:

- Работа с результатами исследований больных – лабораторными анализами, ЭКГ, ЭхоКС по теме.
- Написать реферат по одной из тем:
- Наиболее значимы факторы риска гипертонической болезни, диагностическое значение;
- Гипертоническая болезнь – болезнь века. Значение для человека. Исходы.
- Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. История открытия. Методика проведения. Оценка результатов;
 - Современные методы исследования заболеваний системы кровообращения – МРТ, ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томография. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины.
- Тредмил. Методика проведения. Оценка результатов. Диагностическое значение метода;
- ИБС – болезнь века. Течение, исходы заболевания. Современные методы диагностики ИБС;
- Функциональные классы стенокардии. Диагностическое значение деления стенокардии на классы.
- Новый метод исследования «Кардиоанализ – дисперсионное картирование». Принцип метода. Диагностическое значение.
- Составить план обследования больного ИБС (в тетради);

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

Тестовый контроль к теме «Симптоматология наиболее распространенных заболеваний сердца»

1. При атеросклерозе поражаются
 - а) артерии
 - б) вены
 - в) капилляры
 - г) мышцы
2. Осложнение атеросклероза
 - а) асцит
 - б) инфаркт миокарда
 - в) пиелонефрит
 - г) пневмония
3. Антиатерогенными являются липопротеиды
 - а) высокой плотности
 - б) низкой плотности
 - в) очень низкой плотности
4. Сжимающие боли за грудиной, иррадирующие под левую лопатку, продолжительностью 5-10 минут, характерны для:
 - а) бактериального эндокардита
 - б) инфаркта миокарда
 - в) ревматического эндокардита
 - г) стенокардии

5. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при ходьбе менее чем на 100 м или в покое
- первый
 - второй
 - третий
 - четвертый
6. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при нагрузке высокой интенсивности
- первый
 - второй
 - третий
 - четвертый
7. Местное артериальное малокровие - это
- анемия
 - ишемия
 - гипоксия
 - гипоксемия
8. Типичная форма инфаркта миокарда
- абдоминальная
 - ангинозная
 - астматическая
 - безболевая
9. Осложнение инфаркта миокарда, требующее реанимационных мероприятий
- кардиогенный шок
 - коллапс
 - синусовая тахикардия
 - фибрилляция желудочков
10. Клинические симптомы кардиогенного шока
- лихорадка, лимфаденопатия
 - лихорадка, кашель со "ржавой" мокротой
 - резкое снижение АД, частый нитевидный пульс
 - резкое повышение АД, напряженный пульс
11. Изменения в биохимическом анализе крови при инфаркте миокарда
- гиперпротеинемия
 - гипохолестеринемия
 - гиперферментемия
 - гипоферментемия
12. Зону некроза на ЭКГ при инфаркте миокарда отражает зубец
- P
 - Q
 - R
 - S
13. Повышение температуры, лейкоцитоз, увеличение СОЭ наблюдаются при
- гипертонической болезни
 - инфаркте миокарда
 - кардиосклерозе
 - стенокардии
14. Больному инфарктом миокарда необходима госпитализация
- в первые часы заболевания
 - на 2-е сутки заболевания
 - на 3-и сутки заболевания
 - на 4-е сутки заболевания
15. Коллапс - это проявление острой недостаточности
- коронарной
 - левожелудочковой
 - правожелудочковой
 - сосудистой
16. Клокочущее дыхание и розовая пенистая мокрота наблюдаются при
- бронхоспазме
 - коллапсе
 - обмороке
 - отеке легких
17. Основной симптом сердечной астмы
- боль в животе
 - головокружение
 - тошнота
 - удушье
18. Только при острой правожелудочковой недостаточности наблюдается
- тахикардия
 - одышка
 - цианоз
 - асцит
19. Отеки нижних конечностей, асцит, увеличение печени наблюдаются при
- инфаркте миокарда
 - недостаточности кровообращения
 - стенокардии
 - гипертонической болезни
20. Скопление отечной жидкости в полости перикарда - это
- анасарка

- б) асцит
 - в) гидроперикард
 - г) гидроторакс
21. Скопление отечной жидкости в полости плевры - это
- а) анасарка
 - б) асцит
 - в) гидроперикард
 - г) гидроторакс
22. Массивные, распространенные по всему телу отеки - это
- а) анасарка
 - б) асцит
 - в) гидроперикард
 - г) гидроторакс
23. Отеки сердечного происхождения появляются
- а) утром на лице
 - б) утром на ногах
 - в) вечером на ногах
 - г) вечером на лице
24. Тахикардия и одышка в покое, отеки, увеличение печени у больного с пороком сердца характерны для недостаточности
- а) надпочечниковой
 - б) печеночной
 - в) почечной
 - г) сердечной
25. Экстрасистолия - это
- а) уменьшение ЧСС
 - б) увеличение ЧСС
 - в) нарушение проводимости
 - г) преждевременное сокращение сердца
26. Сердечная астма - это проявление острой недостаточности
- а) коронарной
 - б) левожелудочковой
 - в) правожелудочковой
 - г) сосудистой
27. ЧСС 52 уд/мин. - это
- а) брадикардия
 - б) тахикардия
 - в) экстрасистолия
 - г) норма
28. ЧСС 100 уд/мин. - это
- а) брадикардия
 - б) тахикардия
 - в) экстрасистолия
 - г) норма
29. АД 170/100 мм рт. ст. - это
- а) гипертензия
 - б) гипотензия
 - в) коллапс
 - г) норма
30. Псевдосиндром "острого живота" наблюдается при форме инфаркта миокарда
- а) ангинозной
 - б) астматической
 - в) аритмической
 - г) гастралгической
31. Приступ удушья наблюдается при форме инфаркта миокарда
- а) ангинозной
 - б) астматической
 - в) аритмической
 - г) гастралгической
32. Аневризма сердца - это
- а) гипертрофия левого желудочка
 - б) гипертрофия правого желудочка
 - в) уменьшение левого желудочка
 - г) взбухание участка сердца
33. Отек легких - это форма острой недостаточности
- а) коронарной
 - б) левожелудочковой
 - в) правожелудочковой
 - г) сосудистой

ЗАДАЧА № 1.

Больной А., служащий, обратился к фельдшеру с жалобами на приступообразные боли в области сердца сжимающего характера с иррадиацией в левую лопатку, ключицу, продолжительностью до 3-4 минут. Боли повторялись 3-4 раза, возникали на протяжении последнего месяца, во всех случаях провоцировались тяжелой физической нагрузкой.

При осмотре: больной астенического типа сложения, при описании болей больной прикладывает сжатый кулак на область грудины. Аускультативно – тоны сердца слегка приглушены, чистые, ритмичные, АД 120/80 мм рт.ст. В легких – везикулярное дыхание. Сформулируйте предварительный диагноз.

Какова неотложная помощь и тактика фельдшера на догоспитальном этапе?

ЗАДАЧА № 2.

По вызову СП обратилась больная С., 55 лет, пенсионерка. В течение последних 4 лет страдает ИБС, с приступами стенокардии, которые повторяются 1-2 раза в неделю, продолжаются в течение 3-5 минут и купируются вдыханием 1 дозы изокета.

В течение суток приступы стенокардии повторились 5-6 раз, стали затяжными, продолжительностью до 10 минут и для снятия приступа необходимо было до 3 доз изокета.

При осмотре больная беспокойна, кожные покровы бледные, тоны сердца аритмичные, единичные экстрасистолы. Тоны приглушены.

В легких везикулярное дыхание. Живот безболезненный. Голени и стопы пастозны.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какова неотложная помощь и тактика фельдшера на догоспитальном этапе?

ЗАДАЧА № 3.

На СП около 6 утра поступил вызов по поводу болей в сердце. У мужчины 40 лет периодически возникают боли за грудиной и в области сердца в предутренние часы (днем боли не беспокоят, мужчина хорошо переносит физические нагрузки). Боли продолжительностью до 20 минут, не купируются бета-блокаторами, выписанными участковым врачом. Со слов больного страдает ИБС стенокардией в течение нескольких лет.

Обоснуйте диагноз. ИБС. Какой вид стенокардии наблюдается у больного?

Какова неотложная помощь необходима в данном случае и какова тактика фельдшера на догоспитальном этапе?

ЗАДАЧА № 4.

Больной Ф., 47 лет, обратился по СП с жалобами на интенсивные «кинжальные» боли в области сердца. Со слов родственников, боль возникла после стресса, не прошла после приема нитратов, продолжалась около 45 минут.

При осмотре: больной вялый, лежит на спине, прижав руку в области грудины, стонет; кожные покровы бледные, лицо покрыто капельками пота; тоны сердца глухие, брадикардия, АД 100/80 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот безболезненный при пальпации.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Каковы тактика фельдшера и помощь больному на догоспитальном этапе?

ЗАДАЧА № 5.

Во время госпитализации больного Г., 52 лет, с диагнозом «острый инфаркт миокарда» в машине в машине СП развился приступ удушья.

При осмотре: больной в вынужденном положении – полусидя, одышка смешанного характера, цианоз лица, кашель с выделением небольшого количества розовой пенистой мокроты. При аускультации легких в нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. После проведения ингаляции кислорода через спирт одышка уменьшилась.

Какое осложнение инфаркта миокарда развилось у больного?

Какая дополнительная помощь необходима больному в настоящий момент?

ЗАДАЧА № 6.

Фельдшер вызван на дом к пациенту 56 лет, который жалуется на выраженную одышку и сердцебиение при незначительных нагрузках (вставание с постели, при ходьбе по квартире, при разговоре). Также отмечает перебои в сердце, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота в размерах. Также отмечает, что появились постоянные отеки нижних конечностей. Отмечает общую слабость. 5 лет назад перенес острый инфаркт миокарда.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. Больной в вынужденном положении – полусидя, одышка смешанного характера, цианоз лица. ЧДД до 30 в минуту.

При аускультации легких в нижних отделах выслушиваются влажные мелко- и средне-пузырчатые хрипы. При перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Границы относительной сердечной тупости значительно расширены влево. Тоны сердца глухие. Пульс 102 удара в минуту, аритмичен (мерцательная аритмия). ЧСС 116-122 в минуту, дефицит пульса составляет 14-20 ударов, АД 145/60 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме, форма живота «лягушачья». В отлогих местах живота отмечается тупость. Печень выступает из-под реберной дуги на 12-18 см, консистенция плотно-эластическая. На ногах выраженные отеки. Отечность в поясничной области.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Назовите необходимые дополнительные методы исследования в стационаре.

ЗАДАЧА № 7.

Больной В., 44 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу. Продолжительность болей 3-5 мин. Боли возникают при ходьбе и подъеме на два этажа, в покое проходят. Беспокоят около 3 месяцев.

Объективно: температура 36,6°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно.

Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

ЗАДАЧА № 8.

Больная К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4°C. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболлезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболлезненная.

Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения.

Определите Вашу тактику в отношении пациента.

ЗАДАЧА № 9.

К больному К., 60 лет был вызван фельдшер скорой помощи. Больной находился в неподвижном состоянии и жаловался на резкую давящую боль за грудиной, которая распространялась в левую руку, шею, челюсть, под левую лопатку.

Объективно: отмечается умеренная бледность кожных покровов, пульс частый, на верхушке тоны сердца приглушены, второй тон на аорте усилен.

О какой патологии сердечно-сосудистой системы должен подумать фельдшер? Какое дополнительное исследование должен он провести в обязательном порядке? Чем объяснить иррадиацию болей? Какую терапию необходимо провести?

ЗАДАЧА № 10.

При выслушивании сердца больного выявлено, что I тон не изменен, II тон на аорте значительно громче, чем на легочной артерии. Как называется такое изменение II тона, каковы возможные его причины?

ЗАДАЧА № 11.

При пальпации определяется пульс 72 уд/мин; ритмичный, твердый, удовлетворительного наполнения.

Какие отклонения от нормы имеются в данном случае. Какие изменения артериального давления можно ожидать у данного больного?

Практическое занятие № 11.

Артериальная гипертензия. Острая и хроническая сердечная недостаточность

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):
 - сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
 - общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
 - подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д.
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2. Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3. Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4. Контроль знаний

Устный фронтальный опрос.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием системы кровообращения.
3. Основные методы исследования больного с ревматизмом, пороками сердца, артериальной гипертензией, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение нового материала.

1. Инфаркт миокарда. Этиология, патогенез.
2. Клиническая картина инфаркта миокарда. Типичный и атипичный варианты инфаркта миокарда.
3. Диагностика инфаркта миокарда. Лабораторные исследования при инфаркте миокарда, их диагностическое значение.
4. Диагностика ферментативной активности при инфаркте миокарда – определение миоглобина, КФК, АсАТ, ЛДГ. Диагностическое значение методов;
5. Применение Троп- теста в диагностике инфаркта миокарда
6. ЭКГ диагностика острого периода инфаркта миокарда;
7. Острая сердечная недостаточность. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, клинические проявления.
8. Классификация по стадиям и функциональным классам.
9. Основные методы диагностики, подтверждающие острую и хроническую сердечную и сосудистую недостаточность.
10. Инструментальные исследования при данных заболеваниях, Рентгенологические исследования, функциональные методы исследования (ЭКГ, ФКГ, УЗИ), Диагностическое значение методов.
11. Решение ситуационных задач по теме.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

- Закрепление навыков проведения объективного исследования:
 - техники проведения общего осмотра пациента;
 - техники определения границ сердца;
 - техника подсчета ЧСС, измерения АД, оценка результатов;
- чтение лабораторных анализов, заключений инструментальных исследований;
 - изучение ЭКГ при ИБС, инфаркте миокарда.

1. Закрепление

- решение задач, заключительные тесты.

2. Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: УМК по теме занятия, дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, тонометры, посуда для сбора мокроты и других биологических материалов; ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, ЭКГ, образцы анализов крови, мокроты, мочи, альбомы кабинета, таблицы по теме.

Альбомы:

- УМК по теме занятия;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов сердечно-сосудистой системы»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования. Методика чтения рентгенограмм»;
- Иллюстрированное пособие «УЗИ исследование при патологии сердечно-сосудистой системы»;
- Иллюстрированное пособие «ЭКГ-исследование при заболеваниях сердца».

3. Домашнее задание

Рефераты на темы:

- Применение Тропт-теста в диагностике инфаркта миокарда;
 - Диагностика ферментативной активности при инфаркте миокарда – определение миоглобина, КФК, АсАТ, ЛДГ. Диагностическое значение методов;
 - ЭКГ диагностика острого периода инфаркта миокарда;
 - Новый метод исследования «Кардиоанализ – дисперсионное картирование. Принцип метода. Диагностическое значение».
 - Современные методы исследования заболеваний системы кровообращения – МРТ, ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томография.
- Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

1. Отработать методику проведения диагностических методов исследования сердечно-сосудистой системы – субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию).
2. Закрепление навыков определения границ сердца, подсчета пульса, измерения АД, оценка результатов.
3. Закрепление навыков определения суточного диуреза, его оценка при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Закрепление навыков определения отеков, оценки результатов.
4. Изучение навыков ведения больного в постинфарктном периоде.
5. Работа с ЭКГ, изучение диагностических критериев инфаркта миокарда.

Тестовый контроль к теме «Артериальная гипертензия. Острая и хроническая сердечная недостаточность»

1. При атеросклерозе поражаются
 - а) артерии
 - б) вены
 - в) капилляры
 - г) мышцы
2. Осложнение атеросклероза
 - а) асцит
 - б) инфаркт миокарда
 - в) пиелонефрит
 - г) пневмония
3. Антиатерогенными являются липопротеиды
 - а) высокой плотности

- б) низкой плотности
 - в) очень низкой плотности
4. Сжимающие боли за грудиной, иррадирующие под левую лопатку, продолжительностью 5-10 минут, характерны для:
- а) бактериального эндокардита
 - б) инфаркта миокарда
 - в) ревматического эндокардита
 - г) стенокардии
5. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при ходьбе менее чем на 100 м или в покое
- а) первый
 - б) второй
 - в) третий
 - г) четвертый
6. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при нагрузке высокой интенсивности
- а) первый
 - б) второй
 - в) третий
 - г) четвертый
7. Местное артериальное малокровие - это
- а) анемия
 - б) ишемия
 - в) гипоксия
 - г) гипоксемия
8. Типичная форма инфаркта миокарда
- а) абдоминальная
 - б) ангинозная
 - в) астматическая
 - г) безболевая
9. Осложнение инфаркта миокарда, требующее реанимационных мероприятий
- а) кардиогенный шок
 - б) коллапс
 - в) синусовая тахикардия
 - г) фибрилляция желудочков
10. Клинические симптомы кардиогенного шока
- а) лихорадка, лимфаденопатия
 - б) лихорадка, кашель со "ржавой" мокротой
 - в) резкое снижение АД, частый нитевидный пульс
 - г) резкое повышение АД, напряженный пульс
11. Изменения в биохимическом анализе крови при инфаркте миокарда
- а) гиперпротеинемия
 - б) гипохолестеринемия
 - в) гиперферментемия
 - г) гипоферментемия
12. Зону некроза на ЭКГ при инфаркте миокарда отражает зубец
- а) Р
 - б) Q
 - в) R
 - г) S
13. Повышение температуры, лейкоцитоз, увеличение СОЭ наблюдаются при
- а) гипертонической болезни
 - б) инфаркте миокарда
 - в) кардиосклерозе
 - г) стенокардии
14. Больному инфарктом миокарда необходима госпитализация
- а) в первые часы заболевания
 - б) на 2-е сутки заболевания
 - в) на 3-и сутки заболевания
 - г) на 4-е сутки заболевания
15. Коллапс - это проявление острой недостаточности
- а) коронарной
 - б) левожелудочковой
 - в) правожелудочковой
 - г) сосудистой
16. Клокочущее дыхание и розовая пенистая мокрота наблюдаются при
- а) бронхоспазме
 - б) коллапсе
 - в) обмороке
 - г) отеке легких
17. Основной симптом сердечной астмы
- а) боль в животе
 - б) головокружение
 - в) тошнота
 - г) удушье
18. Только при острой правожелудочковой недостаточности наблюдается
- а) тахикардия
 - б) одышка
 - в) цианоз
 - г) асцит

19. Отеки нижних конечностей, асцит, увеличение печени наблюдаются при
- а) инфаркте миокарда
 - б) недостаточности кровообращения
 - в) стенокардии
 - г) гипертонической болезни
20. Скопление отечной жидкости в полости перикарда - это
- а) анасарка
 - б) асцит
 - в) гидроперикард
 - г) гидроторакс
21. Скопление отечной жидкости в полости плевры - это
- а) анасарка
 - б) асцит
 - в) гидроперикард
 - г) гидроторакс
22. Массивные, распространенные по всему телу отеки - это
- а) анасарка
 - б) асцит
 - в) гидроперикард
 - г) гидроторакс
23. Отеки сердечного происхождения появляются
- а) утром на лице
 - б) утром на ногах
 - в) вечером на ногах
 - г) вечером на лице
24. Тахикардия и одышка в покое, отеки, увеличение печени у больного с пороком сердца характерны для недостаточности
- а) надпочечниковой
 - б) печеночной
 - в) почечной
 - г) сердечной
25. Экстрасистолия - это
- а) уменьшение ЧСС
 - б) увеличение ЧСС
 - в) нарушение проводимости
 - г) преждевременное сокращение сердца
26. Сердечная астма - это проявление острой недостаточности
- а) коронарной
 - б) левожелудочковой
 - в) правожелудочковой
 - г) сосудистой
27. ЧСС 52 уд/мин. - это
- а) брадикардия
 - б) тахикардия
 - в) экстрасистолия
 - г) норма
28. ЧСС 100 уд/мин. - это
- а) брадикардия
 - б) тахикардия
 - в) экстрасистолия
 - г) норма
29. АД 170/100 мм рт. ст. - это
- а) гипертензия
 - б) гипотензия
 - в) коллапс
 - г) норма
30. Псевдосиндром "острого живота" наблюдается при форме инфаркта миокарда
- а) ангинозной
 - б) астматической
 - в) аритмической
 - г) гастралгической
31. Приступ удушья наблюдается при форме инфаркта миокарда
- а) ангинозной
 - б) астматической
 - в) аритмической
 - г) гастралгической
32. Аневризма сердца - это
- а) гипертрофия левого желудочка
 - б) гипертрофия правого желудочка
 - в) уменьшение левого желудочка
 - г) взбухание участка сердца
33. Отек легких - это форма острой недостаточности
- а) коронарной
 - б) левожелудочковой
 - в) правожелудочковой
 - г) сосудистой

Практическое занятие 12.

Гастриты острые и хронические. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):
 - сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
 - общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
 - подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д.
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1.Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2.Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3.Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4.Контроль знаний

Устный фронтальный опрос.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием системы пищеварения.
3. Основные методы исследования больного с острыми и хроническими гастритами, язвенной болезнью, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение нового материала.

- 1.Разбор факторов риска и этиологических факторов острых и хронических гастритов, язвенной болезни.
- 2.Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.
- 3.Разбор клинических проявлений острых и хронических гастритов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- 4.Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз заболеваний желудка, их диагностическое значение;
- 5.Осложнения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления.
- 6.Лабораторные исследования при заболеваниях желудка, их диагностическое значение.
- 7.Инструментальные исследования при данных заболеваниях. Рентгенологические методы исследования, функциональные методы исследования (зондовые, эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.
- 8.Дифференциальная диагностика заболеваний гастроэнтерологической системы.
- 9.Решение ситуационных задач по теме.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

- Закрепление навыков проведения объективного исследования:
 - техники проведения общего осмотра пациента;
 - проведение пальпации живота (поверхностной и глубокой);
 - техники пальпация желудка;
 - техника подсчета ЧСС, измерения АД, оценка результатов;
- чтение лабораторных анализов, заключений инструментальных исследований.

1.Закрепление

- решение заданий в тестовой форме, задач, заключительные тесты.

2.Подведение итогов. Выводы.

Обнащение занятия: УМК по теме занятия, дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, тонометры, посуда для сбора кала и других биологических материалов; ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, образцы анализов крови, желудочного и дуоденального зондирования, рентгенограммы, альбомы кабинета, таблицы по теме.

Альбомы:

- УМК по теме занятия;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов системы пищеварения»;
- Иллюстрированное пособие «Кровь. Физиология и патология крови»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования желудка и кишечника. Методика чтения рентгенограмм»;
- Иллюстрированное пособие «УЗИ исследование при патологии системы пищеварения, печени, желчного пузыря»;
- Иллюстрированное пособие «Анализ кала».

3. Домашнее задание

Рефераты на темы:

- Метод исследования при заболеваниях желудочно-кишечного тракта «Гастропанель»;
- Эндоскопические методы исследования желудочно-кишечного тракта (обзор). Информативность, методика проведения».
- Изотопное исследование в гастроэнтерологии. Обзор.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

- Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
- Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

1. Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы пищеварения - субъективных, объективных (перкуссия, пальпацию, аускультацию).
2. Закрепление навыков пальпации живота, оценка результатов.
3. Закрепление навыков чтения лабораторных анализов при заболеваниях пищеварительной системы.
4. Изучение навыков ведения больного заболеваниями кишечника.

Тестовый контроль к теме: Гастриты острые и хронические. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Выберите один правильный ответ

1. Основная причина хронического гастрита типа Б:
 - а) отравление
 - б) аутоиммунные нарушения
 - в) нерациональное питание
 - г) хеликобактер пилори
2. Выработка антител к обкладочным клеткам слизистой оболочки желудка происходит при:
 - а) хроническом гастрите типа А
 - б) хроническом гастрите типа В
 - в) остром гастрите
 - г) хроническом панкреатите
3. Наиболее информативный метод диагностики гастродуоденита
 - а) желудочное зондирование
 - б) рентгенологическое исследование
 - в) ультразвуковое исследование
 - г) эндоскопическое исследование
4. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью наблюдается
 - а) изжога
 - б) отрыжка кислым
 - в) отрыжка тухлым
 - г) запоры
5. Сезонность обострения характерна для
 - а) хронического колита
 - б) хронического холецистита
 - в) цирроза печени
 - г) язвенной болезни
6. Ранние боли в эпигастриальной области возникают после еды в течение
 - а) 30 минут
 - б) 2 часов

- в) 3 часов
- г) 4 часов
- 7. Поздние, "голодные", ночные боли характерны для
 - а) хронического гастрита
 - б) язвенной болезни желудка
 - в) язвенной болезни 12-перстной кишки
 - г) цирроза печени
- 8. Рентгенологический симптом "ниши" наблюдается при
 - а) гастрите
 - б) язвенной болезни
 - в) раке желудка
 - г) холецистите
- 9. Признаки, характерные только для желудочного кровотечения
 - а) бледность, слабость
 - б) головная боль, головокружение
 - в) рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул
 - г) тахикардия, гипотензия
- 10. Для стимуляции желудочной секреции применяют
 - а) пентагастрин
 - б) растительное масло
 - в) сульфат бария
 - г) сульфат магния
- 11. Последний прием пищи перед желудочным зондированием должен быть
 - а) вечером, накануне исследования
 - б) утром, накануне исследования
 - в) днем, накануне исследования
 - г) утром в день исследования
- 12. Дегтеобразный стул бывает при кровотечении из кишки
 - а) 12-перстной
 - б) ободочной
 - в) сигмовидной
 - г) прямой
- 13. Дефект наполнения при рентгенографии характерен для
 - а) гастрита
 - б) рака желудка
 - в) язвы желудка
 - г) язвы 12-перстной кишки
- 14. За 3 дня следует исключить из питания железосодержащие продукты при подготовке к
 - а) анализу кала на скрытую кровь
 - б) дуоденальному зондированию
 - в) желудочному зондированию
 - г) рентгенографии желудка
- 15. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь из питания исключают
 - а) манную кашу
 - б) молоко
 - в) мясо
 - г) хлеб
- 16. К облигатному предраку относится
 - а) гиперацидный гастрит
 - б) нормацидный гастрит
 - в) полипоз желудка
 - г) язва 12-перстной кишки
- 17. Подготовка больного к рентгенографии желудка
 - а) утром натощак
 - б) утром - сифонная клизма
 - в) вечером - сифонная клизма
 - г) утром — промывание желудка
- 18. При диспансеризации больных с язвенной болезнью желудка проводится
 - а) ирригоскопия
 - б) колоноскопия
 - в) ректороманоскопия
 - г) фиброгастроскопия

Практическое занятие № 13.

Дискинезия желчевыводящих путей. Хронический холецистит. Желчекаменная болезнь. Хронический гепатит. Цирроз печени. Хронический панкреатит.

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):
 - сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
 - общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
 - подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д.
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1.Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2.Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3.Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4.Контроль знаний**Устный фронтальный опрос.****Контрольные вопросы:**

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием желчевыводящих путей и печени.
3. Основные методы исследования больного с дискинезией желчевыводящих путей, желчного пузыря и печени, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение нового материала.

Разбор факторов риска и этиологических факторов дискинезией желчевыводящих путей, желчного пузыря и печени. Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

Разбор клинических проявлений дискинезией желчевыводящих путей, хронических холециститов, гепатитов и циррозов печени.

Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз заболеваний желчевыводящих путей и печени, их диагностическое значение; Осложнения заболеваний желчевыводящих путей и печени. Клинические проявления.

Лабораторные исследования при заболеваниях желчевыводящих путей и печени, их диагностическое значение.

Инструментальные исследования при данных заболеваниях. Рентгенологические методы исследования, функциональные методы исследования (зондовые, эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.

Дифференциальная диагностика заболеваний гастроэнтерологической системы.

Осложнения хронических панкреатитов.

7.Лабораторные исследования при панкреатитах, их диагностическое значение.

8.Инструментальные исследования при панкреатитах. Функциональные методы исследования, инструментальные методы (эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.

9.Разбор факторов риска и этиологических факторов энтероколитов. Способствующие факторы развития заболеваний

10.Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

11.Клинические проявления энтероколитов.

Лабораторная и инструментальная диагностика энтероколитов.

Дифференциальная диагностика заболеваний кишечника.

Решение ситуационных задач по теме.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

- Закрепление навыков проведения объективного исследования:

- техники проведения общего осмотра пациента;
- проведения пальпации живота (поверхностной и глубокой);
- техники пальпации и определение границ печени по Курлову;
- техника подсчета ЧСС, измерения АД, оценка результатов;

- чтение лабораторных анализов, заключений инструментальных исследований.

1.Закрепление

- решение заданий в тестовой форме, задач, заключительные тесты.

2.Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: УМК по теме занятия, дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, тонометры, ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, образцы анализов крови, дуоденального зондирования, рентгенограммы, УЗИ, альбомы кабинета, таблицы по теме.

Альбомы:

- УМК по теме занятия;

- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов системы пищеварения»;

- Иллюстрированное пособие «Кровь. Физиология и патология крови»;

- Справочник «Клинические методы исследования»;

- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования желудка и кишечника. Методика чтения рентгенограмм»;

- Иллюстрированное пособие «УЗИ исследование при патологии системы пищеварения, печени, желчного пузыря»;

3. Домашнее задание

Рефераты на темы:

- Ультразвуковое исследование печени. Диагностическое значение.;
- Изотопное исследование в гепатологии. Значение метода.
- Камни желчного пузыря.
- Ультразвуковое исследование печени. Диагностическое значение.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа:

<http://www.iprbookshop.ru/59429.html>

Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -

<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск:

Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа:

<http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. —

Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа:

<http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-

Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.htm>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

Закрепить методы обследования больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Отработать методику проведения диагностических методов исследования желчевыводящих путей и печени – субъективных, объективных - определения границ печени по Курлову.

Тестовый контроль

к теме: «Дискinezия желчевыводящих путей. Хронический холецистит. Желчекаменная болезнь. Хронический гепатит. Цирроз печени. Хронический панкреатит».

.

Выбрать один правильный ответ.

1. Иррадиация боли в плечо и правую лопатку объясняется:

- а. раздражение диафрагмального нерва
- б. раздражение диафрагмального и межреберных нервов
- в. раздражение межреберных нервов
- г. нет верного ответа

2. Упорный кожный зуд характерен для:

- а. заболевание сердца
- б. заболевание легких
- в. заболевание печени
- г. заболевание крови

3. Моча цвета «пива» характерна:

- а. для заболевания почек
- б. для заболевания желчного пузыря
- в. отравление алкоголем
- г. печеночной желтухи

4. Симптом портальной гипертензии объясняется застоем крови в:

- а. системе воротной вены
- б. БКК
- в. МКК
- г. желчном пузыре

5. Ярко-красные ладони бывают при:

- а. заболевании почек
- б. заболевании желудка
- в. заболевании печени
- г. заболевании желчного пузыря

6. В терминальную стадию печеночной недостаточности характерно:

- а. эйфория, бред
- б. галлюцинации
- в. ступор
- г. кома

7. Норма билирубина в сыворотке крови:

- а. 8,5-30,5
- б. 3,3-5,5
- в. 8,5-20,5
- г. 0-18

8. При патологии в желчном пузыре изменяется порция:

- а. А
- б. В
- в. С
- г. все порции

9. «Голова медузы» - это:

- а. расширение вен передней брюшной стенки
- б. расширение вен задней брюшной стенки
- в. расширение вен нижних конечностей
- г. расширение вен верхних конечностей

10. При холецистографии рег ос дают:

- а. капустный отвар, сухарики
- б. мясной бульон
- в. легкий ужин, алкоголь
- г. биллитраст, йодогност, холевид

11. Боль в околопупочной области наблюдается при хроническом

- а) колите
- б) панкреатите
- в) холецистите
- г) энтерите

12. При хроническом энтерите отмечается кал

- а) дегтеобразный
- б) с примесью чистой крови
- в) обильный, жидкий
- г) обесцвеченный

13. При воспалении сигмовидной кишки боль локализуется в области

- а) правой подреберной
- б) околопупочной
- в) правой подвздошной
- г) левой подвздошной

14. При хроническом колите отмечается кал

- а) дегтеобразный
- б) с примесью чистой крови
- в) обесцвеченный
- г) скудный, жидкий

15. Ирригоскопия - это исследование

- а) рентгенологическое
- б) рентгенологическое контрастное
- в) ультразвуковое
- г) эндоскопическое

16. Ирригоскопия - это исследование

- а) 12-перстной кишки
- б) желудка
- в) пищевода
- г) толстого кишечника

17. Обострение хронического панкреатита провоцирует

- а) ОРВИ, переохлаждение
- б) прием жирной пищи, алкоголя
- в) прием белковой пищи, курение
- г) переутомление, стрессы

18. Опоясывающий характер боли в животе наблюдается при

- а) гастрите
- б) гепатите
- в) панкреатите
- г) холецистите

19. При хроническом панкреатите наблюдаются синдромы

- а) анемический, гиперпластический
- б) болевой, диспептический
- в) гипертонический, отечный
- г) гипертонический, нефротический

20. Осложнение язвенной болезни, вызывающее панкреатит

- а) кровотечение
- б) пенетрация
- в) перфорация
- г) пилоростеноз

21. Осложнение хронического панкреатита

- а) желчно-каменная болезнь
- б) сахарный диабет
- в) цирроз печени

- г) язвенная болезнь
 22. При панкреатите в анализе крови отмечается
 а) увеличение амилазы
 б) увеличение белка
 в) уменьшение амилазы
 г) уменьшение холестерина
23. При панкреатите в анализе мочи наблюдается увеличение
 а) белка
 б) билирубина
 в) диастазы
 г) уробилина
24. При хроническом панкреатите кал
 а) дегтеобразный
 б) жирный
 в) кровянистый
 г) обесцвеченный
25. Наличие в кале непереваренных мышечных волокон - это
 а) амилорея
 б) креаторея
 в) мелена
 г) стеаторея
26. Наличие в кале капель нейтрального жира - это
 а) амилорея
 б) креаторея
 в) мелена
 г) стеаторея
27. Наличие в кале нерасщепленного крахмала - это
 а) амилорея
 б) диарея
 в) креаторея
 г) стеаторея
28. Жидкий, дегтеобразный стул - это
 а) амилорея
 б) диарея
 в) мелена
 г) креаторея
29. Амилорея, креаторея, стеаторея наблюдаются при хроническом
 а) гастрите
 б) гепатите
 в) холецистите
 г) панкреатите

Практическое занятие № 14. Заболевания мочевыделительной системы

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):
- проводить сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
- проводить общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
- осуществить подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д.
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

Контроль знаний

Устный фронтальный опрос.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием мочевыделительной системы.
3. Основные методы исследования больного с заболеваниями мочевыделительной системы, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение нового материала.

1. Разбор факторов риска и этиологических факторов заболеваний мочевыделительной системы. Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.
2. Разбор клинических проявлений острых и хронических гломерулонефритов, острых и хронических пиелонефритов, мочекаменной болезни, хронической почечной недостаточности.
3. Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз заболеваний мочевыводящей системы, их диагностическое значение;
4. Осложнения заболеваний мочевыводящей системы.
5. Лабораторные исследования при заболеваниях мочевыводящей системы, их диагностическое значение.
6. Инструментальные исследования при данных заболеваниях. Рентгенологические методы исследования, функциональные методы исследования (эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.
7. Дифференциальная диагностика заболеваний мочевыводящей системы.
8. Решение ситуационных тестов и задач по теме.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

- Закрепление навыков проведения объективного исследования:

- техники проведения общего осмотра пациента, выявления отеков;
- проведения бимануальной пальпации почек;
- техники определения симптома Пастернацкого, оценка результатов;
- подготовка больных к инструментальным методам исследования мочевыводящей системы;
- техника проведения катетеризации мочевого пузыря;
- подготовка к проведению и оценка результатов анализов: ОАМ, по методам: Каковского – Аддиса, Нечипоренко, по Зимницкому, чтение лабораторных анализов, заключений инструментальных исследований.

1. Закрепление

- решение заданий в тестовой форме, задач, заключительные тесты.

2. Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: УМК по теме занятия, дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, тонометры, ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, образцы анализов крови, мочи, результаты лабораторных исследований, рентгенограммы, УЗИ, альбомы кабинета, таблицы по теме.

Альбомы:

- УМК по теме занятия;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов системы мочевого выделения»;
- Иллюстрированное пособие «Кровь. Физиология и патология крови»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;
- Альбом «Анализ мочи»;
- Альбом «Камни почек и мочевого пузыря».
- Иллюстрированное пособие «Рентгенологический метод исследования почек. Методика чтения рентгенограмм»;
- Иллюстрированное пособие «УЗИ исследование при патологии почек и системы мочевого выделения»;

3. Домашнее задание

Рефераты на темы:

- Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря. Диагностическое значение.
- Радиоизотопное исследование почек (сцинтиграфия почек). Значение метода.
- Камни почек. Причины образования. Симптомы и диагностика.
- КТ и МРТ – современные методы диагностики заболеваний почек.
- Функциональные исследования почек. Диагностическое значение.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа:

<http://www.iprbookshop.ru/59429.html>

Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.htm>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

Закрепить методы обследования больных с заболеваниями почек и системы мочевого выделения.

Отработать методику проведения диагностических методов исследования системы мочевого выделения – субъективных, объективных – пальпации, перкуссии, подготовку больного к лабораторным и инструментальным исследованиям мочевыделительной системы.

Тестовый контроль к теме: «Заболевания мочевыделительной системы».

Нормальной удельной плотности мочи соответствуют цифры:

- а) 1000-1015
- б) 1005-1010
- в) 1010-1015
- г) 1014-1026
- д) 1026-1035

Нормальные цифры суточного диуреза соответствуют:

- а) 1,5 литра
- б) 100% от количества выпитой жидкости
- в) 65-70% от количества выпитой жидкости
- г) 50% от количества выпитой жидкости
- д) более 100% от количества выпитой жидкости

Для определения соотношения между дневным и ночным диурезом назначают анализ мочи по:

- а) Нечипоренко
- б) Зимницкому
- в) Аддис-Каковскому
- г) Ребергу
- д) все перечисленное неверно

Анализ мочи по Нечипоренко назначается с целью:

- а) определения суточного диуреза
- б) определения форменных элементов
- в) выявления наличия белка в моче
- г) выявления наличия солей
- д) определения фильтрации и реабсорбции мочи

Анализ мочи по Зимницкому назначается с целью:

- а) определения суточного диуреза
- б) определения форменных элементов
- в) выявления наличия белка в моче
- г) выявления наличия солей
- д) определения фильтрации и реабсорбции мочи

Анализ мочи по Аддис-Каковскому назначается с целью:

- а) определения суточного диуреза
- б) определения форменных элементов
- в) выявления наличия белка в моче
- г) выявления наличия солей
- д) определения фильтрации и реабсорбции мочи

Нарушение диуреза называется никтурией при:

- а) уменьшении количества суточной мочи менее 500 мл
- б) увеличении количества суточной мочи более 2 литров
- в) преобладании ночного диуреза над дневным
- г) учащении мочеиспускания
- д) задержке выделения мочи

Больной выделил за сутки 450 мл мочи. Дайте определение этому нарушению диуреза:

- а) никтурия
- б) полиурия
- в) анурия
- г) олигурия
- д) дизурия

Почечные отеки имеют следующие особенности:

- а) отеки мягкие: появляются утром на веках, под глазами, быстро появляются и быстро исчезают
- б) отеки мягкие: появляются вечером на лице, трудно поддаются лечению
- в) отеки плотные: появляются на ногах к вечеру, легко поддаются лечению
- г) отеки плотные: появляются утром на веках, под глазами, долго сохраняются, трудно поддаются лечению
- д) отеки плотные: появляются утром на ногах, плохо поддаются лечению

При обследовании пациента с заболеванием почек необходимо выяснить:

- а) характер стула
- б) наличие отеков
- в) наличие сыпи
- г) изменение веса
- д) характер сна

Для острого гломерулонефрита характерно:

- а) отеки на ногах, цианоз
- б) отеки на лице, гематурия
- в) снижение АД, повышение температуры
- г) боли в пояснице, пиурия
- д) боли в пояснице, никтурия

Для мочевого синдрома при остром гломерулонефрите характерны:

- а) протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия
- б) лейкоцитурия, гематурия, цилиндрурия
- в) протеинурия, гематурия, цилиндрурия
- г) гематурия, цилиндрурия, бактериурия
- д) лейкоцитурия, гематурия, никтурия

Чтобы своевременно распознать побочные действия диуретиков необходимо ежедневно наблюдать за:

- а) температурой тела
- б) характеристикой пульса
- в) характером стула
- г) частотой дыхания
- д) цветом мочи

Пациент, страдающим острым гломерулонефритом, пожаловался на сильную головную боль. В первую очередь следует:

- а) срочно сообщить врачу
- б) проветрить палату
- в) дать пациенту таблетку анальгина
- г) измерить АД
- д) ограничить употребление острой пищи

15. При объяснении пациенту влияния неблагоприятных факторов на возникновение обострения хронического гломерулонефрита, пациент понял, что ему следует:

- а) увеличить физическую активность
- б) ежедневно принимать горячую ванну
- в) активно закаливаться
- г) избегать переохлаждения
- д) ограничить употребление острой пищи

У больного после перенесенной ангины появились отеки на лице, боли в пояснице, повысилось АД. Предположительный диагноз:

- а) острый пиелонефрит
- б) острый гломерулонефрит
- в) острый цистит
- г) острый уретрит
- д) почечная колика

После обследования пациента выявились симптомы, характерные для почечной колики:

- а) повышение температуры
- б) боль в животе
- в) моча с примесью крови
- г) рвота с желчью
- д) моча с примесью крови, резкие боли в пояснице

Пациент, страдающий хроническим пиелонефритом, спрашивает фельдшера о возможных осложнениях его заболевания. Лучшим ответом будет:

- а) вам лучше спросить у врача
- б) я не знаю
- в) не беспокойтесь, после лечения у Вас пройдет
- г) если Вы будете соблюдать диету и избегать переохлаждений, осложнений можно избежать
- д) может развиться почечная недостаточность

19. При возникновении острой почечной недостаточности не характерно:

- а) возникновение массивных отеков
- б) полиурия
- в) олигурия
- г) кожный зуд
- д) протеинурия

20. Назовите основной этиологический фактор острого гломерулонефрита:

- а) стафилококк
- б) клебсиелла
- в) в-гемолитический стрептококк группа А
- г) синегнойная палочка
- д) пневмококк

Заболеванию острым гломерулонефритом наиболее подвержена возрастная группа:

- а) до 2 –х лет
- б) с 7 лет до 40 лет
- в) в период менопаузы
- г) не имеет значения

В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит:

- а) 10-12 дней
- б) 3-4 дня
- в) 1 неделя
- г) 1 месяц

23. В патогенезе гломерулонефрита принимают участие факторы:

- а) иммунное воспаление базальной мембраны
- б) отложение комплексов антиген-антитело на фильтрующей поверхности клубочков
- в) образование капиллярных микротромбов
- г) все перечисленное верно

24. Для острого гломерулонефрита характерны изменения в моче:

- а) лейкоцитурия, бактериурия
- б) гематурия, протеинурия
- в) низкая удельная плотность мочи
- г) плотность мочи не изменена

Из перечисленных факторов один не вызывает развитие острого гломерулонефрита:

- а) сывороточный
- б) вакцинный
- в) яд насекомых
- г) лекарственные вещества
- д) перенесенная операция в недавнее время

Гемодинамические нарушения при остром гломерулонефрите обусловлены двумя причинами:

- а) гиперволемией
- б) задержкой воды и натрия
- в) повышением концентрации простагландинов
- г) спазмом сосудов

27. Классическая триада симптомов острого гломерулонефрита включает в себя:

- а) отеки
- б) одышку
- в) гипертензию
- г) гематурию
- д) тахикардию

28. Боли в пояснице при остром гломерулонефрите могут быть связаны с:

- а) наличием конкрементов в мочевыводящих путях
- б) набуханием почек
- в) нарушением уродинамики
- г) с ишемией почек

29. Для симптомов острого гломерулонефрита не характерно:

- а) гематурия
- б) артериальная гипертензия
- в) кожный зуд
- г) олигурия
- д) отеки

30. Для гломерулонефрита характерны все симптомы, кроме:

- а) гипертензии
- б) болей в поясничной области
- в) изменений в моче
- г) отеков
- д) дизурии

31. Для острого гломерулонефрита характерны два признака:

- а) изостенурия
- б) увеличение плотности мочи
- в) щелочная реакция мочи
- г) увеличение нейтрофилов в моче
- д) увеличение лейкоцитов

32. Назовите осложнения острого гломерулонефрита:

- а) олигоанурия в острой стадии заболевания с развитии ОПН
- б) массивное почечное кровотечение
- в) эклампсия
- г) тромбоэмболический синдром
- д) острая левожелудочковая недостаточность

33. Для мочевого синдрома при хроническом гломерулонефрите характерно:

- а) низкая протеинурия
- б) лейкоцитурия
- в) гематурия
- г) цилиндрурия

34. Какой показатель характеризует нефротический синдром:

- а) величина протеинурии
- б) величина клубочковой фильтрации
- в) креатинин сыворотки
- г) холестерин сыворотки

35. При каком варианте хронического гломерулонефрита не развивается хроническая почечная недостаточность:

- а) латентный
- б) гематурический
- в) гипертонический
- г) нефротический
- д) смешанный

36. Снижение клубочковой фильтрации позволяет определить проба:

- а) Каковского Аддиса
- б) Нечипоренко
- в) Зимницкого
- г) Фольгарда

37. Какие признаки позволяют отличить хронический гломерулонефрит от острого гломерулонефрита:

- а) наличие дизурических явлений
- б) выраженная гипертрофия левого желудочка
- в) уменьшение размеров почек
- г) выраженная лейкоцитурия
- д) снижение артериального давления

38. Для нефротического синдрома характерно все, кроме:

- а) гипоальбуминемии
- б) суточной потери белка более 3 г/л
- в) изостенурии
- г) отеков

39. Клиническими проявлениями *facies nephritica* являются:

- а) отеки лица
- б) акроцианоз
- в) геморрагическая сыпь на лице
- г) бледность кожи
- д) набухание шейных вен.

ЗАДАЧИ ПО КЛИНИЧЕСКИМ АНАЛИЗАМ МОЧИ

ЗАДАЧА № 1

Больной А поступил в клинику с жалобами на боли в поясничной области. В анализе мочи получены следующие данные:

	Доставленное количество	70,0 мл
Цвет		соломенно-желтый
Реакция	кислая	
Удельная плотность	1020	
Прозрачность	полная	
Белок		отсутствует
Лейкоциты		2-3 в поле зрения
Эритроциты		отсутствуют
Плоский эпителий		1-2 в поле зрения
Почечный эпителий	отсутствует	
Слизь		небольшое колич.

Оцените данный анализ.

ЗАДАЧА № 2

Больной обратился к врачу с жалобами на необычный цвет мочи – кровянистый. При проведении общего анализа мочи выявлены следующие данные:

Доставленное количество	180,0 мл
Цвет	кровоянистый
Реакция	кислая

Удельная плотность	1017	
Прозрачность		мутная
Белок		0,33%
Лейкоциты		нет
Эритроциты		свежие, 15-20 в п/з
Плоский эпителий		10-11 в п/з
Почечный эпителий	нет	
Цилиндры		нет
Соли	оксалаты в большом количестве	

Оцените данный анализ.

ЗАДАЧА № 3

Больной обратился к врачу с жалобами на кровавистую мочу. В анализе мочи получены следующие данные:

Доставленное количество	60,0 мл	
Цвет		«мясных помоев»
Реакция		щелочная
Удельная плотность	1024	
Прозрачность		слабо мутная
Белок		1,84%
Лейкоциты		нет
Эритроциты		выщелоченные, 30-60 в п/з
Плоский эпителий		нет
Почечный эпителий	1-2 в п/з	

Оцените данный анализ.

ЗАДАЧА № 4

Больной жалуется на длительно сохраняющиеся боли в поясничной области. Получен анализ мочи:

Доставленное количество	40,0 мл	
Цвет		соломенно-желтый
Реакция		щелочная
Удельная плотность	1008	
Прозрачность		мутная
Белок		0,33%
Осадок	незначительный, рыхлый	
Лейкоциты		2-3 в п/з
Эритроциты		выщелоченные, 2-5 в п/з
Плоский эпителий		1-2 в п/з
Почечный эпителий	1-2 п п/з	
Цилиндры		гиалиновые 1-3 в п/з

Оцените анализ мочи.

ЗАДАЧА № 5

После переохлаждения у больной появились рези при мочеиспускании, что заставило ее обратиться к врачу. Отмечает также, что увеличилась частота мочеиспусканий. Анализ мочи следующий:

Доставленное количество	100,0 мл	
Цвет		соломенно-желтый
Реакция		щелочная
Удельная плотность	1028	
Прозрачность		мутная
Белок		1,5%
Лейкоциты		покрывают все поля зрения
Эритроциты		свежие, 15-20 в поле зрения
Плоский эпителий	эпителиальные клетки мочевого пузыря	
Почечный эпителий	нет	
Соли	аморфные фосфаты, трипельфосфаты	
	Бактерии	значительное количество

ЗАДАЧА № 6.

Больной 49 лет жалуется на головные боли, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, одышку, сердцебиение, боли в поясничной области, периодические тошноту и рвоту.

Болеет 12 лет, с момента, когда было обнаружено повышенное артериальное давление. В моче определяются белок, эритроциты, цилиндры. Лечился неоднократно в стационаре. Больной много курит, употребляет алкоголь.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы бледные, с желтоватым оттенком. Кожа сухая, местами шелушится, на голенях пастозность. Пульс ритмичный, напряжен, хорошего наполнения, 100 в минуту. На верхушке сердца выслушивается систолический шум. АД 190/110 мм рт. ст. При аускультации легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Живот овальной формы, мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Общий анализ мочи: белок - 2,6%, эритроциты – до 20 в поле зрения, зернистые цилиндры – 2-3 в поле зрения, СОЭ – 22 мм/час. Уровень креатинина, мочевины и остаточного азота повышен.

Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

Укажите тактику фельдшера по отношению к ведению больного.

Указать возможные осложнения заболевания.

Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА № 7.

Больной 40 лет доставлен в стационар машиной «скорой помощи» в крайне тяжелом состоянии.

Объективно: одутловатость лица, отеки на ногах, выраженная одышка до 46 в минуту, kloкочущее дыхание, выделение пенистой розовой мокроты, цианоз лица, шеи, отечность лица, поясницы, голеней и стоп. В легких во всех отделах выслушиваются большое количество влажных хрипов. Пульс 90 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 210/150 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

Анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, СОЭ 30 мм/час.

Анализ мочи: белок 8,4%, гиалиновые цилиндры – 2-4 в поле зрения. Мочевина крови 12,32 ммоль/л, креатинин 200 мкмоль/л.

Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

Укажите тактику фельдшера по отношению к ведению больного.

Указать возможные осложнения заболевания.

Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА № 8.

Больной 26 лет поступил с жалобами на головную боль, слабость, общее недомогание, снижение аппетита, одышку, сердцебиение, боли в сердце и поясничной области, появление отеков на лице, выделение красной мочи. 2 недели назад больной перенес ангину.

Объективно: правильного телосложения, нормального питания. Отмечается бледность кожных покровов, одутловатость лица, цианоз губ. Дыхание учащено, на ногах отеки. Пульс 56 в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ослаблены, АД 160/100 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого резко положителен с обеих сторон.

Анализ мочи: эритроциты сплошь покрывают поля зрения, белок 3 г/л.

Анализ крови: лейкоциты 12×10^9 /л, эозинофилы 8%, СОЭ 25 мм/час.

Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

Укажите тактику фельдшера по отношению к ведению больного.

Указать возможные осложнения заболевания.

Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА № 9.

Больная 36 лет жалуется на лихорадку, тупые боли справа в поясничной области. Температура тела до 39-40° с ознобом.

Отмечается несколько учащенное и болезненное мочеиспускание. Заболевание связывает с переохлаждением. Симптом Пастернацкого резко положителен справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза.

3. Определите тактику фельдшера по отношению к больному.

ЗАДАЧА № 10.

Больной Р., 19 лет, при прохождении службы в армии обратился к фельдшеру по поводу уменьшения количества мочи, появление крови в моче и резко выраженной головной боли. При объективном осмотре: солдат бледен, на лице отеки век, тоны сердца ритмичные, АД 150/100 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот безболезненный, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. В моче кровь.

Какой диагноз можно предположить у больного?

Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Какова тактика фельдшера?

ЗАДАЧА 11.

Больная 50 лет, поступила в отделение с частыми жалобами на частое болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38°C, озноб, тупую боль в области поясницы. Заболела остро после переохлаждения.

Объективно: кожные покровы бледные, температура 37,4°C, лицо патозное, тоны сердца ритмичные, тахикардия. В легких везикулярное дыхание, живот при пальпации безболезненный. Симптом Пастернацкого слабо положителен с обеих сторон. Мочеиспускание частое, болезненное. Моча мутная.

Какой диагноз можно предположить у больного?

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какова тактика фельдшера?

ЗАДАЧА 12.

По СМП обратилась больная, 25 лет с жалобами на резкие боли в пояснице, по ходу мочевыводящих путей.

Объективно: больная возбуждена, мечется, принимает необычные позы. Температура тела 37,5°C, АД 120/80 мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации, симптом Пастернацкого положителен справа. Моча мутная.

Каков предположительный диагноз?

Какова неотложная помощь и тактика фельдшера?

ЗАДАЧА № 13.

Больной 33 лет, инвалид II группы по заболеванию, обратился к фельдшеру с жалобами на появление мочи цвета «мясных помоев», ухудшение зрения, головную боль и кровоточивость десен. Болен хроническим мермерулонефритом в течение 2 лет, в последнее время усилилась слабость.

Объективно: отеки век, лица. Кожные покровы бледные, на коже мелкоочечные кровоизлияния, кожа сухая, со следами расчесов. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, АД 180/120 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот безболезненный. Диурез снижен, моча цвета «мясных помоев».

Какое осложнение заболевания можно предположить у больного?

Какова тактика фельдшера?
Какие исследования необходимо провести больному?

ЗАДАЧА № 14.

Больная 24 лет, беременность 16 недель. Обратилась с жалобами на частое мочеиспускание, рези и боль по ходу мочевыводящих путей, повышение температуры тела до 38°C, озноб.

Объективно: кожа горячая, тахикардия, в легких везикулярное дыхание. Живот болезненный над лобком и в поясничной области. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Моча мутная.

Каков предположительный диагноз?

Какова первая помощь и тактика фельдшера?

ЗАДАЧА № 15.

У женщины 48 лет при диспансерном осмотре выявлена артериальная гипертензия. Больная отмечает слабость, легкую утомляемость. Считает себя больной в течение года, однако при расспросе выяснилось, что около 10 лет назад в моче «обнаруживалась кровь». В связи с тем, что при повторном анализе количество эритроцитов в моче уменьшилось, больная не обследовалась. Беременность и роды в возрасте 25 лет протекали физиологически. Гипертонических кризов не было.

Объективно: больная выглядит бледной. Кожа сухая, веки отечны, голени пастозны. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны ритмичные, ЧСС 60 в минуту. АД 180/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, Симптом Пастернацкого отрицателен.

Общий анализ крови: Hb 96 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,6 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 14 мм/час. Гематокрит 32%.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,066 г/л, лейкоциты 5-6 в поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения. Суточная протеинурия 1,2 г.

Показатели функции почек: проба по Зимницкому – дневной диурез 1050 мл, ночной 1600 мл, колебания относительной плотности мочи от 1,002 до 1,008. Клубочковая фильтрация 50 мл/мин, канальцевая реабсорбция 98%.

Биохимический анализ крови: мочевина 18 ммоль/л, креатинин 300 мкмоль/л,

Глюкоза натощак 4,5 ммоль/л, холестерин 51 ммоль/л, калий 4,5 мэкв/л. Показатель кислотно-щелочного равновесия: pH 7,38.

Составьте заключение о нарушениях функций организма, перечислите синдромы, имеющиеся у больной.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения больной.

ЗАДАЧА № 16.

Юноша 22 лет две недели назад перенес ангину. Предъявляет жалобы на тянущие боли в поясничной области, изменение цвета мочи (моча приобрела красноватый оттенок), отеки век.

Объективно: обнаружена пастозность век и лодыжек. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердце – тоны ясные, ритмичные. ЧСС 68 в минуту, АД 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабо положителен с обеих сторон.

Общий анализ крови: Hb 122 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 22 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,018, белок 1,066 г/л, эритроциты 10-12 в поле зрения, лейкоциты 7-8 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты 6000 в 1 мл, лейкоциты 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено.

Суточная протеинурия 1,8 г.

Мочевина сыворотки крови 7,9 ммоль/л, креатинин 102 мкмоль/л, калий 4 ммоль/л.

При бактериологическом исследовании мазка из зева патологической микрофлоры не высеяно.

На глазном дне изменений не обнаружено

ЭКГ: синусовый ритм, признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса.

Размеры правой и левой почек по данным УЗИ: 120 x 62 мм, толщина паренхимы 18 мм. Чашечно-лоханочная система не изменена.

Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

Определите тактику по отношению к больному.

Назначьте диету данному больному.

Какое лечение необходимо – укажите группы препаратов.

Дайте рекомендации больному по режиму, диспансеризации, диетолечению.

Определите прогноз заболевания для данного больного.

ЗАДАЧА № 17.

Женщина 26 лет, обратилась с жалобами на внезапное развитие отеков на нижних конечностях и лице. Заболевание связывает с абортom, проведенным 1 месяц назад. Ранее считала себя здоровой.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Лицо отечное. На скулах эритема, распространяющаяся к носогубной зоне. На нижних конечностях отеки до уровня колена. Температура тела 37°. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Суставы внешне не изменены. В легких дыхание везикулярное. Сердце: тоны ритмичные, ЧСС 78 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb 118 г/л, лейкоциты $2,6 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 40 мм/час. В последующих двух анализах лейкопения сохранялась. Эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,015, белок 5,06 г/л, лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроциты 10-12 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 4-5 в поле зрения. В повторных анализах мочи протеинурия сохраняется. Суточная протеинурия составляет 3,8 г/л. Проба по Зимницкому: дневной диурез 400 мл, ночной – 350 мл, колебания относительной плотности от 1,005 до 1,018.

Биохимический анализ крови: мочевина сыворотки крови 8 ммоль/л, креатинин 130 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови 60 г/л (альбуминов 38%, α_1 – глобулинов 7%, α_2 – глобулинов 14%, β – глобулинов 12%, γ – глобулинов 29%). Холестерин сыворотки 7,5 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации в пробе Реберга-Гареева 60 мл/мин, канальцевая реабсорбция 98%.

УЗИ почек: Правая почка: размеры 118 x 52 мм, паренхима 18 мм. Левая почка: размеры 116 x 50 мм, паренхима 18 мм. Чашечно-лоханочная система не изменена.

Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
Определите тактику по отношению к больной.
Назначьте диету данной больной.
Какое лечение необходимо – укажите группы препаратов.
Дайте рекомендации больной по режиму, диспансеризации, диетолечению.
Определите прогноз заболевания для данной больной.

ЗАДАЧА № 18.

У больного 54 лет при диспансерном осмотре выявлены изменения в анализе мочи.
При расспросе больного выявились жалобы на состояние дискомфорта и тяжести в поясничной области, больше справа. Страдает сахарным диабетом II типа в течение 7 лет. За последние 5 лет дважды лечился по поводу «инфекции мочевых путей» (со слов больного).
Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычного цвета. Отеков нет. Температура тела 37⁰ С. В легких везикулярное дыхание. Сердце: тоны ритмичные, ясные, ЧСС 76 в минуту, АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабо положительн справа.
Общий анализ крови: Нб 122 г/л, лейкоциты 7,9 x 10⁹/л, лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 15 мм/час. Эритроциты 4,3 x 10¹²/л.
Общий анализ мочи: относительная плотность 1,012, белок - следы, лейкоциты 15-20 в поле зрения, эритроцитов нет.
Биохимический анализ крови: глюкоза в крови натощак 6,5 ммоль/л, мочевины сыворотки крови 7,8 ммоль/л, креатинин 110 мкмоль/л. При бактериологическом исследовании мочи выявлен энтерококк, концентрация микробных тел 10⁵ в 1 мл мочи.
УЗИ почек: Правая почка: размеры 112 x 54 мм, паренхима 16 мм. Левая почка: размеры 124 x 63 мм, паренхима 17 мм. Чашечно-лоханочная система расширена, уплотнена с обеих сторон, больше справа.
Осмотр уролога: выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы II степени. Заключение: в оперативном лечении не нуждается.

Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте его.
Объясните роль фоновых заболеваний - сахарного диабета, аденомы предстательной железы в патогенезе заболевания.
Обоснуйте лечение.
Определите последующее наблюдение за больным.

ЗАДАЧА № 19.

Женщина 32 лет прооперирована по поводу миомы матки. На 2-е сутки после операции отметила слабость, головокружение.
Объективно: сознание спутано, на вопросы отвечает с задержкой. Кожные покровы обычной окраски. Отеков нет.
Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Сердце: тоны ритмичные, ЧСС 80 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого положительный слева. Диурез 300 мл/сут.
Общий анализ мочи: Нб 118 г/л, лейкоциты 6,0 x 10⁹/л, СОЭ 7 мм в час.
Общий анализ мочи: относительная плотность мочи 1,012, белок 0,033 г/л, единичные лейкоциты в поле зрения.
Биохимический анализ крови: мочевины сыворотки крови 18 ммоль/л, креатинин 400 мкмоль/л (накануне операции мочевины была 4,5 ммоль/л, креатинин 98 ммоль/л).
УЗИ: правая почка: размеры 106 x 55 мм, паренхима 18 мм. Левая почка: размеры 124 x 58 мм, паренхима 17 мм. Слева чашечно-лоханочная система резко расширена.
Дополнительные исследования:
Хромоцистоскопия - выделение мочи из устья левого мочеточника отсутствует.
Изотопная ренография – отсутствует фаза выведения изотопного препарата слева.
Диагностическая лапароскопия – обнаружен ошибочно перевязанный во время операции левый мочеточник.

Составьте заключение о нарушениях функций организма, перечислите синдромы, имеющиеся у больной.
Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте его.
Определите прогноз в отношении больной.

ЗАДАЧА № 20.

Оцените анализ мочи:
В общем анализе мочи выявлено:
Относительная плотность мочи – 1,021. Содержание белка – 1,066 г/л. Эритроциты 10-12 в поле зрения. Лейкоциты 8-10 в поле зрения (в лейкограмме 48% лимфоцитов).

Какому заболеванию почек соответствует данный анализ мочи.
Объясните причину появления в моче белка, эритроцитов, лимфоцитов.

ЗАДАЧА № 21.

У больной с лихорадкой в серии анализов обнаружена пиурия. При посеве мочи выявлен стафилококк. При УЗИ выявлено резкое расширение чашечно-лоханочной системы правой почки.

Поставьте предположительный диагноз.
Объясните возможный путь инфицирования.

ЗАДАЧА № 22.

Женщина 28 лет встала на учет в женской консультации по поводу беременности на сроке 17-18 недель. При объективном исследовании выявлена отечность нижних конечностей. АД 160/90 мм рт.ст.
Общий анализ мочи: относительная плотность 1,012, содержание белка 1,066 г/л, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты 7-8 в поле зрения.
Проба по Зимницкому: колебания удельной плотности мочи 0,007 -0,010.

ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка.
Концентрация креатинина в крови 100 мкмоль/л.

Какому заболеванию почек соответствует описанная картина.
Обоснуйте предположительный диагноз.
Какова тактика в отношении лечения данной больной.

ЗАДАЧА № 23.

Мужчина 56 лет в течение 12 лет страдает подагрой. Нерегулярно лечится. В течение последних 2 лет отмечена отрицательная динамика АД – повышение до 200/120 мм рт.ст.

Объективно: повышенного питания, пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,6°С. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, резкий акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: НЬ 98 г/л, лейкоциты $5,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 12 мм/час. Обилие солей.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,008, содержание белка 0,066 г/л, лейкоциты 14-18 в поле зрения, эритроциты свежие 5-8 в поле зрения.

Концентрация креатинина в крови 200 мкмоль/л.

УЗИ почек: обнаружены плотные включения в мозговом веществе обеих почек. В чашечно-лоханочной системе также отмечены конкременты.

Укажите вид поражения почек в данной ситуации – предположительный диагноз.

Какие рекомендации необходимо дать больному.

Практическое занятие № 15.

Сахарный диабет. Заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.):
 - сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
 - общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
 - подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д.
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1.Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2.Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3.Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4.Контроль знаний

Устный фронтальный опрос.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием эндокринной системы.
3. Основные методы исследования больного с заболеваниями эндокринной системы, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение нового материала.

Разбор факторов риска и этиологических факторов заболеваний эндокринной системы. Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

Болезни гипофиза и надпочечников. Понятие о гигантизме, акромегалии, гипофизарном нанизме.

Клинические проявления несахарного диабета, болезни Иценко-Кушинга. Диагностика заболеваний.

Заболевания надпочечников – феохромоцитомы, хроническая надпочечниковая недостаточность (болезнь Аддисона). Методы диагностики.

Диффузный токсический зоб. Клинические проявления, методы лабораторного и инструментального исследования.

Эндемический зоб. Клинические проявления. Диагностика.

Гипотиреоз, клинические проявления, диагностика.

Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз заболеваний эндокринной системы, их диагностическое значение;

Осложнения заболеваний эндокринной системы. Клинические проявления.

Лабораторные исследования при заболеваниях эндокринной системы, их диагностическое значение.

11. Разбор факторов риска и этиологических факторов сахарного диабета 1-го типа. Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз сахарного диабета 1-го типа, их диагностическое значение; Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз сахарного диабета 2-го типа, их диагностическое значение;
- Осложнения сахарного диабета. Клинические проявления.
16. Лабораторные исследования при СД-1 и СД-2, их диагностическое значение.
17. Методика определения сахара в крови и моче.
18. Интерпретация анализов крови, мочи на сахар, толерантность к глюкозе.
19. Гликемический и глюкозурический профиль, определение, значение.

Инструментальные исследования при данных заболеваниях.

Рентгенологические методы исследования, функциональные методы исследования (эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.

21. Дифференциальная диагностика заболеваний эндокринной системы.

Решение ситуационных задач по теме.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

Закрепление навыков проведения объективного исследования:

- техники проведения общего осмотра пациента, выявления изменений роста, телосложения, выражения лица, глазных симптомов, изменений кожи, волосяного покрова, отеков и др.;
- проведения пальпации щитовидной железы и перешейка, определение ее размеров, плотности, консистенции, выявление тремора рук, глазных симптомов;
- выявление симптомов гипотиреоза;
- техники выявления симптома «трех П» (полиурия, полидипсия, похудание), оценка результатов;
- освоение методики проведения глюкозотолерантного теста, подготовки больного к лабораторным исследованиям, определения сахара в крови глюкометром, тест-полосками, определения гликемического профиля, методики определения кетоновых тел в моче тест-полосками;
- подготовка больных к инструментальным методам исследования эндокринной системы;

1. Закрепление

- решение заданий в тестовой форме, задач, заключительные тесты.

2. Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: УМК по теме занятия, дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, тонометры, глюкометр, диагностические полоски для определения сахара крови, кетоновых тел и др., учебная карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, образцы анализов крови, мочи, результаты лабораторных исследований, рентгенограммы, УЗИ, альбомы кабинета, таблицы по теме.

Альбомы:

- УМК по теме занятия (приложение);
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования органов эндокринной системы»;
- УМК «Сахарный диабет»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;

3. Домашнее задание

Рефераты на темы:

- Современные методы исследования щитовидной железы и гипофиза. Диагностическое значение.
- Гигантизм и карликовость – заболевания или пороки развития?
- Современные методы диагностики сахарного диабета.
- Сахарный диабет пожилых. Особенности проявления, диагностика.
- КТ и МРТ – современные методы диагностики заболеваний эндокринной системы.
- Лабораторные исследования при сахарном диабете. Диагностическое значение.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа:

<http://www.iprbookshop.ru/59429.html>

Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.htm>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

Закрепить методы обследования больных с заболеваниями органов эндокринной системы: гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, сахарным диабетом.

Отработать методику проведения диагностических методов исследования эндокринной системы – субъективных, объективных – пальпации, перкуссии, подготовку больного к лабораторным и инструментальным исследованиям эндокринной системы.

Тестовый контроль к теме: «Сахарный диабет. Заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы»

1. При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза до закрытия зон роста скелета развивается
 - а) акромегалия
 - б) гигантизм
 - в) сахарный диабет
 - г) феохромоцитоме
2. При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза после закрытия зон роста скелета развивается
 - а) акромегалия
 - б) гигантизм
 - в) гипотиреоз
 - г) феохромоцитоме
3. При гигантизме рост мужчин превышает (см)
 - а) 180
 - б) 190
 - в) 200
 - г) 210
4. При гигантизме рост женщин превышает (см)
 - а) 180
 - б) 190
 - в) 200
 - г) 210
5. Увеличение надбровных дуг, ушных раковин, носа, губ, языка наблюдается при
 - а) акромегалии
 - б) диффузном токсическом зобе
 - в) сахарном диабете
 - г) феохромоцитоме
6. Рентгенограмма костей черепа и области турецкого седла проводится для диагностики
 - а) акромегалии
 - б) гипотиреоза
 - в) сахарного диабета
 - г) эндемического зоба
7. При дефиците соматотропного гормона и гонадотропинов развивается
 - а) акромегалия
 - б) гигантизм
 - в) гипофизарный нанизм
 - г) феохромоцитоме
8. При гипофизарном нанизме рост мужчин менее (см)
 - а) 170
 - б) 150
 - в) 130
 - г) 110
9. При гипофизарном нанизме рост женщин менее (см)
 - а) 160
 - б) 140
 - в) 120
 - г) 100
10. Отечественный ученый, описавший триаду симптомов при заболевании щитовидной железы
 - а) Базедов
 - б) Бехтерев
 - в) Боткин
 - г) Мясликов
11. Причины развития диффузного токсического зоба
 - а) психическая травма, инфекция
 - б) голодание, гиповитаминозы
 - в) переедание, злоупотребление алкоголем
 - г) курение, переохлаждение
12. Тахикардия, экзофтальм, тремор наблюдаются при
 - а) гипотиреозе
 - б) диффузном токсическом зобе
 - в) сахарном диабете
 - г) эндемическом зобе
13. При диффузном токсическом зобе наблюдается
 - а) вялость
 - б) заторможенность
 - в) раздражительность
 - г) сонливость
14. Отставание верхнего века при движении глазного яблока вниз (симптом Грефе) наблюдается при
 - а) гигантизме
 - б) гипотиреозе
 - в) диффузном токсическом зобе
 - г) сахарном диабете

15. При диагностике заболеваний щитовидной железы важное значение имеет
- а) общий анализ крови
 - б) общий анализ мочи
 - в) ультразвуковое исследование
 - г) рентгенологическое исследование
16. Содержание в крови гормонов Т3, Т4, ТТГ определяют при диагностике
- а) акромегалии
 - б) гипотиреоза
 - в) гигантизма
 - г) сахарного диабета
17. При врожденном гипотиреозе развивается
- а) акромегалия
 - б) гигантизм
 - в) кретинизм
 - г) сахарный диабет
18. Снижение памяти, запоры, брадикардия наблюдаются при
- а) гипотиреозе
 - б) диффузном токсическом зобе
 - в) сахарном диабете
 - г) феохромоцитоме
19. При гипотиреозе наблюдается
- а) раздражительность
 - б) чувство жара
 - в) бессонница
 - г) сонливость
20. Тиреоидин назначают при лечении
- а) болезни Иценко-Кушинга
 - б) гипотиреоза
 - в) диффузного токсического зоба
 - г) сахарного диабета
21. При недостаточном содержании йода в питании развивается
- а) акромегалия
 - б) диффузный токсический зоб
 - в) сахарный диабет
 - г) эндемический зоб
22. Болезнь Иценко-Кушинга развивается при патологии
- а) гипофиза
 - б) щитовидной железы
 - в) поджелудочной железы
 - г) половых желез
23. Клинические симптомы болезни Иценко-Кушинга
- а) полидипсия, полиурия
 - б) брадикардия, сонливость
 - в) тахикардия, экзофтальм
 - г) гипертензия, "лунообразное" лицо
24. Феохромоцитома развивается при патологии
- а) гипофиза
 - б) надпочечников
 - в) поджелудочной железы
 - г) щитовидной железы
25. Феохромоцитома - это опухоль из
- а) коркового слоя надпочечников
 - б) мозгового слоя надпочечников
 - в) альфа-клеток островков Лангерганса
 - г) бета-клеток островков Лангерганса
26. Резкие подъемы и падения АД наблюдаются при
- а) гигантизме
 - б) гипотиреозе
 - в) сахарном диабете
 - г) феохромоцитоме

Пациентка с заболеванием щитовидной железы на очередном диспансерном осмотре сказала, что ей стала мала одежда. В этом случае фельдшеру необходимо:

- а) посоветовать купить новую одежду
- б) взвесить пациентку
- в) посочувствовать пациентке
- г) не обратить внимание на данную проблему
- д) выявить наличие отеков на ногах

Для подготовки больного к исследованию на поглощение радиоактивного йода необходимо:

- а) соблюдать питьевой режим
- б) очистить кишечник
- в) исключить препараты йода и брома
- г) исключить применение препаратов железа
- д) исключить поваренную соль

Больной, которого готовят к исследованию на поглощение радиоактивного йода щитовидной железой, упал и получил ссадины обоих коленей. Для обработки ссадин нельзя применять:

- а) раствор перекиси водорода
- б) раствор йода
- в) раствор фурацилина
- г) раствор бриллиантового зеленого
- д) этиловый спирт

Для профилактики какого заболевания щитовидной железы йодируют воду, поваренную соль:

- а) гипотиреоза
- б) диффузного токсического зоба
- в) микседемы
- г) эндемического зоба
- д) тиреоидита

При сборе анамнеза у пациентки с гиперфункцией щитовидной железы фельдшер должен спросить о:

- а) наличии тошноты и рвоты
- б) жалобах на жжение языка
- в) повышение веса
- г) снижение веса
- д) появление отеков на ногах

К симптомам тиреотоксикоза относятся:

- а) увеличение веса, брадикардия, апатия
- б) одышка, отеки, цианоз
- в) снижение аппетита, исхудание, снижение АД
- г) похудание, экзофтальм, тахикардия
- д) мерцательная аритмия, одышка, отеки

После обследования пациента фельдшер выявил симптомы, характерные для пониженной функции щитовидной железы:

- а) снижение веса, раздражительность, экзофтальм
- б) одышку, отеки, цианоз
- в) бледность кожных покровов, заторможенность, нитевидный пульс
- г) увеличение веса, апатию, снижение памяти
- д) увеличение веса, увеличение живота, отеки ног

Причиной развития эндемического зоба является:

- а) избыток йода в пище
- б) недостаток железа в пище
- в) недостаток йода в почве и воде
- г) избыток йода в почве и воде
- д) недостаток витаминов и железа в пище

Мерами профилактики эндемического зоба являются:

- а) санация очагов инфекции
- б) ограничение физической нагрузки
- в) йодирование пищевых продуктов
- г) употребление в пищу продуктов, богатых железом
- д) предупреждение острых респираторных заболеваний

Решите задачи

Задача № 1.

Пациентка Ф. 30 лет обратилась к фельдшеру на ФАП с жалобами на сердцебиение, похудание на 8 кг в течение 3-х месяцев, тревожное состояние, плаксивость, беспокойный сон.

При объективном исследовании отмечается пониженное питание, диффузный гипергидроз. Щитовидная железа равномерно увеличена и хорошо заметна при осмотре. Выраженный экзофтальм. Положительные симптомы Грефе, Штельвага, Мебиуса. Тоны сердца громкие, на верхушке и легочной артерии выслушивается мягкий систолический шум. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 110 в мин. АД 155/80 мм.рт.ст. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических расстройств не отмечает, стул с тенденцией к поносам.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача № 2.

В общежитии колледжа студентка М., 20 лет, пожаловалась окружающим на внезапное появление общей слабости, чувство голода, дрожание конечностей и вскоре потеряла сознание. Студенты вызвали фельдшера. Из анамнеза известно, что в течение 6 месяцев больна сахарным диабетом 1 типа. В настоящее время лечится амбулаторно по поводу фолликулярной ангины. Час назад сделала инъекцию инсулина в дозе 40 ед., но поесть не успела.

Объективно: больная без сознания, кожа повышенной влажности, мышцы напряжены, с судорожным подергиванием, число дыханий 18 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, чистые. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 64 в мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Практическое занятие № 16.

Заболевания крови, костно-мышечной системы и соединительной ткани. Аллергозы.

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения Практическое занятие, доклиническая практика.

Цели занятия:

Учебная: Добиться прочного усвоения системы знаний, сформировать умение объяснять факты на основе причинно-следственных связей, закономерностей. Освоение общих компетенций.

Развивающая: Формирование навыков самообразования, самореализации личности и развития речи, мышления, памяти.

Воспитательная: Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

После изучения темы **студент должен:**

иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

уметь:

- планировать обследования пациентов различных возрастных групп;
- объяснить пациенту значение и сущность методов исследования;
- проводить диагностические исследования (ПК 1.2.);
- сбор анамнеза, выявить жалобы, историю развития болезни, историю жизни;
- общий осмотр, оценить общий статус больного и т.д.
- подготовку больного к функциональным и инструментальным методам исследования, оценку результатов исследования, выявить патологию.
- оформлять медицинскую документацию (ПК 1.7.)

знать:

- значение субъективных и объективных методов исследования, алгоритмы исследования пациентов и т.д.
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1.Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.)

2.Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса);

3.Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4.Контроль знаний

Устный фронтальный опрос.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.
2. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием эндокринной системы.
3. Основные методы исследования больного с заболеваниями эндокринной системы, необходимые для постановки диагноза.

5. Изучение нового материала.

- 1.Разбор факторов риска и этиологических факторов заболеваний крови. Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.
- 2.Разбор клинических проявлений анемий, острых и хронических лейкозов, геморрагических диатезов.
- 3.Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз заболеваний кроветворной системы, их диагностическое значение;
- 4.Осложнения заболеваний кроветворной системы. Клинические проявления.
- 5.Лабораторные исследования при заболеваниях кроветворной системы, их диагностическое значение.
- 6.Инструментальные исследования при данных заболеваниях. Лабораторные, рентгенологические методы исследования, функциональные методы исследования (эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.
- 7.Дифференциальная диагностика заболеваний кроветворной системы.
- 8.Разбор этиологических факторов и клинических проявлений при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани: артритах, артрозах, остеоартрозах, системной красной волчанке, склеродермии, узелковом периартериите, дерматомиозит
- 9.Современные методы диагностики заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани.
- 10.Решение ситуационных задач по теме.

6. Самостоятельная работа

- Работа с УМК по теме.

Закрепление навыков проведения объективного исследования:

- техники проведения общего осмотра пациента, выявления изменений кожи, волосяного покрова, наличия отеков, определение болезненности костей методом перкуссии и др.;
- проведения пальпации селезенки, печени, пальпации лимфоузлов;
- закрепление навыков измерения температуры тела, заполнения температурного листа;
- подготовка больных к инструментальным методам исследования кроветворных органов и костно-мышечной системы;
- освоение методики оценки анализов крови при гематологических заболеваниях, стерильного пунктата.

1.Закрепление

- решение заданий в тестовой форме, задач, заключительные тесты.

2.Подведение итогов. Выводы.

Оснащение занятия: УМК по теме занятия, дидактический раздаточный материал по изучаемой теме, фонендоскопы, тонометры, ученическая карта наблюдения за пациентом терапевтического профиля, компьютер, тесты, сборник клинических задач, рентгенограммы, образцы анализов крови, результаты лабораторных исследований, рентгенограммы, УЗИ, альбомы кабинета, иллюстрации и таблицы по теме (Схема кроветворения по И.Л.Черткову и А.И.Воробьеву).

Альбомы:

- УМК по теме занятия (Приложение) «Заболевания крови», «Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани»;
- Иллюстрированное пособие «Методы исследования кровяной системы»;
- Иллюстрированный альбом «Заболевания костно-мышечной системы»;
- Справочник «Клинические методы исследования»;

Домашнее задание

Рефераты на темы:

- составить планы обследования больных с заболеваниями системы крови (в тетради);
- Написать реферат: «Новый метод исследования крови – гемосканирование»;
- «Белки крови и их диагностическое значение в диагностике различных заболеваний»;
- «Стерильная пункция, трепанобиопсия. Показания. Клиническое значение. Биопсия лимфатических узлов»;
- «Рентгеновская денситометрия костной ткани в диагностике остеопороза»;
- «Остеопороз – болезнь века. Диагностика, меры профилактики заболевания».
- «Тепловидение (термография) – новая методика диагностики различных заболеваний».
- Современные методы исследования крови и кровяных органов. Диагностическое значение.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

- Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
- Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.html>

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ (домашняя) РАБОТА:

Закрепить методы обследования больных с заболеваниями органов эндокринной системы: гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, сахарным диабетом.

Отработать методику проведения диагностических методов исследования эндокринной системы – субъективных, объективных – пальпации, перкуссии, подготовку больного к лабораторным и инструментальным исследованиям эндокринной системы.

Тестовый контроль к теме «Заболевания крови, костно-мышечной систем и соединительное ткани. Аллергозы».

1. При массивном легочном кровотечении развивается анемия
 - а) апластическая
 - б) В12-дефицитная
 - в) гемолитическая
 - г) постгеморрагическая (острая)
2. При длительном кровохарканье развивается анемия
 - а) В₁₂-дефицитная
 - б) гемолитическая
 - в) гипопластическая
 - г) постгеморрагическая (хроническая)
3. Симптомы острой постгеморрагической анемии
 - а) жажда, снижение АД
 - б) возбуждение, повышение АД
 - в) судороги, повышение АД
 - г) рвота, брадикардия
4. Острая постгеморрагическая анемия по цветовому показателю
 - а) гиперхромная
 - б) гипохромная
 - в) нормохромная
6. Продолжительные обильные менструации ведут к развитию анемии
 - а) апластической
 - б) В₁₂-дефицитной
 - в) гемолитической
 - г) железодефицитной
7. Слабость, обмороки, извращение вкуса и обоняния наблюдаются при анемии
 - а) В₁₂-дефицитной
 - б) гипопластической
 - в) гемолитической
 - г) железодефицитной
8. Железодефицитная анемия по цветовому показателю

- а) гиперхромная
 - б) гипохромная
 - в) нормохромная
18. Анемия Аддисона-Бирмера развивается при дефиците витамина
- а) В₁
 - б) В₂
 - в) В₆
 - г) В₁₂
19. В₁₂-дефицитная анемия развивается при
- а) атрофическом гастрите
 - б) желудочном кровотечении
 - в) легочном кровотечении
 - г) дефиците факторов свертывания
20. Клиника В₁₂-дефицитной анемии
- а) извращение вкуса и обоняния
 - б) рвота "кофейной гущей" и дегтеобразный стул
 - в) отрыжка горьким, боль в правом подреберье
 - г) жжение в языке, парестезии
21. В₁₂-дефицитная анемия по цветовому показателю
- а) гиперхромная
 - б) гипохромная
 - в) нормохромная
23. Красный "лакированный" язык наблюдается при анемии
- а) В₁₂-дефицитной
 - б) железодефицитной
 - в) гемолитической
 - г) гипопластической
24. Снижение гемоглобина и цветового показателя, анизоцитоз, пойкилоцитоз наблюдаются при анемии
- а) В₁₂-дефицитной
 - б) железодефицитной
 - в) гемолитической
 - г) острой постгеморрагической
25. Повышение цветового показателя, макроцитоз, тельца Жолли, кольца Кебота наблюдаются при анемии
- а) В₁₂-дефицитной
 - б) гемолитической
 - в) гипопластической
 - г) железодефицитной
26. Желтуха, гепатоспленомегалия, темный цвет мочи наблюдаются при анемии
- а) апластической
 - б) гемолитической
 - в) железодефицитной
 - г) острой постгеморрагической
28. Причина апластической анемии
- а) гемолиз эритроцитов
 - б) дефицит железа в питании
 - в) дефицит витамина В₁₂
 - г) действие ионизирующей радиации
29. Панцитопения, увеличение СОЭ наблюдаются при анемии
- а) апластической
 - б) В₁₂-дефицитной
 - в) железодефицитной
 - г) гемолитической
30. Основная причина острого лейкоза
- а) бактериальная инфекция
 - б) гиподинамия
 - в) стрессы
 - г) хромосомные нарушения
31. Стернальная пункция проводится при диагностике
- а) инфаркта миокарда
 - б) лейкоза
 - в) пневмонии
 - г) цирроза печени
32. При лейкозе наблюдаются синдромы
- а) болевой, дизурический
 - б) гипертонический, нефротический
 - в) гиперпластический, геморрагический
 - г) болевой, диспептический
33. Гиперлейкоцитоз до 200x10⁹/л наблюдается при
- а) лейкозе
 - б) пиелонефрите
 - в) пневмонии
 - г) ревматизме
34. Лейкемический "провал" в анализе крови наблюдается при
- а) гемофилии
 - б) остром лейкозе
 - в) хроническом лимфолейкозе
 - г) хроническом миелолейкозе

35. При хроническом лимфолейкозе происходит увеличение
- а) печени, селезенки, сердца
 - б) печени, селезенки, лимфатических узлов
 - в) селезенки, сердца, почек
 - г) селезенки, сердца, щитовидной железы
36. Филадельфийская хромосома в клетках костного мозга определяется при
- а) гемофилии
 - б) остром лейкозе
 - в) хроническом лимфолейкозе
 - г) хроническом миелолейкозе
41. Причина гемофилии
- а) бактериальная инфекция
 - б) действие ионизирующей радиации
 - в) переохлаждение
 - г) хромосомное нарушение
42. Дефицит VIII фактора свертывания крови наблюдается при
- а) болезни Верльгофа
 - б) болезни Шенлейна-Геноха
 - в) гемофилии А
 - г) гиповитаминозе С
43. При гемофилии А отмечается дефицит фактора свертывания крови
- а) VIII
 - б) IX
 - в) X
 - г) XI
44. Клинические симптомы, характерные для гемофилии
- а) слабость, недомогание
 - б) одышка, тахикардия
 - в) кровоточивость, гемартрозы
 - г) тошнота, рвота
45. Повреждение стенки сосудов иммунными комплексами наблюдается при
- а) болезни Верльгофа
 - б) болезни Шенлейна-Геноха
 - в) гемофилии
 - г) гиповитаминозе С
46. Папулезно-геморрагическая сыпь на симметричных участках конечностей наблюдается при
- а) болезни Шенлейна-Геноха
 - б) гемофилии
 - в) железодефицитной анемии
 - г) ревматизме
47. Тромбоцитопения наблюдается при
- а) болезни Верльгофа
 - б) гемофилии
 - в) железодефицитной анемии
 - г) В₁₂ дефицитной анемии
48. Петехиально-пятнистая сыпь на коже, возникающая спонтанно или после небольших травм ("шкура леопарда"), наблюдается при
- а) болезни Верльгофа
 - б) гемофилии
 - в) железодефицитной анемии
 - г) хроническом лимфолейкозе
49. При болезни Верльгофа наблюдается
- а) увеличение срока жизни лейкоцитов
 - б) увеличение срока жизни тромбоцитов
 - в) уменьшение срока жизни лейкоцитов
 - г) уменьшение срока жизни тромбоцитов
50. При диагностике геморрагических диатезов важное значение имеет изучение
- а) лейкограммы
 - б) протеинограммы
 - в) коагулограммы
51. Воспаление крупных суставов и летучесть боли наблюдаются при
- а) деформирующем остеоартрозе
 - б) ревматическом полиартрите
 - в) ревматоидном артрите
 - г) подагре
52. Поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов наблюдается при
- а) деформирующем остеоартрозе
 - б) ревматическом полиартрите
 - в) ревматоидном артрите
 - г) подагре
53. Утренняя скованность суставов отмечается при
- а) деформирующем остеоартрозе
 - б) ревматическом полиартрите
 - в) ревматоидном артрите
 - г) подагре
54. Деформация кисти по типу "плавника моржа" наблюдается при
- а) деформирующем остеоартрозе
 - б) ревматическом полиартрите

- в) ревматоидном артрите
 г) подагре
55. При ревматоидном артрите в анализе крови наиболее характерно
 а) увеличение СОЭ
 б) лейкоцитоз
 в) повышение сиаловых кислот
 г) появление ревматоидного фактора
56. Важное значение в диагностике ревматоидного артрита имеет
 а) общий анализ крови
 б) общий анализ мочи
 в) рентгенография грудной клетки
 г) рентгенография суставов
75. При лечении ревматоидного артрита применяют
 а) пенициллин, аспирин
 б) бруфен, кризанол
 в) бисептол, фуросемид
 г) дибазол, папаверин
58. Поражение первого плюснефалангового сустава и образование тофусов наблюдается при
 а) деформирующем остеоартрозе
 б) ревматическом полиартрите
 в) ревматоидном артрите
 г) подагре
59. При подагре в анализе крови наблюдается
 а) повышение билирубина
 б) повышение мочевой кислоты
 в) уменьшение билирубина
 г) уменьшение мочевой кислоты
60. При деформирующем остеоартрозе болевой синдром связан с
 а) инсоляцией
 б) инфекцией
 в) переохлаждением
 г) физической нагрузкой

Решите задачи

Задача 1.

Пациентка Д., 16 лет, поступила в приемное отделение Центральной районной больницы с жалобами на головокружение, одышку и сердцебиение при ходьбе. Периодически отмечает появление трещин в уголках рта. Считает себя больной в течение 2 лет, когда стала отмечать быструю утомляемость, снижение работоспособности, пристрастие к употреблению мела, к запаху свежей побелки. В последнее время появились трещины в уголках рта. Обратилась к врачу, обнаружены изменения в крови. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, обильные, по 7-8 дней, через 21 день.

При осмотре: кожа сухая, бледная, чистая. Склеры голубые. Волосы тусклые, секутся. Ногти мягкие, с поперечной исчерченностью ложкообразной формы. Костно-суставная система не изменена. Легкие без патологии. Границы сердца в пределах нормы, тоны громкие, систолический шум на верхушке, «шум волчка» на яремных венах. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 96 в мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Слизистая полости рта бледная, язык влажный, нитевидные сосочки атрофированы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры по Курлову 9×8×7 см: селезенки 6×4 см.

Анализ крови: эр. 3,5×10¹²/л; Нв 85 г/л; цв. пок. 0,7; л. 4,5×10⁹/л; э. 1%; п. 2%; с. 70%; лимф. 21%; мон. 6%; тр. 194×10⁹/л; СОЭ 20 мм/ч.

Задания

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Принципы лечения в стационаре.

Задача 2.

Пациент Ш. 60 лет обратился к фельдшеру ФАПа с жалобами на слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение трудоспособности, выраженную потливость, опухолевидные образования в области шеи. Считает себя больным в течение 2 лет. Не лечился, связывал ухудшение самочувствия с возрастом. Два месяца назад обнаружил у себя на шее безболезненные опухолевидные образования. В последние годы отмечает частые простудные заболевания, появление «гноинчиков» на коже.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение астеническое. Кожа и слизистые чистые, умеренной влажности. Пальпируются подчелюстные, задние шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 2,0-4,5 см в диаметре, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. Легкие без патологии. Границы сердца в пределах нормы. Тоны чистые, ритмичные, частота сердечных сокращений 70 в мин. АД 140/85 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Десны рыхлые отечные, на слизистой щек геморрагии, единичные язвочки. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги, плотно-эластичной консистенции, безболезненная, край закруглен, ровный, размеры по Курлову 12(2,5)×10×8,5 см. Селезенка выступает из-под реберной дуги на 2 см, размеры по Курлову составляют 15×8 см.

Анализ крови: эр. 2,42×10¹²/л; НВ 108 г/л; цв.пок. 0,8; тр. 120×10⁹/л; л. 63,2×9⁹/л; п. 1%; с. 4%; лимф. 94%; мон. 1%; СОЭ 28 мм/ч; клетки Боткина-Гумпрехта 18/100.

Задания

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
Принципы лечения и профилактика.

Задача 3.

К фельдшеру районной поликлиники за медицинской помощью обратилась женщина 20 лет. Жалобы на слабость, повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$, потливость, плохой аппетит, носовые кровотечения.

Объективно: бледность кожных покровов, на коже верхних конечностей и на груди – множественные геморрагические высыпания. Увеличены шейные и подмышечные лимфоузлы. Тоны сердца приглушены. Пульс 102 уд/мин, ритмичный. АД 100/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

При обследовании в общем анализе крови: эр. $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв 86 г/л; лейкоц $6 \times 10^9/\text{л}$; э. – 8%; п. – 8%; с. – 64%; лф. – 18%; м. – 2%; тр. – $40 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 48 мм/час.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Принципы лечения.

Задача 4.

Женщина 53 лет обратилась за медицинской помощью к фельдшеру районной поликлиники с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение, усиливающиеся при физической нагрузке, онемение и ощущение ползания мурашек в области нижних конечностей, болезненность и жжение кончика языка. Считает себя больной в течение последних 6 месяцев.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком. Тахикардия. Пульс 112 уд/мин, ритмичный.

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край ее при пальпации мягкий, безболезненный.

Размеры селезенки по Курлову 11×8 см.

При обследовании в анализе крови: эр. $1,6 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв 72 г/л; ц.п. – 1,35; лейкоц $3,5 \times 10^9/\text{л}$; б. – 1%; с. – 53%; лф. – 34%; м. – 10%; тр. – $160 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 48 мм/час, тельца Жолли и кольца Кебота.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Перечислите возможные осложнения при данной патологии.

Принципы лечения.

Диспансеризация.

Задача 5.

Пациент 20 лет обратился к фельдшеру в районную поликлинику. Жалобы: слабость, температура 38°C , озноб, потливость. Тошнота, плохой аппетит, носовое кровотечение, кровоточат десны. Моча кровянистая. Болен в течение месяца. В анамнезе 2 раза грипп, корь в детстве.

Объективно: бледность кожных покровов, на коже геморрагическая сыпь, незначительно увеличены лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые. Тоны сердца приглушены. Пульс 102 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен. Живот мягкий, печень и селезенка увеличены. Фельдшер направил на лабораторное исследование общего анализа крови, общего анализа мочи.

Анализ крови: эритроциты – $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин – 46 г/л; цв. показатель – 0,6; лейкоциты – $2,1 \times 10^9/\text{л}$; э. – 0%; баз. – 0%; пал. – 5%; сегм. – 10%; лимф. – 80,2%; мон. – 1%; СОЭ – 48 мм/час; тромбоциты – $4,1 \times 10^9/\text{л}$; бластные клетки – в большом количестве.

В моче эритроциты 10-20 в поле зрения.

Задания.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Тактика фельдшера.

Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Перечислите возможные осложнения при данной патологии.

Принципы лечения.

Диспансеризация.

Практическое занятие №17

«Итоговое занятие»

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков.

Форма проведения устная.

Перечень практических навыков:

Поверхностная пальпация живота

Пальпация слепой кишки

Пальпация сигмовидной кишки

Пальпация поперечно-ободочной кишки

Пальпация нисходящей кишки

Пальпация восходящей кишки

Пальпация печени

Пальпация селезенки

Пальпация почек

Пальпация грудной клетки, ее задачи.

Пальпация верхушечного толчка
Пальпация сердечного толчка
Пальпация щитовидной железы
Пальпация лимфатических узлов
Пальпация желудка
Осмотр и пальпация суставов
Симптом Пастернацкого
Общий осмотр
Осмотр и пальпация грудной клетки
Сравнительная перкуссия легких спереди
Сравнительная перкуссия легких сзади
Определение нижней границы легких по средне-ключичной линии
Определение нижней границы легких по средне-подмышечной линии
Определение нижней границы легких по лопаточной линии
Определение экскурсии легочного края по лопаточной линии
Перкуссия правой границы относительной сердечной тупости
Перкуссия левой границы относительной сердечной тупости
Перкуторное определение жидкости в брюшной полости
Перкуссия печени по Курлову
Аускультация сердца
Аускультация легких
Измерение артериального давления
Пальпация пульса.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. — 413 с. — 978-5-222-25457-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59429.html>
Обуховец Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : практикум / Т.П. Обуховец. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. — 604 с. — 978-5-222-26372-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/59406.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Учебно-методическое пособие по пропедевтике в терапии.

Лекции по теме занятия.

Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432594.html>

Тарасевич Т.В. Сестринское дело в терапии [Электронный ресурс] : учебник / Т.В. Тарасевич. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 588 с. — 978-985-503-617-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67735.html>

Ткаченко В.С. Скорая и неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] : практикум. Учебное пособие / В.С. Ткаченко. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2013. — 303 с. — 978-985-06-2250-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20561.html>

Федюкович Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. — Электрон. текстовые данные. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. — 575 с. — 978-5-222-19791-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58916.htm>

Модуль 2 «Пропедевтика и диагностика в акушерстве и гинекологии»

Практическое занятие №1

Система организации акушерско-гинекологической помощи в РФ. Роль фельдшера в организации, обеспечении и соблюдении

Введение: На современном этапе качество акушерско-гинекологической помощи во многом определяется улучшением организации работы как поликлинического звена акушерской службы- женской консультации, так и акушерского стационара. Очевидной является и необходимость проведения организационных мероприятий для обеспечения более тесного контакта врачей акушерских учреждений с врачами общей лечебной сети. **Цель самоподготовки:** В результате самоподготовки студент должен знать структуру роддома, женской консультации, принципы работы, знать основные показатели родильного дома, методы обследования и ведения беременных в женской консультации, оформление основной учетной документации (история родов, индивидуальная карта беременной, диспансерная книжка беременной), **уметь** диагностировать различные сроки беременности, определять срок родового декретного отпуска и предполагаемый срок родов, оформлять медицинскую документацию.

Исходный уровень знаний: Студент должен уметь собирать и оценивать соматический и акушерско-гинекологический анамнез, проводить объективное обследование по системам органов, наружное и внутреннее акушерское обследование.

План изучения темы.

Структура родильного дома, оснащение, порядок «движения» пациентов по акушерским отделениям.

Основные показатели работы роддома.

Роль женской консультации в оказании акушерско-гинекологической помощи. Ее структура, оснащение, задачи.

Особенности обследования и наблюдения в женской консультации беременных с нормальным течением беременности и групп повышенного риска.

Вопросы для самоподготовки.

Какие существуют типы акушерских стационаров.

Что такое материнская и перинатальная смертность.

3. Основные организационные мероприятия по профилактике госпитальной инфекции.

4. Основные источники инфекции в родильном отделении.

Какие существуют мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи возбудителя контактным путем.

Дайте определение понятию "женская консультация".

Структура женской консультации, задачи женской консультации.

Принципы работы женской консультации.

Какая явка беременной в женскую консультацию считается ранней?

10. Объем обследования беременных женщин при 1-й явке в женскую консультацию.

11. На каком сроке беременности выдается дородовой декретный отпуск?

12. Продолжительность дородового декретного отпуска.

В чем заключается лечебно-профилактическая помощь беременным женщинам в женской консультации.

Что такое физиопсихотерапевтическая подготовка беременных женщин к родам?

Что такое участковый принцип в работе женской консультации?

Формы санитарно-просветительной работы в женской консультации.

Задача №1.

Женщина Н. поступила в родильный дом скорой мед. помощью с диагнозом: беременность 27 недель, угроза прерывания В отделении патологии беременных, на фоне сохраняющей терапии, произошел выкидыш, плод живой, масса 800 гр., длина 31 см., через 5 часов ребенок погиб.

Диагноз? Укажите вид перинатальной смертности.

Задача №2

К участковому врачу женской консультации обратилась женщина с жалобами на задержку менструации (последняя была 7 недель назад), тошноту и иногда рвоту по утрам. В анамнезе 3 родов и 4 медицинских аборта. Соматически здорова. Гинекологические и венерические заболевания отрицают. Выражен цианоз слизистой влагалища. При влагалищном исследовании установлено: шейка охранена, наружный зев закрыт. Тело матки в гиперантефлексии, мягковатое, но при пальпации плотнеет, увеличена до 7 недель беременности. Выделения серозные.

Диагноз? Определить тактику.

Задача №3.

В женскую консультацию обратилась повторно беременная 30 лет с жалобами на задержку менструации, тошноту, иногда рвоту, незначительные тянущие боли внизу живота. Последняя менструация 1С) недель тому назад. Настоящая беременность 3-я. Первые 2 беременности закончились самопроизвольными выкидышами на сроке 9 и 11 недель В прошлом медико-генетическое консультирование, обследования и реабилитация не проводились Соматически здорова Гинекологические и венерические заболевания отрицают.

При объективном обследовании выявлено: выражен цианоз влагалища, увеличение матки до 10 недель беременности. Тело ее мягковато, слегка асимметрично. Выделения из влагалища серозные.

Диагноз? Тактика ведения.

Практическое занятие №2

Физиологические роды: причины наступления родов, понятие о готовности организма к родам и методы их оценки. Биомеханизм родов.

1. **Введение.** Знание клинического течения родов и умение провести нормальные роды является фундаментальной основой родовспоможения и необходимо врачу любой специальности.

2. **Цель самоподготовки.** В результате подготовки и изучения темы студент должен **знать:** признаки начала родов, периоды родов, оценить прогресс родовой деятельности;

уметь: оценить родовую деятельность, прогресс родов, провести психофизиологическое обезболивание, оказать пособие при нормальных родах.

3. **Исходный уровень знаний.** Знание и умение объективного обследования беременных, сбора анамнеза, анатомия костей таза и мышц тазового дна. Анатомия матки.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ: 1. Сбор и оценка анамнеза. 2. Объективное обследование: а) определение наружных размеров таза; б) пальпация живота; в) аускультация сердцебиения плода; г) влагалищное исследование (по возможности); д) дополнительные измерения; е) определение срока беременности и предполагаемой даты родов, массы внутриутробного плода, кровопотери в родах; ж) участие в ведении и приеме родов; з) участие в осмотре родовых путей и ушивании разрывов мягких тканей; и) определение целостности последа. 3. Выписка рецептов на лекарственные препараты по теме занятия.

План изучения темы.

Изучить родовые изгоняющие силы. Знать признаки начала родов, деление родов на периоды. Изучить процессы, происходящие в миометрии.

Нарисовать «партограмму» (динамику открытия шейки матки и опускания головки плода в течении родов) для перво- и повторнородящей.

Представить в виде граф-логической схемы биомеханизм родов.

6. Рекомендуемая литература.

7. Вопросы для самоподготовки

1. Что такое роды (partus)?

2. По каким критериям плод считается жизнеспособным?

3. Как классифицируются роды в зависимости от срока беременности?

4. Что означает понятие «предвестники (предшественники) родов»?

5. Сколько и какие периоды родов выделяют по их клиническому течению?

6. Классификация родов по продолжительности.

7. Что считается началом II периода родов, как определяется продолжительность периода изгнания и чему она равна в норме?

8. Что относится к изгоняющим силам?

9. Что такое контракция? Что такое ретракция? Что такое дистракция?

10. Как исчисляется продолжительность последового периода и какая продолжительность его в норме?

11. Физиологическая роль околоплодных вод и плодного пузыря.

12. Какие классифицируют отхождение околоплодных вод в зависимости от времени их излития?

13. Что такое биомеханизм родов? Какой биомеханизм родов считается нормальным?

14. Что такое вставление головки?

15. Что такое ведущая точка на предлежащей части?

16. Как называется третий период родов?

17. Какие существуют признаки отделения последа? Перечислите их.

18. Классификация кровопотери в родах по Константинову.

19. Как осуществляется профилактика кровотечения после рождения плода?

8. Ситуационные задачи.

Задача №1

Первобеременная А. поступила в роддом 12 сентября с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, которые появились 6 часов тому назад. Дата последней менструации – 5 декабря, дата первого ощущения шевеления плода – 25 апреля. Соматически здорова. Спинка плода слева спереди. В дне матки определяется тазовый конец плода. При внутреннем исследовании установлено: шейка матки сглажена, раскрытие шейки 3 поперечных пальца (5,5-6 см). Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный в правом косом размере таза, малый родничок слева у лона (спереди).

1. Определите дату предполагаемых родов по данным анамнеза. Какой срок беременности? Какое положение, предлежание, позиция и вид плода?

2. Сформулируйте диагноз.
3. Какой момент биомеханизма родов осуществляет головка?

Задача №2.

Роженица с доношенной беременностью пожаловалась на отхождение вод 5 минут назад и схватки потужного характера. При внутреннем исследовании выявлено: раскрытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды. Головка в плоскости выхода малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок спереди (у лона).

Какой диагноз и момент биомеханизма родов?

Практическое занятие № 3

Физиологический послеродовой и неонатальный периоды

Введение. Знание особенностей клинического течения и ведения физиологического послеродового периода является основой профилактики различных послеродовых осложнений, частота которых составляет около 30-40% и имеет тенденцию к возрастанию.

Цель самоподготовки. В результате подготовки и изучения темы студент должен **знать:** особенности течения, длительность пуэрперия, возможные осложнения его и меры профилактики, методы послеродовой контрацепции.

Уметь: оценить течение послеродового периода (степень инволюции матки, состояние лактации), провести беседу о соблюдении гигиены и профилактике послеродовых осложнений, подобрать индивидуальные методы контрацепции.

Исходный уровень знаний. Важно из курса анатомии и физиологии вспомнить анатомо-физиологические особенности женских половых органов и молочных желез; а также санитарно-профилактические мероприятия в стационаре и жилище.

План изучения темы:

Классификация, особенности течения и ведения послеродового периода.

Инволютивные процессы, происходящие в органах и системах родильницы, особенности инволюции матки, регенеративных процессов в эндометрии и шейке матки.

Становление лактации. Клиника послеродовых осложнений и мероприятия по их профилактике.

Мероприятия по предупреждению нежелательной беременности в послеродовом периоде и в отдаленное время.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ: Сбор и оценка анамнеза (специального анамнеза). Объективное обследование родильницы по органам и системам органов с акцентом на обследование живота, матки, грудных желез, прожечности. Измерение таза, высота стояния дна матки. Оценка лохий. Выписка рецептов на лекарственные препараты по теме занятия.

6. Рекомендуемая литература.

7. Вопросы для самоподготовки

Продолжительность послеродового периода.

Что такое инволюция матки? Какие признаки (процессы) характеризуют инволюцию матки?

3. Укажите динамику уменьшения массы матки за счет инволюции ее с учетом длительности послеродового периода.

4. Назовите основные причины, от которых зависит быстрота (скорость) инволюции.

5. Как осуществляется инволюция шейки матки в послеродовом периоде?

6. Что такое лохии? Какое количество лохий выделяется в первые 8-10 дней послеродового периода?

7. Укажите изменение характера лохий в течение нормального послеродового периода.

8. Что такое лохиометра, ее причины?

9. Что такое молозиво, его характеристика?

10. Когда после родов начинается отделение (секреция) грудного молока?

11. Под воздействием какого гормона гипофиза происходит процесс образования молока?

12. Чем отличается молозиво от зрелого грудного молока?

13. Есть ли различие между женским и коровьим молоком, используемым для кормления ребенка в отсутствие грудного молока?

14. Перечислите основные профилактические мероприятия послеродовых инфекционно-септических заболеваний в стационаре.

15. Время первого прикладывания здорового ребенка к груди здоровой родильницы и режим кормления детей.

16. Мероприятия по профилактике и лечению нагрубания желез.

17. Продолжительность послеродового декретного отпуска.

18. Когда происходит после родов восстановление менструальной функции?

19. Какие методы контрацепции рекомендуются в послеродовом периоде не кормящим грудью родильницам?

20. Назовите объем лечебных мероприятий при гипофункции молочных желез.

8. Ситуационная задача.

Срочные роды 4 дня тому назад. Ребенок умер на 3 сутки. Родильница жалуется на чувство распирания и тяжести в молочных железах, которые при пальпации равномерно уплотнены, болезненные. Соски чистые. Температура тела 37,0°C. Дно матки на 4 поперечных пальца ниже пупка. Матка плотная, безболезненная. Патологии со стороны внутренних органов нет. Лохии кровянистые, умеренные. Диагноз? Лечение?

Практическое занятие № 4

Диагностика раннего токсикоза, гестоза.

Введение.

Гестозы – общепринятое (с 1997 г. в России) объединенное понятие токсикозов второй половины беременности, частота которых составляет 18-28%, занимают 1-2 место среди причин материнской смертности и в 50-60% являются причиной перинатальных потерь. Знание ранних симптомов, своевременное обследование и квалифицированное лечение гестозов позволяет избежать тяжелых осложнений для матери и плода.

Цель самоподготовки. В результате подготовки и изучения темы студент должен:

Знать: Группу риска по развитию гестоза. Классификацию гестозов, шкалы по определению их степени тяжести. Этиологию и патогенез развития гестозов. Принципы терапии и оказания экстренной помощи. Осложнения гестозов и оказание экстренной помощи. Возможности профилактики гестозов и реабилитация после родоразрешения.

Уметь: Диагностировать гестоз на ранних стадиях его развития. Определить степень тяжести. Провести дифференциальную диагностику с экстрагенитальной патологией (гипертоническая болезнь, заболевания почек, эндокринная патология и др.) Выбрать обоснованную тактику ведения беременности и патогенетическую терапию в зависимости от степени тяжести гестоза.

Оказать экстренную помощь при приступе эклампсии.

3. Исходный уровень знаний.

При изучении темы необходимо повторить: физиологические изменения в сердечно-сосудистой системе и почках при беременности. Из курса патанатомии вспомнить изменения в органах при гестозе. Объем обследования и тактику ведения беременных в женской консультации.

4. План изучения темы.

Патогенез гестоза представить в виде граф-логической схемы.

Исходя из патогенеза изучить клинические симптомы гестоза.

Ранние лабораторные признаки гестоза.
Классификация преэклампсии
Объем обследования и дифференциальная диагностика.
Методы диагностики осложнений гестозов.
Возможности профилактики гестозов.

5. Рекомендуемая литература.

Вопросы для самоподготовки.

Дайте современное понятие «Гестоз».

Сущность этиопатогенеза гестоза.

Особенности современного течения гестозов.

История развития учения о токсикозах второй половины беременности.

Перечислите женщин, входящих в группу риска по развитию гестоза.

Какие ранние симптомы отеочного синдрома? Как высчитывается прибавка в весе за беременность? за неделю?

Методы определения лабильности и дезадаптации сердечно-сосудистой системы.

Ранние признаки протеинурии. Качественное определение протеинурии.

Объем и результаты лабораторного обследования при гестозе.

Как высчитать среднее АД?

Перечислите возможные изменения глазного дна при гестозе.

Фармакологические свойства сернокислой магнезии. Назовите токсические симптомы сернокислой магнезии. Какова суточная и курсовая доза магнезии в схеме Бровкина? В зависимости от чего подбирается доза сернокислой магнезии в схеме Серова?

Как и когда проводится управляемая относительная гипотония?

Клинические симптомы пре- и эклампсии. Почему они развиваются?

Осложнения пре- и эклампсии.

Тактика при выявлении симптомов пре- и эклампсии на до госпитальном этапе.

Тактика при выявлении пре- и эклампсии в стационаре.

Последовательность экстренных мероприятий при эклампсии.

Причины материнской смерти при пре- и эклампсии.

Перечислите характерные патолого анатомические изменения при пре- и эклампсии в плаценте, матке, почках, печени, легких, мозгу.

Реабилитация женщин после родоразрешения по поводу гестоза.

Практическое занятие № 5

Невынашивание, перенашивание: причины, диагностика, клиника.

Практическое занятие № 6

Диагностика тазовых предлежаний и многоплодной беременности

Актуальность: не смотря на относительно небольшую частоту тазовых предлежаний (2,7-5,4%) течение беременности и родов нередко сопровождается осложнениями. При тазовых предлежаниях значительно чаще применяют ручные пособия и хирургические вмешательства, что представляет определенную опасность как для женщины, так и для плода.

Цель самоподготовки: в результате подготовки и изучения темы студент должен **знать:**

Причины возникновения тазовых предлежаний и неправильного положения плода, методы их диагностики и классификацию тазовых предлежаний;

Особенности течения беременности, родов и возможные осложнения их при тазовых предлежаниях и неправильных положениях плода

Исходный уровень знаний: для изучения данной темы необходимы знания пропедевтики, анатомии и физиологии репродуктивной системы, основ физиологии беременности.

План изучения темы:

Изучение лекционного материала, основной и дополнительной учебной литературы.

С целью контроля усвоения материала решенные вопросы для самоподготовки и ситуационных задач.

Составление граф-логических структур по классификации тазовых предлежаний, разработка тактики ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода.

Рекомендуемые источники информации:

4. Задания, обязательные при самоподготовке:

Составить граф-логические структуры по классификации тазовых предлежаний

Составить план ведения родов при тазовых предлежаниях плода

Разработать тактику ведения беременности и родов при косом положении плода

5. Вопросы для самоподготовки:

Причины, способствующие возникновению тазовых предлежаний плода

Как классифицируются тазовые предлежания плода

Какие методы позволяют диагностировать тазовые предлежания плода

Какие данные наружного акушерского исследования позволяют диагностировать тазовые предлежания плода

Перечислите основные диагностические признаки тазовых предлежаний при влагалищном исследовании

Возможные осложнения беременности при тазовых предлежаниях

Перечислите осложнения первого периода родов при тазовом предлежании

Перечислите осложнения второго периода родов при тазовом предлежании

Назовите основные моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании

Укажите особенности ведения первого периода родов при тазовом предлежании

Укажите особенности ведения первого периода родов при тазовом предлежании

Как оказывается пособие по методу Цовьянова-I при чисто ягодичных предлежаниях

Как оказывается пособие по методу Цовьянова -II при ножных предлежаниях

С какой целью применяется классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях плода

Назовите показания для экстракции плода за тазовый конец

Назовите условия для проведения операции экстракции плода за тазовый конец

Назовите показания для проведения операции кесарево сечения при тазовых предлежаниях плода

Назовите методы диагностики неправильных положений плода

Возможные осложнения беременности и родов при неправильных положениях плода

Ведение беременности и родов при неправильных положениях плода

8. Ситуационные задачи:

Задача 1.

Первобеременная первородящая, 20 лет. В родах 14 часов. Безводный промежуток 1 час. Схватки через 2 минуты по 35-40 секунд. Положение плода продольное. Ягодички в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136-140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края тонкие, мягкие, раскрытие маточного зева – 8 см (2 поперечных пальца), плодного пузыря нет. Ягодички выполняют среднюю треть лонного сочленения и 2/3 крестцовой впадины. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец спереди. Поставьте диагноз и определите тактику ведения родов у этой пациентки.

Задача 2.

Повторнобеременная, первородящая, 35 лет. Две предыдущие беременности закончились медицинскими абортми по желанию женщины. Последние 6 лет лечилась по поводу бесплодия. Околоплодные воды излились за 2 часа до поступления в родильный дом. Схватки по 15-20 секунд через 7-8 минут. Положение плода продольное, ягодички плода подвижны над входом в малый таз. Окружность живота 100см, высота стояния дна матки – 39см. Размеры таза 23-25-27-19. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки расположена по центру малого таза, укорочена до 1,5см, плотная, цервикальный канал с трудом пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь отсутствует. Ягодички подвижны над входом в малый таз. Подтекают зеленоватые околоплодные воды. Поставьте диагноз и определите тактику ведения родов.

Практическое занятие № 7

Диагностика разгибательных предлежаний головки плода.

Практическое занятие № 8

Кровотечения во время беременности.

1. **Актуальность.** Акушерские кровотечения во 2-й половине беременности всегда были основной причиной материнской летальности и перинатальной смертности, поэтому знание этого осложнения беременности является обязательным для любого человека, имеющего лечебный диплом. Исход родов при этой патологии зависит от быстроты и квалифицированности оказанной помощи.

2. **Цель самоподготовки.** В результате подготовки и изучения темы студент должен **знать:**

- 1) Основные причины возникновения кровотечения во 2-й половине беременности;
- 2) Диагностические клинические признаки предлежания, отслойки плаценты
- 3) Тактику ведения беременности и последовательность оказания экстренной помощи при предлежании и ПОНРП в зависимости от степени тяжести выявленной патологии.
- 4) Основные осложнения, которые возникают после кровотечения на фоне предлежания и ПОНРП.

Уметь:

- 1) Оценить результаты ультразвукового исследования при уточнении степени тяжести ПОНРП.
- 2) Провести дифференциальную диагностику между предлежанием плаценты и ПОНРП.
- 3) Разработать последовательность мероприятий при оказании экстренной помощи при центральном или боковом предлежании плаценты, при ПОНРП 1-й, 2-й и 3-й степени тяжести.

3. **Исходный уровень знаний.** Для лучшего усвоения темы необходимы знания: строение плаценты, формирование маточно-плацентарного кровообращения, миграция плаценты во время беременности, диагностика степени тяжести геморрагического шока, ДВС – синдром, диагностика и лечение.

4. **План изучения темы.** Для усвоения материала по данной теме, рекомендуется следующая последовательность ее изучения: Формирование плаценты и маточно-плацентарного кровотока;

Патогенез, основные причины и механизм кровотечения при ПОНРП и предлежании плаценты

Диагностика различных вариантов локализации плаценты. Понятие о низкой локализации и предлежании плаценты

Дифференциальная диагностика между предлежанием и ПОНРП

Клиническая классификация 3-х степеней тяжести ПОНРП; последовательность мероприятий при экстренной помощи и возможные осложнения

Преградиварная подготовка как метод профилактики предлежания и ПОНРП плаценты.

5. **Рекомендуемые источники информации:**

6. **Задания, обязательные при самоподготовке:**

Составить последовательность мероприятий во время остановки кровотечения при ПОНРП и при центральном предлежании плаценты на разных сроках беременности (20-24 нед., 30-34 нед., 36-38 нед.)

Тактика ведения беременности и варианты родоразрешения при различной степени предлежания плаценты и ПОНРП.

Экстренная помощь и последовательность мероприятий при геморрагическом шоке и ДВС на фоне предлежания плаценты и ПОНРП на сроке 35-37 нед.

7. **Вопросы для самоподготовки:**

Какие патологические состояния могут быть причиной кровотечения во второй половине беременности ?

Перечислите возможные акушерские операции и методы родоразрешения при частичном предлежании плаценты

Дифференциальная диагностика предлежания плаценты, ПОНРП и разрывов матки

Дифференциальная диагностика степени тяжести ПОНРП по клиническим симптомам

Перечислите основные признаки и симптомы которые характерны для предлежания плаценты

Какие мероприятия следует провести в первую очередь, если у пациентки в 37 недель беременности возникло кровотечение из влагалища, не сопровождающееся болями ?

В каких случаях возможно проведение влагалищного исследования при подозрении на предлежание плаценты ?

Перечислите признаки и симптомы, характерные для предлежания плаценты

Перечислите основные признаки и симптомы, характерные для тяжелой формы отслойки плаценты

Тяжелая форма ПОНРП приведет к осложнениям:....

8. **Ситуационные задачи:**

Задача 1

Женщине с диагнозом полного предлежания плаценты провели родоразрешение путем кесарева сечения. После перевода в послеродовую палату появилось сильное кровотечение из влагалища. Укажите вероятные причины кровотечения. Поставьте диагноз.

Задача 2

Пациентка на сроке беременности 37 недель предъявляет жалобы на подтекание околоплодных вод и начавшееся кровотечение из половых путей без родовой деятельности. При обследовании выявлены снижение ЧСС до 90 в мин., и отсутствие вариабельности мгновенных осцилляций. Предположительный диагноз. Какие основные причины могут привести к данной патологии ?

Практическое занятие № 9

Диагностика аномалий родовой деятельности.

Практическое занятие № 10

Патология послеродового и раннего послеродового периода, кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде. Диагностика послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Введение. Проблема кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах является одной из самых актуальных в современном акушерстве в виду того, что частота их колеблется в широких пределах от 2,7-2,9% до 10-11%, не имеет тенденции к снижению и являются ведущей причиной материнской смертности.

Цель самоподготовки: в результате подготовки и изучения темы студент должен **знать:**

Характеристику физиологической, допустимой и патологической кровопотери. Признаки отделения последа. Методику осмотра последа и целостности родовых путей. Методику выделения отделившегося последа.

Причины возникновения кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Дифференциально-диагностический ряд между различными видами кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

Необходимые профилактические мероприятия, направленные на предотвращение кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

Последовательность и методику выполнения мероприятий при кровотечениях в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

Уметь:

Определять признаки отделения последа. Применять приемы выделения последа (на фантоме). Проводить осмотр последа. Оценивать целостность родовых путей (осмотр шейки матки, влагалища, тканей промежности) (на фантоме).

Проводить дифференциальный диагноз между гипотоническими, атоническим и коагулопатическими кровотечениями.

3. Исходный уровень знаний: для изучения данной темы необходимы знания пропедевтики, физиологии и патофизиологии, терапии, гематологии, хирургии, анестезиологии и реаниматологии, анатомии и физиологии репродуктивной системы, основ физиологии беременности.

4. План изучения темы:

Изучение лекционного материала, основной и дополнительной учебной литературы

С целью контроля усвоения материала решение вопросов для самоподготовки и ситуационных задач

Составление граф-логических структур и схем этио-патогенеза кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах

5. Рекомендуемые источники информации:

6. Задания, обязательные при самоподготовке:

Составить схему патогенеза возникновения гипотонических кровотечений и коагулопатических кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах

Составить граф-логической структуры последовательности профилактических мероприятий, направленных на предотвращение кровотечений в третьем периоде родов и раннем послеродовом периодах

7. Вопросы для самоподготовки:

Назовите величину физиологической и допустимой кровопотери

Перечислите признаки отделения последа

Перечислите приемы выделения последа

Назовите причины кровотечений в послеродовом периоде

Назовите причины кровотечений в раннем послеродовом периоде

Перечислите меры профилактики кровотечений в родах

Перечислите основные симптомы гипотонического кровотечения

Перечислите основные симптомы коагулопатического кровотечения

Перечислите основные симптомы кровотечения при разрыве мягких тканей

Перечислите показания для проведения ручной ревизии полости матки

Назовите механические методы остановки кровотечения в раннем послеродовом периоде

Назовите хирургические методы остановки кровотечения в раннем послеродовом периоде

Назовите показания для чревосечения при послеродовых кровотечениях

Последовательность мероприятий при кровотечении, связанном с нарушением свертываемости крови

Перечислите последовательность реанимационных мероприятий при массивных послеродовых кровотечениях

Ситуационная задача:

Родильница 25 лет. Роды закончились час назад рождением мертвого плода. Послед выделился самостоятельно, через 25 минут, целый.

Величина кровопотери с последом – 250мл. Матка плотная, но из влагалища имеются обильные кровянистые выделения без сгустков.

Поставьте диагноз и определите тактику ведения.

Введение. Проблема послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний непосредственно связана с инфицированием беременных и внутриутробных инфекций плода. Частота их составляет 40-60% и не имеет тенденции к снижению. Отрицательное антропогенное влияние на природу и условия жизни человека проявляется снижением иммунитета, изменениями состава нормальной микрофлоры кишечника, влагалища, кожи, преобразованием условно-патогенной микрофлоры в патогенную, возникновением новых видов вирусов (например, ВИЧ). Значительные изменения в биологических процессах вызывает бесконтрольное применение антибиотиков и антисептиков.

Цель самоподготовки. В результате подготовки и изучения темы студент должен уметь диагностировать различные формы послеродовых септических заболеваний. Знать клинику, классификацию, принципы дифференциальной диагностики, профилактику, комплексную терапию септических послеродовых заболеваний различных этапов.

Исходный уровень знаний. Для усвоения материала данной темы студенту необходимо знать:

Наиболее распространенную микрофлору (из курса микробиологии)

Взаимодействие микро- и макроорганизма (из курса патофизиологии)

границы. Знать и трактовать партограмму, оценивать динамику родов у перво- и повторнородящих.

4. План изучения темы:

ознакомиться с классификациями узких тазов; их причины;

описать признаки клинического несоответствия;

составить алгоритм ведения родов при разных степенях клинического

несоответствия. **5. Рекомендуемые источники информации.**

6. Вопросы для самоподготовки.

Дайте определения понятия анатомически и клинически узкого таза.

Как классифицируется анатомически узкий таз?

Какие формы сужения таза относятся к часто и какие к редко встречающимся?

Этиология узкого таза.

Охарактеризуйте общеравномерносуженный, простой плоский, плоскорихитический, поперечносуженный, общесуженный плоский тазы.

Как классифицируются тазы по степени сужения?

Прогноз родов для матери и плода, врачебная тактика при различных степенях сужения таза.

На чем основана диагностика узкого таза.

Какие дополнительные методы диагностики могут быть использованы при подозрении на наличие узкого таза?

Какие осложнения осложнения во время беременности могут быть при узком тазе?

11. Перечислите особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном

тазе, простом плоском, плоскорихитическом, поперечносуженном, при

общесуженном плоском тазе.

Какие осложнения в родах могут быть при узком тазе.

Врачебная тактика во время беременности при узком тазе.

Особенности ведения родов при узком тазе.

По каким признакам можно судить о клинически узком тазе.

Какими клиническими признаками характеризуется 1 степень клинически узкого таза. Тактика врача. Прогноз ведения родов.

Какими клиническими признаками характеризуется 2 степень клинически узкого таза. Тактика врача. Прогноз ведения родов.

Какими клиническими признаками характеризуется 3 степень клинически узкого таза. Тактика врача. Прогноз ведения родов

8. Ситуационные задачи.

Задача №1. Первородящая 20 лет, срок беременности 40 недель. Поступила в роддом со схватками, воды целы. Телосложение

правильное, питание удовлетворительное. Вес 63 кг. рост 157 см. Живот остроконечной формы. Окружность живота 93 см. высота

Составить схему патогенеза возникновения гипотонических кровотечений и коагулопатических кровотечений в последовом и раннем

послеродовом периодах

Составить грф-логическую структуру последовательности профилактических мероприятий, направленных на предотвращение кровотечений

в третьем периоде родов и раннем послеродовом периодах

7. Вопросы для самоподготовки:

Назовите величину физиологической и допустимой кровопотери

Перечислите признаки отделения последа

Перечислите приемы выделения последа

Назовите причины кровотечений в последовом периоде

Назовите причины кровотечений в раннем послеродовом периоде

Перечислите меры профилактики кровотечений в родах

Перечислите основные симптомы гипотонического кровотечения

Перечислите основные симптомы коагулопатического кровотечения

Перечислите основные симптомы кровотечения при разрыве мягких тканей

Перечислите показания для проведения ручной ревизии полости матки

Назовите механические методы остановки кровотечения в раннем послеродовом периоде

Назовите хирургические методы остановки кровотечения в раннем послеродовом периоде

Назовите показания для чревосечения при послеродовых кровотечениях

Последовательность мероприятий при кровотечении, связанном с нарушением свертываемости крови

15. Перечислите последовательность реанимационных мероприятий при массивных

послеродовых кровотечениях

Ситуационная задача: Родильница 25 лет. Роды закончились час назад рождением мертвого плода. Послед выделился самостоятельно,

через 25 минут, целый. Величина кровопотери с последом -250мл. Матка плотная, но из влагалища имеются обильные кровянистые

выделения без стуктов.

Поставьте диагноз и определите тактику ведения.

Практическое занятие №11

Методы обследования гинекологических больных.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ.

Конечная цель занятия:ознакомить студентов с методами исследования в гинекологии.

Этапы достижения цели: 1. Демонстрация методов исследования в гинекологии. 2. Познакомить студентов с гинекологическим инструментарием. 3. Ознакомить студентов с основными методами исследования гинекологических больных . осмотр шейки зеркалами, взятие мазков с различными целями, определение симптомов арбори- зации зрачка . . 4. Продемонстрировать . при возможности . и ознакомить студентов с необходимым комплексом обследования больных с опухолями гениталий.

Материальное обеспечение занятий: 1. Гинекологический инструментарий. 2. Больные с различными гинекологическими заболеваниями.

3. Тесты для самоконтроля усвоения материала, типовые и нетиповые клинические задачи с эталонами ответов.

Проверка и коррекция исходного уровня знаний студентов. Контроль исходного уровня проводится с помощью тестовых заданий и эталонов ответов, изложенных в методической разработке на самоподготовку студентов. Проверка выполнения тестовых заданий проводится преподавателем с помощью эталонов во время самостоятельной работы студентов у постели гинекологической больной .

ТЕСТЫ

1. Последовательность обследования гинекологических больных.

2. Основные жалобы гинекологических больных.

3. Характер болей в гинекологии.

4. Что такое " бели" и их характеристика.

5. Характеристика нарушений менструальной функции.

6. Основные причины зуда вульвы?

7. Основные причины бесплодия в браке.

8. Пальпация живота и значение этого метода.

9. Какую информацию дает перкуссия и аскультация живота.

10. Что необходимо выяснить при бимануальном исследовании.

11. Показания к зондированию полости матки.

12. Какие методы биопсии Вы знаете?

13. Цитологическая картина влагалищных мазков и их значение?

Модуль 3. «Пропедевтика и диагностика в педиатрии»

Тема занятия: «Комплексная оценка состояния онтогенеза»

Цель: освоить оценку онтогенеза ребенка с последующей интерпретацией результатов и оформлением результатов.

Вопросы:

Основные жалобы при патологии органов и систем
История развития настоящего заболевания
Акушерско-биологический анамнез
Оценка онтогенеза с выделением групп риска
Оценка развитие ребенка
Анамнез жизни (перенесенные острые и хронические заболевания)
Аллергологический анамнез
Сведения о профилактических прививках
Наследственность, генеалогический анамнез
Социальный анамнез
Эпидемиологический анамнез

Задания для практического выполнения**ЗАДАЧА №1**

Мать с девочкой 3-х месяцев пришла на профилактический прием к участковому педиатру. Жалоб нет. Ребенок от 3 беременности, протекавшей с анемией, гестозом 1 половины, ОРВИ в 3 триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой 3050 г, длиной 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее смесь «Агу». В возрасте 2,5 мес. перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически, на дому. На момент осмотра масса тела составляет 5150, длина 59 см.

ЗАДАНИЯ:

Назовите факторы риска у данного ребенка по результатам анамнеза
Развитию какой патологии возможно у этого ребенка
Определите группу риска у ребенка на момент осмотра (3 мес.)

ЗАДАЧА №2

На приеме участкового педиатра девочка в возрасте 1 месяца. Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 1 триместре, гестоза во 2 половине (рвота, анорексия, повышение АД до 140/90 мм рт.ст.), по поводу чего беременная госпитализировалась. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды в срок, с массой 3000 г, длиной 50 см. Закричала, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена на следующий день, сосала активно. Выписана из роддома на 6-е сутки. Отец страдает мочекаменной болезнью. У сестры матери – пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии – подагра.

При осмотре масса тела – 3400 г, длина 54 см, ОГ – 36 см, гр.клетки – 36,5 см. Обращают внимание стигмы дизэмбриогенеза: птоз век, гипертелоризм, деформация ушных раковин, неполная синдактимия 2 и 3 пальцев стоп, пупочная грыжа.

ВОПРОСЫ:

Назовите факторы риска у данного ребенка по результатам анамнеза
Развитию какой патологии возможно у этого ребенка
Определите группу риска у ребенка на момент осмотра

ЗАДАЧА №3

Мальчик 6 мес. поступил в стационар с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом. Ребенок от молодых здоровых родителей, от 1 беременности, протекавшей с токсокозом во 2 половине. Во время беременности (на 33 неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38 неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии с массой 2800 г, длиной 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес. вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес. – кашами. За 6 мес. ребенок прибавил в весе 3200.

В возрасте 2 мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. При оценке ПМР – мальчик удерживает голову, гулит, четко улавливает направление звука, поворачивая голову в его сторону. Лежа на животе, приподнимает туловище, опираясь на локти и предплечья. Сидит при поддержке за таз. Поворачивается со спины на бок, тянется к игрушке. Узнает мать.

ВОПРОСЫ:

Назовите факторы риска у данного ребенка по результатам анамнеза
Развитию какой патологии возможно у этого ребенка
Определите группу риска у ребенка на момент осмотра.

ЗАДАЧА №4

Мать с девочкой 4,5 месяцев пришла на прием к участковому педиатру с жалобами на ухудшение аппетита, неустойчивый стул, периодическую рвоту, беспокойство.

Из анамнеза: Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности. Роды в срок, физиологичные, с массой 3200 г, длиной 54 см. На естественном вскармливании до 3-х месяцев. Острыми инфекционными заболеваниями не болела. Поликлинику посещает ежемесячно. Осмотрена ортопедом, невропатологом, окулистом в 1 мес., патологии не выявлено. Прибавка в массе за 1 мес. – 700 г, 2-ой мес. – 850 г, 3-й мес. – 800 г. На приеме в 3 мес. врач отметил начальные признаки рахита и назначил спиртовой раствор витамина Д₂, не указав дозу. Мать давала витамин Д₂ без строго отчета капель, за прошедший период девочка получила целый флакон препарата.

На момент осмотра масса тела составляет 6300, длина 60 см. ОГ – 40,5 см, гр.клетки – 41 см.

ЗАДАНИЯ:

Назовите факторы риска у данного ребенка по результатам анамнеза
Развитию какой патологии возможно у этого ребенка
Определите группу риска у ребенка на момент осмотра

ЗАДАЧА №5

Мальчик 6 мес. поступил в стационар для обследования.

Анамнез жизни: Ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсокозом в 1 половине. Роды в срок. Мальчик родился с массой 2950 г, длиной 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в род.зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 см, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипоплазией у матери. Вакцинация БУЖ в родильном доме, других прививок не проводили.

Семейный анамнез: мать – 29 лет, страдает экземой, отец – 31 год, страдает полинозом.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь «Агу-1»), у мальчика анна коже появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем изменились в. С 4 мес. проводилась частая смена молочных смесей

(«Фрисолак», «Энфамил», «Семилак», «Хумана»). На фоне чего кожные проявления заболевания усилились. В 5,5 мес. введен прикорм – овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул с неперевавшими комочками, слизью. Масса на момент осмотра 6500, длина 65 см. При оценке ПМР: мальчик узнает мать, находит глазами невидимый источник света. Захватывает всящую игрушку, но не удерживает ее. Долго лежит на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук. Не переворачивается со спины на живот и с живота на спину. Сидит с поддержкой, гулит подолгу.

ЗАДАНИЯ:

Назовите факторы риска у данного ребенка по результатам анамнеза

Развитию какой патологии возможно у этого ребенка

Определите группу риска у ребенка на момент осмотра

Задания для отработки практических умений

опрос пациента

сбор анамнеза жизни

сбор анамнеза заболевания

сбор аллергологического анамнеза

сбор социального анамнеза

сбор акушерского анамнеза

сбор эпидемиологического анамнеза

Модуль 4. «Профилактика и диагностика в хирургии»

«Местная хирургическая патология и её лечение. Раны»

Цели:

1. Учебная:

Студент должен иметь представление:

- о клинических проявлениях ран, основных видах осложнений при открытых повреждениях.

Студент должен знать:

- клинические признаки ран;

- виды ран;

- принципы оказания первой медицинской помощи при ранениях;

- принципы первичной хирургической обработки раны;

- фазы течения раневого процесса и «классическое» лечение инфицированной раны;

- меры профилактики раневых осложнений;

- виды заживления ран;

- меры экстренной профилактики столбняка.

Студент должен уметь:

- составлять набор для местного обезболивания (новокаином, хлорэтилом);

- составлять набор инструментов для ПХО раны;

- подавать стерильные инструменты и перевязочный материал врачу;

- самостоятельно производить туалет раны в условиях перевязочной;

- снимать швы с раны;

- оказывать первую медицинскую помощь при ранениях;

- осуществлять введение АС и ПСС;

- осуществлять сестринский процесс у пациентов с различными ранами.

2. Воспитательная:

2.1. Воспитывать у студентов интерес к предмету, чувство ответственности при изучении данной темы, как основы деятельности медицинской сестры в периоперативном периоде.

3. Развивающая:

3.1. Развивать у студентов умение анализировать, выделять главное, активизировать познавательную деятельность, направленную на систематизацию нового знания.

Ход

1. Организационный момент – 3 мин.

2. Постановка темы, плана и целей лекции- 5 мин.

3. Мотивация изучения нового материала – 3 мин.

План:

1. Определение понятия рана, виды ран, клинические признаки ран.

2. Фазы течения раневого процесса и «классическое» лечение инфицированной раны, виды заживления ран.

3. Принципы оказания первой медицинской помощи при ранениях, ПХО ран, меры профилактики раневых осложнений. Экстренная профилактика столбняка.

4. Обобщение и систематизация изученного материала – 3 мин.

5. Задание на дом – 2 мин.

Оборудование: Тематические таблицы, мультимедийное оснащение.

Литература:

Основная:

1. Учебник. «Сестринское дело в хирургии» под редакцией Н.В.Барыкиной, В.Г.Зарянской. издательство «Феникс» г. Ростов-на-Дону. 2007 г., глава-12.

2. Учебник. «Сестринское дело в хирургии». Практикум. Н.В.Барыкина, О.В.Чернова, под редакцией Карабухина. Б.В. издательство «Феникс» г. Ростов-на-Дону. 2008.г., стр.98-114

Дополнительная:

1. Гостищев В. К. Общая хирургия. М.: Медицина, 1993. С. 264-289.

История изучения и лечения ран уходит своими корнями в глубину веков. На протяжении столетий предложено огромное множество различных способов и методов лечения ран, которые легли в основу современных подходов и принципов лечения открытых повреждений – это, прежде всего хирургическая обработка раны, методы ее дренирования, способы закрытия раны и воздействия на раневую инфекцию.

Рана – механическое повреждение органов и тканей, сопровождающееся нарушением целостности кожи и слизистых оболочек (покровных тканей).

В оценке клинического течения раневого процесса, прогнозирований вида заживления, большое значение имеет правильный выбор ее критериев, объективная классификация, как определенной стадии заживления, так и характера самой раны.

Классификация ран

В основу классификации ран положены различные признаки.

1. По условиям возникновения раны делятся на 4 группы:

1. Хирургические (операционные) раны – наносимые при соблюдении правил асептики и антисептики, с учетом анатомо-физиологических особенностей, особенностей разъединяемых тканей, с использованием методов обезболивания.

2. Случайные раны, наносимые в различных условиях бытовой, производственной обстановки, уличная травма.

3. Раны, нанесенные в боевой обстановке. Во-первых, они отличаются от всех ран рядом характерных особенностей, во-вторых, они часто носят массовый характер.

4. Умышленные раны – нанесенные с суицидальной целью или членовредительства.

2. Классификация ран в зависимости от инфицирования:

1. Асептические раны.

2. Контаминированные или микробно-загрязненные раны:

- первично контаминированные;

- вторично контаминированные.

3. Инфицированная рана.

Асептическая рана – это понятие не столько микробиологическое, сколько клиническое. Оно обозначает, что в данных условиях опасность развития хирургической инфекции минимальна. К асептическим ранам относятся операционные раны не связанные со вскрытием гнойников. В этих ранах микрофлора либо отсутствует, либо высеваются непатогенные микроорганизмы в небольшом количестве (менее 1×10^2 микробных тел на 1 грамм ткани). Кроме того, в разряд асептических ран могут переходить случайные резаные раны мягких тканей вследствие «очистения» их от микробов, истекающей из раны кровью.

Микробно-загрязненная или контаминированная рана – это состояние, когда в рану попали микроорганизмы, но общие и локальные механизмы защиты способны сдерживать их на стадии инкубационного процесса и в ране никаких клинических признаков инфекционного процесса нет. Принято различать первичное и вторичное микробное загрязнение раны. Первичное загрязнение наступает в момент нанесения повреждения и характерно для травматических и огнестрельных ран. Вторичное загрязнение раны, как правило, связано с нарушением правил асептики во время перевязок и часто является проявлением внутрибольничной инфекции.

Вместе с тем, присутствие микробов в ране (патогенных) в количестве до 1×10^4 г/ткани еще не делает развитие инфекционного процесса или нагноения раны обязательным. Все случайные, умышленные раны и раны, полученные в боевой обстановке являются микробнозагрязненными.

Инфицированная рана – это рана, в которой происходит развитие инфекционного процесса, обусловленного нарушением равновесия между микробами, попавшими в рану и защитными силами организма, что проявляется клиническими симптомами воспаления. При этом микробы начинают размножаться в глубь жизнеспособных тканей, в лимфатические и кровеносные пути.

В экспериментальных и клинических условиях было установлено, что для развития инфекционного процесса в ране необходимо, чтобы общее количество микробов в 1 гр ткани превысило некий «критический уровень», который составил от 100.000 – 1.000.000 бактерий в 1 грамме ткани.

3. По механизму нанесения повреждения и характеру ранящего предмета выделяют раны:

1. Резаные.
2. Колотые.
3. Рубленые.
4. Ушибленные.
5. Рваные.
6. Раздавленные.
7. Скальпированные.
8. Размозженные.
9. Укушенные.
10. Огнестрельные.

Резаная рана – наносится острым предметом, характеризуется ровными краями, минимальным объемом поврежденных тканей, незначительным воспалением в краях раны, и невыраженными расстройствами трофики. При этом длина раны преобладает над ее глубиной.

Колотая рана отличается от резаной значительным преобладанием глубины над длиной, т.е. глубоким, узким раневым каналом, который нередко может проникать в различные полости организма и повреждать жизненно важные органы. Это обуславливает высокую опасность таких ран.

Рубленая рана возникает от удара тяжелым острым предметом, имеет большую глубину и большие размеры, чем раны резаные.

Ушибленная рана возникает от удара тупым предметом или при ударе о тупой предмет. Приводит к небольшим нарушениям целостности покровных тканей, но вызывает значительные расстройства трофики в краях поврежденных тканей в результате их ушиба, что приводит к их некрозу.

Рваная рана сопровождается разрывами кожи и подлежащих тканей, в том числе сосудов и нервов, что обуславливает обширные регионарные расстройства кровотока и иннервации.

Раздавленная рана – небольшие по площади дефекты кожи, образующиеся вследствие длительного действия тяжелого предмета. При этом все подлежащие ткани в зоне действия сдавливающего агента подвергаются разрушению.

Скальпированная рана характеризуется полной или частичной отслойкой кожи от подлежащих тканей. Такие раны возникают при попадании конечностей во вращающиеся механизмы машин, под колеса транспорта. Эти раны обычно сильно загрязнены.

Размозженные раны возникают под действием большой силы, вызывающей разрыв и размозжение тканей, при которых создаются условия для накопления и всасывания огромного количества токсинов в организм человека, что обуславливает тяжелый эндотоксикоз.

Укушенная рана образуется вследствие укуса животными или человеком, отличается обильным микробным загрязнением. Нередко через раневой дефект заносится яд и вирус бешенства, и другие опасные ингредиенты, в том числе и анаэробы.

Огнестрельная рана возникает в результате воздействия огнестрельных ранений пулями, осколками снарядов и др. предметами, имеющими высокую кинетическую энергию ранящего снаряда, что обуславливает сложную форму раневого канала, обширность зоны поражения, высокую степень микробного загрязнения.

Огнестрельная рана имеет три зоны повреждения:

1. Зона раневого канала в центре.
2. Зона ушиба тканей и первичного некроза по краям раневого канала.
3. Зона молекулярного сотрясения или вероятного вторичного некроза (вокруг зоны ушиба тканей).

Основной отличительной особенностью их является различный объем разрушения тканевых элементов в момент ранения, расстройство крово- и лимфооттока и иннервации в области краев раны. Раны резаные, колотые и раны рубленые относят к **ранам с малой зоной повреждения**, т.к. расстройство кровотока, лимфообращения и иннервации при такого рода повреждениях минимальны.

К **ранам с большой зоной повреждения** относятся раны ушибленные, рваные, раздавленные, скальпированные, разможенные, укушенные и огнестрельные. Все они характеризуются значительными расстройствами трофики в краях, обусловленными плохим кровообращением, нарушенным лимфооттоком и иннервацией, что осложняет их способность быстро заживать и почти всегда инфицироваться.

Кроме того, различают раны касательные, сквозные, слепые, проникающие и непроникающие в полости; с повреждением и без повреждения внутренних органов; одиночные, множественные, сочетанные и комбинированные.

При касательном ранении образовавшийся раневой канал не имеет одной стенки. **При слепом ранении** нет выходного отверстия, и раневой канал слепо заканчивается в тканях; **при сквозном ранении** имеются входное и выходное отверстия.

Проникающим называют ранение, при котором ранящий предмет попадает в какую-либо полость (плевральную, брюшную, суставную, полость сердца, камеры глаза, придаточные пазухи носа и др.).

Множественное ранение возникает при повреждении двух и более органов или областей тела несколькими агентами одного и того же вида оружия (пулями, осколками).

При сочетанном ранении имеется поражение двух и более органов или смежных областей одним и тем же ранящим предметом.

Комбинированное ранение возникает в результате действия на организм человека двух и более повреждающих агентов (механических, физических, термических, психических).

Клиническая картина ран складывается из ряда клинических симптомов, главными из которых являются:

1. **Боль.**

2. **Кровотечение.**

3. **Зияние.**

4. **Местные и общие функциональные расстройства.**

Боль момент ранения определяется повреждением рецепторов и нервных стволов, ее интенсивность зависит от локализации и вида раны, а так же от состояния пострадавшего. Пульсирующая боль, появившаяся в области раны спустя некоторый промежуток времени после ранения характеризует присоединение инфекционного процесса в ране.

Кровотечение зависит от характера и диаметра поврежденного при ранении сосуда. Наиболее интенсивны и опасны кровотечения из полостей сердца и крупных артериальных и венозных стволов.

Зияние – расхождение краев раны, связанное с эластическими свойствами кожи, более выражено в ране, расположенной перпендикулярно направлению эластических волокон кожи (лангеровских линий), носящих название гребешков кожи, мышечных и фасциальных волокон.

Функциональные расстройства при открытых повреждениях могут быть:

1. Местные, они обусловлены местом ранения и поврежденным органом.

2. Регионарные, вызванные нарушением крово- и лимфооттока и иннервации.

3. Расстройства, связанные с нарушением функций жизнеобеспечения (повреждение жизненно важных органов, развитие коллапса, шока).

4. Расстройства, связанные с присоединением хирургической инфекции, вторичной альтерацией (развитие эндотоксикоза, токсического шока).

Течение раневого процесса.

Совокупность биологических явлений, последовательно развивающихся в ране, принято называть раневым процессом. Раны различных областей и органов сходны по своим признакам и имеют общие закономерности развития и течения раневого процесса.

Клиническое течение раневого процесса определяется зоной повреждения, степенью микробного загрязнения раны, иммунологическими особенностями организма и обычно заканчивается заживлением раны.

Длительное время в клинической практике преобладала классификация И.Г. Руфанова (1954), разделявшая течение раневого процесса на две фазы: первая фаза – гидратация, переход геля в золь, очищение раны от мертвых тканей; вторая фаза – фаза дегидратации, гранулирования и регенерации, которая характеризуется дегидратацией тканей.

В настоящее время общепризнанная классификация течения раневого процесса предложенная R. Ross (1968), который выделяет три фазы:

1. **Воспалительная фаза.**

2. **Фаза пролиферации.**

3. **Фаза реорганизации и ремоделирования рубца.**

1. Воспалительная фаза продолжается около 3-5 суток. Это фаза направлена на очищение раны от нежизнеспособных тканей, продуктов их распада и подготовку поврежденных тканей к процессу заживления дефекта.

Первый период этой фазы отражает систему последовательных сосудистых реакций, характеризующих механизм острого воспаления.

При этом важную роль играют вещества, катализирующие сосудистую реакцию:

1. Протеаза – плазмин, калликреин, глобулиновый фактор проницаемости;

2. Полипептиды – лейкотоксин, брадикинин, каллидин;

3. Амины – гистамин, серотонин.

Одновременно происходит местная геностатическая реакция, локализирующая воспалительную реакцию в пределах тканей, окружающих рану. Активное участие при этом принимают мастоциты, нейтрофилы, макрофаги.

2. Вторая фаза – пролиферативная фаза начинается с 3-4х суток после нанесения ранения. Длится до 14-28 дней с момента ранения, в зависимости от локализации и величины раны. Она тем короче, чем меньше были повреждены при ранении клетки и ткани.

Характеризуется преобладанием процессов гранулирования. Грануляция – это молодая соединительная ткань, которая содержит большое количество клеточных элементов, способных к пролиферации. Улучшается трофика тканей, происходит вращание новых капилляров во вновь образованные ткани, улучшаются процессы микроциркуляции, уменьшается отек тканей. Метаболические процессы опять сдвигаются в сторону анаболизма. **В заживающей ране формируются следующие слои грануляционной ткани:**

1. Поверхностный слой – лейкоцитарно-некротический.

2. Слой капиллярных петель с гистиоцитами и полибластами.

3. Слой вертикальных сосудов с фибробластами.

4. Созревающий слой – вертикальные сосуды с фибробластами и коллагеновыми волокнами (примерное соотношение фибробластов и коллагена 4:1)

5. Слой горизонтальных сосудов – горизонтально расположенные сосуды по отношению к раневому каналу с фибробластами и коллагеном (соотношение которых 1:1).

6. Слой фиброзной ткани, среди которой имеются фибробласты и фиброциты (соотношение которых 1:6; 1:8).

3. Третья фаза – фаза регенерации. В зависимости от того как происходило заживление раны (первичным или вторичным натяжением), либо наблюдается эпителизация раны путем наползания эпителия с краев раны (происходит заживление под струпом или первичным

натяжением), либо формируется грубый соединительнотканый рубец (происходит заживление вторичным натяжением). **Фаза регенерации - это образование морфологического последовательного развития фиброзной ткани (рубцовой) следующая:**

1. Коллаген структурируется в волокна.
2. Волокна структурируются в пучки.
3. Пучки коллагеновых волокон гиалинизируются и превращаются в фиброзную ткань.

Так безо всякого перехода начинается третья фаза течения раневого процесса – фаза реорганизации и ремоделирование рубца.

Виды заживления

В зависимости от объема образующейся грануляционной ткани и времени заживления клиницисты выделяют 3 вида заживления ран:

1. Заживление первичным натяжением.
2. Заживление под струпом.
3. Заживление вторичным натяжением.

1. Заживление первичным натяжением – это такой процесс, когда в ране отсутствуют нежизнеспособные ткани, т.е. рана является с малой зоной повреждения, количество микробных тел меньше $1 \times 10^5 - 1 \times 10^6$ в 1 см^3 ткани, края раны плотно соприкасаются, а резистентность макроорганизма высокая. В этих условиях петли вновь образующихся капилляров в краях раны переплетаются между собой, а формирующийся один ряд грануляционной ткани обеспечивает быстрое и надежное заживление раны в течение **6-8 дней**.

2. Заживление под струпом - является разновидностью заживления раны первичным натяжением. Так заживают поверхностные раны, которые покрываются корочкой, состоящей из свернувшейся или высохшей крови, лимфы, детрита клеток. Этот струп (корочка) защищает рану от вторичной контаминации и неблагоприятных воздействий внешней среды. Поскольку дефект тканей при этом небольшой, образующийся один слой грануляционной ткани восполняет его. Одновременно с образованием грануляций происходит размножение покровного эпителия и наступает эпителизация. Корочка при этом отпадает самостоятельно к **6-8 суткам**, когда под ней уже образуется кожный, белесоватый рубец.

3. Вторичным натяжением - заживают раны с большой зоной повреждения, содержащие нежизнеспособные ткани; раны инфицированные, в которых происходит процесс развития хирургической инфекции; зияющие раны, в которых их края находятся на значительном удалении друг от друга. В этих условиях рана выполняется многослойной грануляционной тканью и заживление затягивается на длительный срок – **2-3 недели** и более. При вторичном заживлении эпителизация отсутствует до тех пор, пока полностью не завершится замещение раневого дефекта грануляциями до уровня кожи.

Прочность рубцовой ткани по отношению к исходной прочности ткани:

- на 3-4 день составляет около 10%;
- на 5-6 день составляет около 30-40%
- на 7-9 день составляет около 50-60%
- на 14-15 день составляет около 80-85%

Особенности регенерации клеток и заживление поврежденных тканей:

1. Нейрон не регенерируется. Нервное волокно регенерирует очень медленно - 1-2 мм в сутки.
2. Мышцы – истинная регенерация возможна при небольших повреждениях, при наличии дефекта заживление осуществляется рубцеванием.
3. Сухожилия заживают через образование рубца.
4. Хрящи – при повреждении волокнистого рубца происходит его регенерация; гиалиновые хрящи заживают через рубцевание.
5. Кости хорошо регенерируют.
6. Паренхиматозные органы – возможна регенерация истинная и ложная; дефекты органов заживают рубцеванием.
7. Кровеносные сосуды: капилляры и мелкие сосуды регенерируют быстро, крупные (эластические, мышечно-эластические) заживают рубцом. Возможна трансформация мелких сосудов в крупные и восстановление кровотока за счет коллатерального кровоснабжения.
8. Лимфатические капилляры и ретикулярные сосуды регенерируют, тункулярные сосуды с клапанным аппаратом образуются вследствие трансформации ретикулярных сосудов в течение 3-4 месяцев.
9. Эпителий, эндотелий, мезотелий регенерирует довольно быстро.

Общие принципы лечения ран

При лечении случайных ран следует стремиться к тому, чтобы заживление раны происходило первичным натяжением. Это предусматривается проведением первичной хирургической обработки раны. **На этапе первой помощи** необходимо добиться остановки кровотечения, рану закрывают асептической повязкой. Если имеются повреждения костноаппарата, производят шинирование. **На этапе квалифицированной врачебной помощи** проводят окончательную остановку кровотечения и выполняют хирургическую обработку раны. **Целью лечебных мероприятий при наличии раны является восстановление в кратчайшие сроки первоначальной формы и функций поврежденного органа и ткани.**

Для того, чтобы добиться поставленной цели необходимо решить ряд задач: осуществить окончательную остановку кровотечения, предупредить развитие раневой инфекции или подавить уже развившийся инфекционный процесс в ране; при наличии соответствующих показаний и условий выполнить частичное или полное восстановление нарушенных и анатомических соотношений тканей.

Лечение больных с открытыми повреждениями представляет собой систему мероприятий, включающую в себя первую медицинскую помощь, хирургическую обработку раны, комплекс мер, направленных на повышение резистентности организма, предупреждение инфекции или борьбу с ней и другими осложнениями, применение методов физиотерапии, лечебной физкультуры и др. Степень использования этих мероприятий, их последовательность, время выполнения определяются характером и локализацией раны и состоянием больного, а в военное время – боевой и медицинской обстановкой.

Выделяют:

1. Оперативный метод лечения ран.
2. Консервативный метод лечения ран.
3. Комбинированный метод лечения ран.

Хирургическое и медикаментозное лечение гнойной раны не являются конкурирующими или взаимозаменяющими методами лечения. Их нужно рассматривать только как взаимодополняющие компоненты комплексной терапии гнойной раны. Лишь в редких случаях, при незначительной степени развития гнойного процесса, удастся добиться эффекта только с помощью антибактериальной терапии или каких-либо химиопрепаратов. Точно также лечение нагноившейся раны редко ограничивается оперативным лечением без направленной антибиотикотерапии. И все же, в подавляющем большинстве случаев, лишь оперативное лечение может обеспечить необходимые условия для оптимального течения раневого процесса и заживления раны первичным натяжением. Адекватное хирургическое вмешательство создает и наилучшие условия для действия антибактериальных средств, ликвидируя возможности для развития раневой микрофлоры.

1. Оперативный метод лечения ран

Основой оперативного метода лечения ран является **хирургическая обработка раны** – оперативное вмешательство с применением режущих инструментов, направленное на предупреждение или лечение раневой инфекции, остановку кровотечения, частичное или полное восстановление анатомических соотношений поврежденных тканей.

Хирургическая обработка подразделяется на **частичную (неполную) и полную**. В принципе, хирургическая обработка должна быть полной, т.е. обеспечивать для данных конкретных условий предупреждение или ликвидацию хирургической инфекции, окончательную остановку кровотечения, частичное или полное восстановление анатомических соотношений поврежденных тканей. Хирургическая обработка, в зависимости от характера повреждения, срока, прошедшего после ранения, наличия или отсутствия раневой инфекции, может быть выполнена различными техническими приемами:

1. Рассечение раны.
2. Рассечение с частичным иссечением раны.
3. Частичным иссечением раны.
4. Полным иссечением раны.

Компоненты (составные части) хирургической обработки (ПХО)

1. Ревизия раны (часто сочетается с рассечением ее краев).
2. Временная остановка кровотечения.
3. Удаление инородных тел.
4. Иссечение нежизнеспособных тканей.
5. Окончательная остановка кровотечения.
6. Промывание раны.
7. Наложение швов или (и) дренирование раны.

Хирургическая обработка раны, в принципе, никогда не ликвидирует полностью микробное ее загрязнение, но уменьшает количество микробных тел в 1 см³ ткани на 2-3 порядка.

Современная классификация хирургической обработки ран.

Первое по счету оперативное вмешательство у пострадавшего по поводу данного ранения называется *первичной хирургической обработкой*.

Повторное оперативное вмешательство у пострадавшего по поводу данного ранения называется *вторичной хирургической обработкой*.

Цель и задачи первичной и вторичной хирургической обработки одни и те же. Наиболее часто вторичная хирургическая обработка ран производится в тех случаях, когда первичная обработка оказалась неэффективной. Поэтому частота вторичной хирургической обработки является своеобразным критерием уровня квалификации сотрудников данного лечебного учреждения.

Существует две классификации хирургической обработки ран, в основе одной из них лежит временной критерий (планово-организационная классификация), в основе другой – состояние раневого процесса.

Планово-организационная классификация хирургической обработки ран.

1. Первичная обработка (первая по счету).

- 1.1. **Ранняя** – операция, выполняемая в первые 24 часа после ранения.
 - 1.2. **Отсроченная** – операция, выполняемая в сроки 24-48 часов после ранения, при условии назначения антибактериальных препаратов с профилактической целью.
 - 1.3. **Поздняя** – операция, выполняемая спустя 24 часа после ранения, если не проводилась антибактериальная терапия или спустя 48 часов, если таковая проводилась.
- 2. Вторичная обработка – вторая операция, выполняемая по поводу данного ранения.**
- 3. Повторная вторичная обработка – операция, выполняемая повторно при неэффективности вторичной хирургической обработки.**

Клиническая классификация хирургической обработки ран

1. Первичная обработка

1.1. Ранняя – операция, выполняемая до развития раневой инфекции. Эта операция интегрально включает отсроченную первичную обработку, поскольку она тоже выполняется до развития раневой инфекции.

1.2 Поздняя – операция, выполняемая в условиях развившейся раневой инфекции.

2. Вторичная обработка – вторая (третья, четвертая...) операция по поводу данного ранения, выполняемая при неэффективности первичной хирургической обработки или развитии вторичных изменений в ране. Следовательно, все повторные оперативные вмешательства у пациента по поводу данного ранения с клинической точки зрения относятся к вторичной хирургической обработке. В целях ускорения заживления раны, уменьшения ее площади широко применяется наложение швов.

Классификация швов в зависимости от сроков их наложения.

1. Первичные швы накладываются сразу после хирургической обработки раны;

Показания к первичным швам:

- в ране не должно быть некротических тканей и инородных тел;
- стабильный (надежный) гемостаз;

2. Отсроченные первичные швы накладываются через **3-6 суток** после хирургической обработки раны.

Если после хирургической обработки остаются сомнения в жизнеспособности оставляемых тканей (огнестрельная рана), если рана исходно была значительно загрязнена (земля, органические вещества), если в ране остаются инородные тела, имеется нестабильный гемостаз или признаки развития раневой инфекции – такие раны оставляют открытыми, осуществляя дренаж и консервативное лечение. Через **3-6 дней**, при благоприятном течении раневого процесса (отсутствие вторичного некроза и признаков раневой инфекции), рана закрывается швами. Такие швы называются **отсроченными первичными швами**.

Провизорные швы – это один из методов технического выполнения отсроченных первичных швов. Сразу после хирургической обработки накладываются швы, но они не затягиваются и не завязываются, рана остается открытой. Осуществляют дренирование и консервативное лечение. При благоприятном течении раневого процесса лигатуры затягиваются, рана закрывается.

3. Вторичные швы могут быть ранними и поздними.

3.1. Ранние вторичные швы накладываются через **10-15 дней** после хирургической обработки раны. Если после хирургической обработки в ране возник вторичный некроз, такие раны, либо подвергаются вторичной хирургической обработке, либо ведутся консервативно до очищения раны и появления грануляций, затем накладываются швы, по возможности не повреждая грануляций.

3.2. Поздние вторичные швы накладываются через **20-30 и более дней** после ранения. Если в ране с большой зоной повреждения фаза очищения затягивается на **3-4 и более недель**, то образуется рубцовая ткань, фиксирующая края раны. Поэтому закрыть рану с помощью обычных швов не удастся. Производится иссечение рубцовой ткани, грануляций, освобождение краев, а затем послойное закрытие раны. При наложении вторичных швов обязательно выполняют дренирование раны трубчатым дренажом через отдельный разрез (прокол) кожи и тканей.

Факторы, определяющие характер и объем хирургического вмешательства при оперативном лечении ран:

1. Целевая установка – главная для данных условий задача.
2. Характер повреждения, в том числе наличие радиоактивного и токсического загрязнения раны.
3. Срок, прошедший после ранения.
4. Общее состояние больного.
5. Условия оказания помощи (квалификация хирурга, обстановка, учреждение, где оказывается помощь).

Общие принципы реализации хирургической обработки ран.

1. Раны с малой зоной повреждения, как правило, не иссекаются.
2. Раны с большой зоной повреждения, как правило, иссекаются.
3. Раны в области лица, головы, кисти, пальцев либо не иссекаются, либо проводится частичное иссечение.
4. В поздние сроки, в связи с развитием инфекционного процесса, рану полностью иссекать нельзя. В основе хирургической обработки в этих случаях лежит рассечение раны или рассечение с частичным иссечением некротических тканей.
5. Раны, загрязненные радиоактивными и токсическими веществами, по возможности, иссекаются полностью.
6. Огнестрельную рану полностью иссечь практически невозможно.
7. Первичная хирургическая обработка не показана при следующих огнестрельных ранах (В.А. Долинин, Н.П. Басенков, 1982; Ю.Г. Шапошников, 1984):
 - 7.1. Сквозные пулевые ранения мягких тканей конечностей с точечными входным и выходным отверстиями, при отсутствии отека и признаков повреждения крупного кровеносного сосуда.
 - 7.2. Пулевые и мелкоосколочные раны груди, если нет видимой гематомы, раздробления кости, открытого клапанного пневмоторакса или значительного гемоторакса.
 - 7.3. Поверхностные (не глубже подкожной клетчатки), часто множественные раны, полученные вследствие действия мелких осколков.

Особенности хирургической помощи при минно-взрывных повреждениях конечностей.

Минно-взрывные травмы характеризуются грубыми разрушениями всех тканей, значительной кровопотерей, тромбозами сосудов, загрязнениями токсическими продуктами взрыва не только в области повреждения, но и далеко за ее пределами, особенно проксимальной части пораженной конечности. Учитывая изложенной, имеются особенности оказания помощи подобным пострадавшим.

1. При минно-взрывных повреждениях конечности, вне зависимости от наличия кровотечения, обязательно накладывается жгут на расстоянии 8-10 см от линии повреждения.
2. Ампутация поврежденных частей конечности производится, как правило, после стабилизации основных параметров гемодинамики.
3. Ампутация выполняется как экстренное оперативное вмешательство не позже 3-4 часов по-сле ранения.
4. Жгут, наложенный при оказании первой помощи в целях остановки кровотечения и/или 5. предупреждения развития раннего эндотоксикоза, во время ампутации конечности не снимается.
6. Уровень ампутации конечности во всех случаях должен быть не менее 5-6 см выше уровня наложенного жгута.
7. Первичные швы при минно-взрывных травмах конечностей не накладываются.

Особенности обработки ран, загрязненных радиоактивными веществами.

1. До ревизии раны производятся: первичный дозиметрический контроль и промывание, кото-рое может обеспечить удаление из раны примерно 20% радионуклидов.
2. Удаление инородных тел является обязательным компонентом.
3. Иссечение раны производится по возможности полностью (края и дно).
4. После завершения хирургической обработки производится вторичный дозиметрический контроль.
5. При неэффективности хирургической обработки раны производится повторная хирургическая обработка.
6. При достаточной эффективности обработки рана обязательно должна быть закрыта первичными или отсроченными первичными швами.

2. Компоненты (способы) консервативного лечения ран.

1. Туалет раны и ее закрытие (повязка, коагулирующие вещества, медицинский клей, клеол, лейкопластырь, наложение швов).
2. Очищение раны: гипертонические растворы, протеолитические ферменты, гидрогели; проточная, вакуумная, ультразвуковая кавитация.
3. Антибактериальная терапия – антибиотики, антисептики.
4. Стимуляция регенерации – местная, общая.
5. Гипербарическая оксигенация.
6. Применение аэротерапевтических установок (АТУ) – высушивание некротических тканей проточным теплом, сухим очищенным воздухом.
7. Гипотермия – лечение в регулируемой абактериальной среде.
8. Применение радиопротекторов в стадии первичной лучевой реакции или в латентный период лучевой болезни.

3. Комбинированный метод лечения – наиболее распространенный и наиболее эффективный, он включает в себя оперативный метод и элементы консервативного. Как правило, лечение начинается с оперативного метода, а потом назначается консервативная терапия. В других случаях лечение начинается с консервативного, но на каком-то этапе включается оперативное, а затем снова консервативное лечение.

Основные принципы лечения ран, осложнившихся инфекционным процессом.

1. Хирургическая обработка раны, дренирование.
2. Местное и общее воздействие на возбудителей инфекционного процесса: антибиотики, антисептики, иммунопрепараты.
3. Система комплексной детоксикации: гемодилюция, форсированное выведение, связывание, нейтрализация, разрушение токсинов, метаболитов, биологически активных веществ.
4. Регуляция метаболизма: анаболические стероиды (ретаболил, феноболин), переливание глюкозы с инсулином, белковых препаратов (смеси аминокислот, гидролизаты, альбумин, плазма).
5. Регуляция водно-электролитного баланса.
6. Стимуляция иммунологической и неспецифической устойчивости организма.

Воздействие на течение раневого процесса при гнойных ранах.

Лечение проводится соответственно фазам раневого процесса.

1. В фазу воспаления проводят местное лечение: ежедневно делают перевязки с применением всего спектра механических, физических, химических методов антисептики. При показаниях (обильной экссудации) проводят более частые перевязки. Поврежденный участок иммобилизуют, проводят дезинтоксикационную и антибактериальную терапию. Антибиотики назначают с учетом чувствительности выделенной микрофлоры, длительность курса – до 3 суток нормальной температуры.

2. В фазу пролиферации, когда уже нет экссудата и рана заполнена грануляциями, местное лечение делают более щадящим. Перевязки уряжают (чтобы не травмировать грануляционную ткань), рану не промывают. Применяются гипертонические растворы, мазь

Вишневого, мази, способствующие регенерации тканей метилурациловую, актовегиновую, гидрогели, протеолитические ферменты, УВЧ, различные способы кавитации, лазерная и плазменная обработка раны.

3. В фазу регенерации активное лечение не показано, целесообразна стимуляция регенерации и эпителизации, защита раны от повреждения.

Особенности течения и лечения различных видов ран

Резанная рана (если нет инфекции) в норме всегда заживает первичным натяжением, поскольку соблюдаются все условия. Рубленые, ушибленные и тем более рваные раны заживают вторичным натяжением. Поэтому все эти виды ран переводят в резаные путем проведения первичной хирургической обработки.

Укушенные раны. Особенностью укушенных ран, нанесенных животными, является то, что они обильно загрязнены слюной. Слюна животных содержит большое количество гноеродной флоры, но гнойный процесс мало отличается от обычного. Укусы кошек к тому же могут сопровождаться явлениями аллергии, поскольку кошачьи белки являются сильным аллергеном. При сочетании укусов и царапин может развиваться специфическое воспалительное заболевание – фелиноз. Укусы человека при отсутствии лечения протекают очень тяжело. В слюне человека большое количество анаэробных микроорганизмов, и потому, если развивается воспаление, оно носит гнилостный характер. К тому же микроорганизмы, выделенные от человека, обладают устойчивостью ко многим антибиотикам.

Огнестрельные раны. Тяжесть ранения зависит от вида заряда и его кинетической энергии. Огнестрельная рана характеризуется тем, что в ней выделяют несколько зон повреждения ткани.

1. Собственно раневой канал, который формируется снарядом. Содержит сам снаряд, частицы пороха, пороховые газы, фрагменты одежды, сгустки крови.

2. Зона первичного некроза тканей вокруг раневого канала. Она формируется из-за раздавливающего эффекта пулевой волны.

3. Зона молекулярного сотрясения. Это зона повреждения клеток, в которой нарушается микроциркуляция и развиваются некробиотические процессы. Это состояние потенциально обратимо, но чаще всего события развиваются в неблагоприятном направлении, зона некроза расширяется. Особенностью ведения огнестрельной раны являются, широкое рассечение по всему ходу раневого канала и удаление некротизированной ткани. В мирное время можно накладывать первичные швы. В военных условиях накладывают первично-отсроченные швы.

«Хирургические заболевания головы, лица, полости рта»

Цели Учебная:

Студент должен иметь представление:

- о видах врожденной и приобретенной хирургической патологии головы, полости рта и методах её коррекции.

Студент должен знать:

- методы обследования больных с хирургической патологией головы, лица, полости рта;

- основные виды хирургической патологии головы (деформации, дефекты, воспалительные заболевания), особенности их лечения.

Студент должен уметь:

- выявлять хирургическую патологию головы, лица и полости рта;

- оказывать первую помощь и транспортировку в хирургическое отделение;

- осуществлять основные диагностические приемы в соответствии с планом обследования;

- выполнять назначения врача по уходу за пациентом в до- и послеоперационном периоде, накладывать повязки на голову ("чепец",

"узdecka", на один и оба глаза, на ухо, на затылок и шею, пращевидную на подбородок);

- проводить пальцевое прижатие сонной и височной артерий.

2. Воспитательная:

2.1. Воспитывать у студентов интерес к предмету, чувство ответственности при изучении данной темы, как основы хирургической деятельности медсестры в ЛПУ.

3. Развивающая:

3.1. Развивать у студентов умение анализировать, выделять главное, активизировать познавательную деятельность, направленную на систематизацию нового знания.

Ход

1. Организационный момент – 3 мин.

2. Постановка темы, плана и целей лекции- 5 мин.

3. Мотивация изучения нового материала – 3 мин.

План

1. Методы обследования больных с хирургической патологией головы, лица, полости рта.

2. Основные виды хирургической патологии головы (деформации, дефекты, воспалительные заболевания), особенности их лечения.

3. Тактика фельдшера при оказании неотложной помощи больным с ЧМТ на догоспитальном этапе.

4. Обобщение и систематизация изученного материала – 3 мин.

5. Задание на дом – 2 мин.

Оборудование: Тематические таблицы, мультимедийное оснащение.

Литература:

Основная:

1. Учебник. «Сестринское дело в хирургии» под редакцией Н.В. Барыкиной, В.Г. Зарянской. издательство «Феникс» г. Ростов-на-Дону. 2007 г., раздел №3, глава-14.

2. Учебник. «Сестринское дело в хирургии». Практикум. Н.В. Барыкина, О.В. Чернова, под редакцией Карабухина. Б.В. Издательство «Феникс» г. Ростов-на-Дону. 2008 г., стр. 245-254.

Дополнительная:

1. Гостищев В. К. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии. М.: Медицина, 1987. С. 170-177.

Хирургические заболевания головы, лица, полости рта.

Методы обследования

1. Объективные методы.

Опрос. Учитываются сведения, полученные от больного (при наличии сознания), родственников, сопровождающих лиц, а при травме и свидетелей происшествия. Ценные данные можно получить от медицинского персонала, оказавшего первую доврачебную или врачебную помощь и доставившего пациента в больницу. Чрезвычайно важны такие признаки, как нарастание брадикардии, урежение дыхания, подъем температуры, так как они свидетельствуют о тяжелом прогрессирующем поражении головного мозга. При сборе анамнеза необходимо уделять внимание сопутствующим заболеваниям, так как сосудистые новообразования, аневризмы, опухоли мозга могут осложняться внутричерепным кровотечением даже при незначительной травме головы.

Осмотр. При осмотре области лица нетрудно диагностировать врожденные дефекты верхней губы (заячья губа), воспалительные

заболевания (рожистое воспаление, фурункул, карбункул), доброкачественные (атерома, липома) и опухоли наружной локализации (кожи лица, губ, языка). Западение глазного яблока (энофтальм), сужение зрачка (миоз) и сужение глазной щели за счет птоза верхнего века носит название синдрома Горнера и связано со сдавлением симпатического нерва в области шеи (опухоль, метастазы, зоб, аневризма, натечный абсцесс). Односторонний экзофтальм свидетельствует о патологическом процессе в глазнице (опухоль глазницы, ретробульбарная гематома, тромбоз вен). Необходимо оценить состояние конъюнктивы (кровоизлияние, воспаление), роговицы, форму зрачка, его размеры, реакцию на свет. При травмах и воспалительных заболеваниях следует определить размеры припухлости (гематома, отек), а также динамику процесса, склонность к распространению или рассасыванию. При фурункуле, карбункуле необходимо оценить состояние лицевых вен. Гиперемия, болезненное уплотнение по ходу вены свидетельствуют о тромбозе и требуют немедленного лечения. При травмах необходимо тщательно осмотреть кожные покровы волосистой части головы, так как можно легко просмотреть ранение кожных покровов, так и перелом костей черепа. Кровотечение из ушей и носа в сочетании с бессознательным состоянием свидетельствует о тяжелой черепной травме, переломе основания черепа. Для осмотра внутренней поверхности губ между I и II пальцами обеих рук захватывают наружные участки нижней губы и отворачивают ее книзу. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки, наличие язвенных дефектов и уплотнений (опухоль), воспалительных изменений (стоматит). Тщательно осматривают десны, определяют состояние зубов, отмечают количество недостающих и кариозных зубов. У больных с сепсисом на слизистой оболочке рта иногда обнаруживают кандидозный стоматит (молочница) в виде множества белых налетов, по виду напоминающих островки створоженного молока. Такая же картина наблюдается при передозировке антибиотиков, приводящей к возникновению кандидоза.

Необходимо оценить состояние языка — наличие налета, влажности, атрофии сосочков (при авитаминозах и опухолях), язв и дефектов слизистой оболочки. На языке встречаются так называемые лейкоплакии (серовато-белые плоские утолщения различной формы), которые могут привести к развитию рака. Для осмотра дна полости рта язык приподнимают, обращают внимание на наличие просвечивающих ретенционных слизистых кист, длину уздечки языка. Короткая уздечка мешает ребенку сосать молоко. При осмотре можно обнаружить воспаление дна полости рта (ангина Людвига).

Пальпация. Ощупывание дает возможность установить распространение патологического процесса. Давлением пальцами на лобную кость можно определить воспаление в лобных синусах. Пальпация верхней и нижней челюсти позволяет определить подвижность отломков зубов — патологическую подвижность при переломах. При обширных гематомах и воспалительном отеке для выяснения состояния глазного яблока большими пальцами обеих рук осторожно раздвигают набухшие веки.

Дополнительные методы. Ведущее значение имеют классические рентгенологические методы. При травмах, подозрении на воспалительные процессы, опухоли головного мозга выполняют рентгенограммы черепа обязательно в двух проекциях — прямой и боковой. Большое значение имеет исследование спинномозговой жидкости, забор которой осуществляется с помощью иглы Бира с мандреном. Пункцию спинномозгового канала проводят на уровне III — IV поясничных позвонков. Для уточнения диагноза проводят эхо-энцефалографию головного мозга с целью выявления внутричерепных гематом; компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию для определения опухолей мозга, гематом; электроэнцефалографию для установления поражения коры головного мозга при черепно-мозговых травмах; электромиографию для регистрации работы мышц. Ангиографию используют для выявления сосудистых поражений головного мозга.

1. Врожденные пороки развития

Врожденные пороки развития возникают в процессе внутриутробного развития плода. Нередко врожденные дефекты передаются по наследству. Рассмотрим наиболее часто встречающиеся пороки.

Расщелина верхней губы («заячья губа») — один из наиболее часто встречающихся пороков развития с частотой 1 случай на 1000 новорожденных. Встречается одно- или двухсторонняя вертикальная расщелина губы, которая обезображивает лицо, нарушает сосание молока (отсутствие вакуума в ротовой полости), глотание и может привести к аспирации молока и развитию тяжелой пневмонии. Новорожденные плохо сосут молоко, поперхиваются, грудное вскармливание часто становится невозможным. Пластическая операция проводится у детей в первые 3 суток после рождения. При наличии противопоказаний (пневмония, родовая травма, недоношенность) ее откладывают до 3 мес.

Расщелина твердого нёба и верхней челюсти («волчья пасть») также относится к частым порокам развития. Ребенка приходится кормить с ложки, используя плавающий obturator из пластмассы, который разъединяет полость носа и рта. С возрастом у таких детей нарушается фонация, речь становится гнусавой, невнятной, значительно понижается слух. Пластическую операцию по закрытию нёба следует выполнять в возрасте 2 — 4 лет.

Макростомия («большой рот») — незаращение углов рта — сопровождается постоянным слюнотечением и раздражением кожи слюной. Хирургическое лечение проводится в возрасте старше 1 года.

Колобома — косая боковая щель, идущая от внутреннего угла глаза к верхней губе. Она может быть одно- или двухсторонней. Помимо косметического дефекта часто развиваются конъюнктивиты, может нарушаться процесс вскармливания ребенка. Хирургическое лечение проводят в возрасте 1 года. К порокам развития мозгового скелета относят **черепно-мозговую грыжу, гидроцефалию, краниостеноз**. Черепно-мозговая грыжа — редкий порок развития, при котором через дефекты в костях черепа пролабируют оболочки мозга, а иногда и его вещество. При осмотре ребенка определяется опухолевидное образование, покрытое кожей, безболезненное при пальпации. Наиболее частая локализация грыжи — область переносицы, у внутреннего угла глаза или в затылочной области. Хирургическое лечение проводят в возрасте 1 — 3 лет.

Гидроцефалия — расширение желудочков мозга и субарахноидального пространства за счет избыточного количества ликвора. При рождении отмечается увеличение окружности черепа, истончение и расхождение костей скелета, выраженная подкожная венозная сеть, выбухание родничков. Могут быть неврологические расстройства. Лечение начинают с консервативных мероприятий (снижают внутричерепное давление). При прогрессирующей гидроцефалии выполняют операцию.

Краниостеноз — недостаточные размеры черепа, препятствующие развитию головного мозга. При этом нарушается рост костей черепа и происходит преждевременное закрытие швов. У больных развивается прогрессирующая гидроцефалия и атрофия мозга. Хирургическое лечение направлено на увеличение объема черепа.

2. Поверхностные травмы черепа и головного мозга

Все травмы черепа и головного мозга можно разделить на поверхностные и глубокие. К **поверхностным** относят ушибы и ранения мягких тканей. К **глубоким** (черепно-мозговые травмы) относят закрытую и открытую черепно-мозговую травму.

Ушибы мягких тканей головы

Клиническая картина. Ушибы мягких тканей головы возникают при ударе по ней твердым предметом. При этом могут повреждаться сосуды и образуются подкожные и подпапневротические гематомы. Последние распространяются на значительные расстояния, имеют разлитой характер с флюктуацией в центре. Подкожные гематомы выступают над окружающей кожей, четко отграничены от окружающих тканей.

Тактика. Фельдшер накладывает давящую повязку. Холод применяют в течение 1-х суток.

Лечение. Основное лечение консервативное: давящая повязка, покой, тепловые процедуры со 2-х суток после травмы. При больших гематомах проводится пункция толстой иглой и удаление крови, а затем накладывается асептическая давящая повязка. При нагноении

гематомы вскрывают и дренируют.

Ранение мягких тканей головы

Клиническая картина. Раны мягких тканей головы характеризуются некоторыми особенностями: обильное кровотечение, даже при незначительных повреждениях; зияние краев, если рассечен апоневроз; отслойка мягких тканей при ушибленных ранах. При попадании волос в движущиеся механизмы возникают обширные скальпированные раны, когда вместе с волосами отрывается значительная часть кожных покровов.

Тактика. Фельдшер оказывает такую же помощь, как при ранах любой локализации. Кожную поверхность скальпированного лоскута следует смазать йодом, завернуть в стерильную салфетку; если он оторвался, поместить в полиэтиленовый мешок и опустить его в другой мешок, заполненный холодной водой, снегом или кусочками льда. В подвешенном состоянии лоскут доставляют в стационар вместе с пациентом для последующего подшивания.

Лечение. Основной метод лечения ран — первичная хирургическая обработка. Операция завершается наложением швов. Обязательна иммунизация против столбняка.

Глубокие травмы черепа и головного мозга

Основными причинами глубоких травм черепа и головного мозга являются дорожно-транспортные происшествия (75 %), падение с высоты, уличные травмы, различные агрессии. Черепно-мозговая травма характеризуется высоким уровнем летальности (при тяжелых травмах головного мозга достигает до 80 %). К закрытым травмам относятся черепно-мозговые повреждения, при которых отсутствуют нарушения целостности мягких тканей покровов головы. Если же они имеются, их расположение не совпадает с проекцией перелома костей черепа. **Основными признаками травм являются:** потеря сознания, головная боль, тошнота, рвота, ретроградная амнезия (потеря памяти на события, связанные с травмой).

Сотрясение головного мозга. Наиболее частый и наименее тяжелый клинический синдром повреждений — сотрясение головного мозга — возникает при падении на затылок, ударе тупым предметом по нефиксированной голове и транспортной аварии.

Клиническая картина. Возникает острое нарушение сознания, продолжительность которого исчисляется от нескольких секунд до нескольких минут. По тяжести выделяют три степени сотрясения. Часто наблюдаются рвота, обычно однократная, тошнота, бледность кожных покровов, сменяющаяся иногда гиперемией, в легких случаях тахикардия, тахипноэ, в тяжелых случаях брадикардия, брадипноэ. Пострадавшие жалуются на головную боль, головокружение, тяжесть в голове, шум в ушах, боль в глазах яблоках и в области лба, усиливающуюся при ярком свете и движении глаз (симптом Манна — Гуревича). При сборе анамнеза у больного обнаруживается характерная ретроградная амнезия. В области ушиба часто возникает ограниченная припухлость на месте подапоневротической гематомы, мягкая в центре и с плотным валиком по окружности.

Тактика. На протяжении нескольких дней после травмы больные обычно жалуются на головные боли, головокружение, приливы крови к голове, чувство жара, потливость, сердцебиение, бессонницу, раздражительность и легкую утомляемость.

Пострадавшему создают покой, укладывают на спину, под голову подкладывают ватно-марлевый круг или подушку. В положении лежа больного, транспортируют в нейрохирургическое отделение, на голову прикладывают холод. При выраженном возбуждении больного необходимо ввести 2 — 4 мл 0,5% раствора реланиума (седуксена, сибазона).

Лечение. Проводят дегидратационную терапию введением гипертонических растворов глюкозы, хлорида натрия, 25 % раствора сульфата магния, диуретических и седативных препаратов. Постельный режим определяется индивидуально в зависимости от регрессии симптомов и нормализации гемодинамики. Выздоровление, как правило, наступает через 10 — 20 суток после травмы.

Ушиб головного мозга.

Это тяжелая форма повреждений мозговой ткани в виде размозжений, размягчений и кровоизлияний.

Клиническая картина. Клиника складывается из картины сотрясения и очаговых неврологических явлений (парезы, параличи, патологические глазные рефлексы), наличия или отсутствия «светлого промежутка». Ушиб головного мозга можно разделить на три степени. **Легкая степень** по сравнению с сотрясением характеризуется большей продолжительностью выключения сознания, наличием негрубой очаговой неврологической травмы.

При **средней степени** наблюдаются выраженная очаговая симптоматика, появление негрубых преходящих нарушений жизненно важных функций.

Ушиб головного мозга **тяжелой степени** характеризуется длительностью сопорозно-коматозного состояния (до нескольких суток), грубой очаговой симптоматикой (парезы, параличи, нарушение глотания, речи, зрения, слуха, патологические глазные рефлексы), отсутствием светлого промежутка, тяжелыми нарушениями функций дыхания, сердечной деятельности и угрожающим жизни течением острого периода.

Тактика. Пострадавшего необходимо уложить на бок или живот с возвышенным головным концом. Под голову подкладывают ватно-марлевый круг или подушку. На голову кладут холод, проводят дегидратационную терапию (внутривенное введение 20 мл 40% раствора глюкозы), вводят обезболивающие и десенсибилизирующие препараты (анальгин, димедрол). Наркотические анальгетики противопоказаны. При появлении судорог или возбуждении больному необходимо ввести 2 — 4 мл 0,5 % раствора седуксена (реланиума). При необходимости проводят мероприятия по поддержанию дыхания и сердечной деятельности. При бессознательном состоянии необходимо осмотреть и очистить полость рта, принять меры по профилактике от западения языка и аспирации рвотных масс (фиксируют язык языкодержателем или прошиванием).

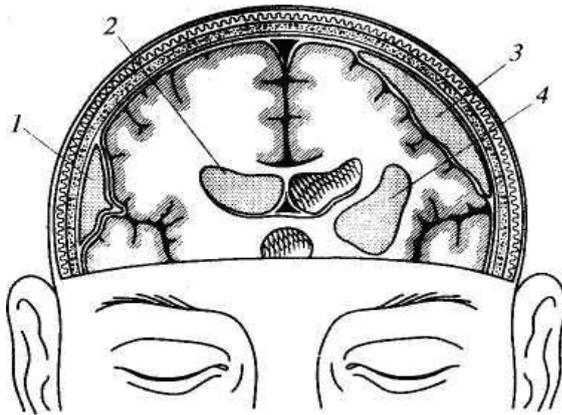
Пострадавшего экстренно госпитализируют в нейрохирургию или реанимацию.

Лечение. В 1-е сутки применяют холод на голову, покой. При тяжелом ушибе мозга лечение направлено на устранение дыхательной недостаточности и гипоксии мозга, явления отека мозга и уменьшение внутричерепной гипертензии, устранение или предупреждение гипертермии, борьбу с шоком, восполнение кровопотери, коррекцию метаболических нарушений, предупреждение инфекционных и легочных осложнений.

Дыхательную недостаточность устраняют аспирацией слизи из воздухоносных путей, оксигенотерапией. В тяжелых случаях показана длительная интубация трахеи или трахеостомия с последующей управляемой вентиляцией легких. При отеке головного мозга проводится дегидратационная терапия. При длительной утрате сознания питание осуществляется через зонд. С диагностической и лечебной целью проводят люмбальные пункции.

Сдавление головного мозга.

Основная причина сдавления головного мозга — внутричерепные гематомы с нарастающим отеком головного мозга. В зависимости от локализации гематом по отношению к оболочкам и веществу мозга различают *эпидуральные, внутримозговые, субдуральные, внутримозговые, баранноидальные кровотечения.*



Локализация внутричерепных гематом при черепно-мозговой травме:

1— эпидуральная; 2— внутрижелудочковые; 3 — субдуральная; 4— внутримозговая

Синдром сдавления обычно сочетается с остро возникшим сотрясением, ушибом головного мозга или переломом костей черепа, но в отличие от последних проявляется через некоторый период с момента травмы: от нескольких минут, часов до нескольких суток в зависимости от вида поврежденного сосуда, прогрессивно нарастая.

Клиническая картина. Важнейшим диагностическим признаком является — повторная утрата сознания после «светлого промежутка» с нарастанием общемозговых и очаговых неврологических симптомов. Головные боли после травмы не уменьшаются, а продолжают нарастать, принимают распирающий характер. Больной беспокоен, мечется в постели, чаще лежит на стороне гематомы. У него возникают повторные рвоты. Дыхание больного учащается до 50 — 60 и выше в 1 мин при одновременном замедлении пульса до 60 — 40 в 1 мин и повышении АД (особенно на стороне, противоположной локализации гематомы). При **эпидуральной гематоме** «светлый промежуток» обычно короткий, при **субдуральной** — длинный, очаговые симптомы нарастают медленно. Вслед за возбуждением вскоре наступают адинамия, общая вялость, сонливость, возникают признаки гипоксии в виде цианоза губ и кончика носа. Брадикардия и артериальная гипертония сменяются коллапсом.

Тактика. Тактика фельдшера такая же, как и при ушибе головного мозга.

Лечение. При эпидуральных и субдуральных гематомах показана экстренная операция — костнопластическая или декомпрессивная трепанация черепа с удалением содержимого гематомы и перевязкой кровоточащего сосуда. Медикаментозная терапия должна быть направлена на устранение отека головного мозга, внутричерепной гипертензии, устранение и предупреждение гипертермии, восполнение кровопотери, борьбу с дыхательной недостаточностью, метаболическими нарушениями и инфекционными осложнениями.

3. Повреждения костей черепа.

Такие травмы делят на переломы свода, основания и комбинированные переломы свода и основания. Переломы сопровождаются клиническими признаками повреждения головного мозга, его оболочек и сосудов, особенно у детей. Симптомы самого перелома обнаруживаются не всегда, обычно при рентгенологическом или специальном хирургическом исследовании.

Переломы свода черепа.

Переломы возникают в результате прямой непосредственной травмы и чаще всего приходится на теменную или лобную кости. При линейных трещинах и большей части вдавленных переломов твердая мозговая оболочка цела. При локализации вдавленного перелома в височной области часты ранения ветвей средней оболочечной артерии с развитием гематомы.

Клиническая картина. Отмечаются черепно-мозговые симптомы, иногда легкое течение с кратковременной потерей сознания, головной болью. В тяжелых случаях возникает длительная потеря сознания. Возможны парезы, параличи, нарушение акта глотания, функции речи, хотя очаговых симптомов может и не быть. При оскольчатых переломах со сдавлением мозга, субдуральных гематомах очаговые симптомы присутствуют всегда. Когда формируется гематома, отмечается брадикардия, сменяющаяся тахикардией. Если перелом прошел через содержащие воздух лобные пазухи, отмечается крепитация пузырьков воздуха в подкожной клетчатке лба.

Лечение. Пострадавшим без смещения костей свода черепа или при отсутствии симптомов сдавления головного мозга показано консервативное лечение. Назначают строгий постельный режим, к голове прикладывают холод (пузыри со льдом, обернутые полотенцем) в течение 1-х суток с перерывами через каждые 3 ч на 1 ч. Вводят обезболивающие, седативные, антигистаминные препараты, проводят дегидратационную терапию. При нарастающих явлениях сдавления головного мозга гематомой или за счет отека головного мозга выполняют трепанацию черепа, удаление костных отломков, эвакуацию гематомы.

Переломы основания черепа.

Переломы возникают по механизму не прямой травмы как продолженный перелом свода или через травматизацию позвоночником (падение с высоты на голову или на ноги), нижней челюстью, скуловой дугой, сочленяющимися с основанием черепа. При переломах основания черепа часто разрывается твердая мозговая оболочка.

Клиническая картина. Помимо черепно-мозговых симптомов наблюдается истечение крови или ликвора из уха, носа (соответствующей ноздри), по задней стенке глотки (абсолютный признак перелома основания черепа). После возвращения сознания у больного обнаруживается утрата обоняния. Кровоизлияние в полость орбиты появляется на 2 — 3 суток с момента травмы (симптом «очков»); при простых ушибах и кровоизлияниях в области век, глаз кровоизлияние появляется практически в 1-е сутки. Нарастающие плотные кровоизлияния — гематомы образуются в области височной впадины, позади уха и сосцевидного отростка. Отмечаются также поражения черепно-мозговых нервов, проходящих через отверстия и каналы костей основания черепа: обонятельных, зрительных (слепота) и глазодвигательных (опущение века, расширение зрачка). Возникает глухота и утрачивается вкус.

Тактика. Необходимо создать пострадавшему покой, уложить его на спину с возвышенным головным концом, под голову подложить круг (ватно-марлевый, резиновый) или подушку. Кровотечение останавливают с помощью давящей асептической повязки. При интенсивном кровотечении из носа или уха необходимо провести переднюю тампонаду носовых ходов или слухового прохода ватными тампонами, смоченными 3 % раствором перекиси водорода. С целью обезболивания вводят 2 — 4 мл 2 % раствора анальгина, для дегидратации — 20 — 40 мл 40 % раствора глюкозы. По показаниям вводят сердечные средства, проводят противошоковые мероприятия. На голову кладут пузырь со льдом. Пострадавшего немедленно госпитализируют в нейрохирургическое или травматологическое отделение. Во время транспортировки необходимо наблюдать за сознанием, пульсом, дыханием.

Лечение. Прямые показания к неотложной трепанации черепа возникают в остром периоде лишь ограниченной группе пациентов с наиболее тяжелыми повреждениями и по жизненным показаниям, при подозрении на внутричерепное кровотечение, осколочных и открытых переломах.

Открытые черепно-мозговые травмы.

В мирное время открытые черепно-мозговые травмы встречаются редко и возникают при сильном ударе по голове острым тяжелым предметом (колом, топором и др.). В военное время причиной открытых черепно-мозговых травм являются огнестрельные раны черепа и головного мозга. Самые тяжелые из них — проникающие ранения, которые сопровождаются повреждением твердой мозговой оболочки, что способствует проникновению в ткани мозга микробов.

Клиническая картина. Проникающие ранения черепа распознаются по местным признакам, общемозговым и очаговым симптомам. Комплекс местных признаков включает вытекание из раны крови, ликвора, разрушенного мозгового вещества (детрита); наличие входного и выходного отверстий. Раны черепа обильно кровоточат, поэтому у пострадавших может развиваться коллапс или геморрагический шок.

Общемозговые симптомы включают психомоторное возбуждение, ригидность затылочных мышц и мышц конечностей, нарушение функции тазовых органов (непроизвольное мочеиспускание и дефекация), утрату сознания — от сомноленции (дремотное состояние, медленные и неохотные ответы на вопросы) до сопора (ответные реакции в виде слабого пожатия руки) и комы (полное отсутствие рефлексов). **Очаговые симптомы** появляются, как правило, после улучшения общего состояния раненых.

Тактика. Тактика фельдшера такая же, как и при переломе костей черепа.

Лечение. Осуществляется только оперативное лечение.

4. Челюстно-лицевые травмы

Ушибы лица.

Причиной этого повреждения служит прямой удар твердым предметом (во время драки, боксирования, от движущегося транспорта) или удар при падении.

Клиническая картина. Симптомы ушиба следующие: ссадины, царапины, поверхностные ранки, отек и гематома, особенно в области век, губ, щек. Нередко припухлость затрудняет распознавание более тяжелых повреждений — переломов.

Тактика. Необходимо обеспечить покой, приложить холод к месту ушиба в течение 1-х суток. Ссадины, мелкие раны промывают водным антисептическим раствором, высушивают, края смазывают спиртосодержащим антисептическим раствором. Повязку не накладывают.

Лечение. Основным является консервативное лечение кровоподтеков и гематом. Со 2-х суток на ушибленную область проводят УВЧ-терапию (5 — 7 процедур); для рассасывания гематомы применяют парафин или озокерит (10—12 процедур) в сочетании с электрофорезом. Обширные гематомы пунктируют или вскрывают во избежание их инфицирования.

Раны лица.

Раны лица могут быть поверхностными, глубокими, проникающими.

Клиническая картина. Особенности ранений лица являются обильное кровотечение при повреждении крупных артерий, вен; значительное зияние краев при рассечении мимических мышц лица; несоответствие между видом пострадавшего и тяжестью повреждения из-за сокращения и смещения кожно-мышечных лоскутов; при повреждении языка, мягкого нёба — маскировка значительной кровопотери, так как пациент заглатывает кровь. Возможна аспирационная асфиксия у пострадавших в бессознательном состоянии.

Тактика. Необходимо уложить пострадавшего на живот или на бок поврежденной стороной и повернуть голову в сторону повреждения. Затем накладывают асептическую давящую повязку. Проверяют проходимость дыхательных путей, удалив из ротовой полости сгустки крови, рвотные массы, инородные тела (сломанные зубы, протезы). Выводят язык (до зубов!) для профилактики асфиксии. Запрещается извлекать язык изо рта во избежание его прикусывания при транспортировке. Фиксируют язык с помощью воздуховода или булавкой и бинтом. Проводят простейшие противошоковые мероприятия. Пострадавшего транспортируют в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Лечение. Первичная хирургическая обработка является основой лечения. Лучший шовный материал — конский волос.

Переломы носа.

Причинами являются прямой удар кулаком, тяжелым предметом или удар лицом о твердую поверхность при падении, авариях на транспорте. Часто повреждаются не только кости носа, но и хрящевая перегородка с нарушением слизистой оболочки, поэтому переломы считаются открытыми.

Клиническая картина. Клиническими проявлениями перелома носа являются изменение обычной формы носа, затрудненное дыхание, носовое кровотечение, патологическая подвижность, локальная болезненность. Быстро нарастающий отек, и гематома нередко маскируют картину перелома.

Тактика. Необходимо наложить асептическую пращевидную повязку, положить холод на переносицу. Транспортируют пострадавшего в сидячем положении с опущенной на грудь головой.

Лечение. Первичная хирургическая обработка раны и вправление носовых отломков проводятся в первые часы или сутки после травмы. Вправление выполняется под местной анестезией внутри носовой полости. Для закрепления вправленных отломков и остановки кровотечения проводится тампонада верхнего и среднего носовых ходов на 5 — 7-е сутки. Тампоны меняются через сутки. Внутри назначают антибиотики. Пострадавшим запрещается сморкаться.

Переломы скуловой дуги.

Основной причиной этих переломов является прямой удар в скуловую область.

Клиническая картина. При переломе переднего отдела наблюдаются уплощение скуловой области, онемение кожи подглазничной области и неровность нижнего края глазницы; при повреждении стенок верхнечелюстной (гайморовой) пазухи — кровотечение из соответствующей половины носа. Если травмируется верхняя стенка гайморовой пазухи (она же нижняя стенка глазницы), то происходит смещение глазного яблока, возникает диплопия. Для переломов заднего отдела скуловой дуги со смещением характерно ограничение подвижности нижней челюсти (невозможно открыть рот).

Тактика. При изолированных переломах отделов скуловой дуги тактика фельдшера ограничивается созданием покоя, местным применением холода, наложением при необходимости асептической повязки. Пострадавший транспортируется в стационар в сидячем положении или пешком в сопровождении. В случае сочетанной черепно-лицевой травмы оказание помощи проводится по алгоритму действия при черепно-мозговой травме.

Лечение. Проводится лечение в специализированном челюстно-лицевом стационаре. Вправлять смещенные участки скуловой кости лучше в первые часы или дни после травмы для устранения деформаций лица, восстановления подвижности нижней челюсти и освобождения подглазничного нерва от сдавления.

Переломы нижней челюсти.

Такие травмы составляют до 75 % всех переломов лицевых костей и возникают вследствие прямого удара в лицо кулаком, тяжелым предметом или удара лицом при падении. По локализации выделяют переломы тела, подбородочного отдела, угла, ветви и альвеолярной части челюсти. Они могут быть одно-, двухсторонними или множественными. Если повреждается слизистая оболочка, то переломы являются открытыми.

Клиническая картина. У пострадавших отмечаются кровоизлияние, боль, нарушение жевания, смыкания зубов, речи, приема пищи, правильного соотношения зубных рядов. При сдавлении челюстей усиливается боль в месте повреждения кости; при пальпации ощущается крепитация отломков. Особенно опасны двусторонние переломы подбородочного отдела нижней челюсти, так как при этом западает язык и возникает асфиксия.

Тактика. Необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей, остановить кровотечение. Иммобилизацию лучше проводить стационарной жесткой подбородочной пращой или пращевидной повязкой.

Лечение. Проводится лечение в стоматологическом стационаре. Основной метод лечения — консервативный: фиксация проволочными шинами в течение 3—6 недель в зависимости от локализации и характера перелома. Фельдшер должен научить пациента уходу за полостью рта и приему пищи.

Переломы верхней челюсти.

Травмы возникают от сильного прямого удара по области челюсти или при падении с высоты, транспортных авариях и часто сочетаются с черепно-мозговой травмой.

Клиническая картина. Пострадавшие жалуются на общую слабость, головные боли и боль при глотании. В зависимости от локализации перелома наблюдаются деформация в области носа, уплощение среднего отдела лица. При открывании рта отломки челюсти опускаются вниз, лицо удлиняется. Нарушается смыкание зубов (прикус). Отмечается кровотечение из носа, ротовой полости. Наблюдается симптом «очков» разного происхождения. Если это местное повреждение костей верхней челюсти и мягких тканей, то симптом возникает сразу после травмы и кровоизлияние распространяется широко за пределы круговой мышцы глаз. При кровоизлиянии, обусловленном повреждением кровеносных сосудов основания черепа, симптом «очков» появляется через несколько часов или суток (1 — 2 суток) после травмы, локализуется строго в пределах круговой мышцы глаза, гематома с самого начала имеет багровый цвет.

Тактика. Пострадавшему необходимо остановить кровотечение, предупредить аспирацию крови и рвотных масс. При целости нижней челюсти и наличии достаточного количества зубов на обеих челюстях накладывают пращевидную повязку, прижав нижнюю челюсть к верхней, или выполняют иммобилизацию жесткой подбородочной пращей. Если зубов недостаточно или повреждены обе челюсти, пращевидную повязку использовать нельзя. В этом случае вводят воздуховод, затем накладывают стандартную жесткую пращу.

Лечение. В стоматологическом стационаре проводится лечение переломов как верхней, так и нижней челюсти.

Вывихи нижней челюсти.

Травмы возникают при широком раскрытии рта во время зевоты, крика, пения или лечения зубов. Суставная головка височно-нижнечелюстного сустава выходит из суставной впадины и пальпируется под скуловой дугой. При этом капсула сустава не разрывается, а только растягивается.

Клиническая картина. При двустороннем переднем вывихе рот пострадавшего широко открыт, смыкание зубов невозможно, речь невнятна; глотание и прием пищи затруднены; жевание невозможно; наблюдается обильное слюнотечение. При пальпации впереди козелка определяется глубокая ямка. При одностороннем вывихе рот полуоткрыт, подбородок смещен в здоровую сторону.

Тактика. Необходимо обеспечить покой нижней челюсти в вынужденном положении с помощью пращевидной повязки, уход за отделением слюны (используя клеенчатый нагрудник, салфетку) и быстрее доставить пострадавшего в больницу, чтобы предупредить обезвоживание вследствие обильного слюнотечения.

Лечение. Для ослабления напряжения жевательных мышц вводится 2% раствор новокаина (2 — 3 мл) или другого анестетика.

Пострадавшего усаживают так, чтобы его нижняя челюсть находилась на уровне локтя врача, помощник фиксирует голову. Большие пальцы рук, обернутые полотенцем, врач помещает на моляры нижней челюсти, а остальными плотно охватывает челюсть и проводит вправление. Пациенту накладывается пращевидная повязка на 7—10 суток, назначается питание полужидкой пищей.

5. Гнойно-воспалительные заболевания

Фурункулы и карбункулы.

Фурункулы чаще всего локализуются в области верхней губы, носа, подбородка, височных областях, карбункулы — в области верхней губы, подбородка, затылка.

Клиническая картина. Локализация фурункулов и карбункулов на лице опасна возможностью развития осложнений: флебитов, тромбозов лицевых вен с распространением на вены глазницы, через венозные анастомозы на мозговые оболочки и область пещеристого синуса. Развиваются септикопиемия, гнойный менингит, тромбоз пещеристого синуса. Состояние пациентов при этом резко ухудшается, температура тела повышается до 40 °С, появляются сильная головная боль, бред, рвота, отек вокруг глазницы, экзофтальм. Развитие осложнений провоцирует попытка выдавить фурункул, несоблюдение гигиены, позднее обращение. Способствуют развитию осложнений сеть анастомозов между венами лица и мозга, подвижность мимической мускулатуры.

Тактика. При локализации фурункулов и карбункулов на лице пациента необходимо госпитализировать в гнойное хирургическое отделение, в области носа — в ЛОР-отделение.

Лечение. Назначают антибиотики, повязки с гипертоническим раствором. При абсцедировании вскрывают гнойники. При развитии тромбоза к терапии добавляют антикоагулянты, дезинтоксикационную терапию. Назначается постельный режим. Больным не разрешают разговаривать. Для питания применяют жидкую и полужидкую пищу.

Остеомиелит нижней челюсти.

Это заболевание чаще встречается как осложнение переломов при попадании инфекции из полости рта, носа, уха, зубов или в результате гематогенного заноса из других воспалительных очагов.

Клиническая картина. При остром остеомиелите у пациента появляются сильные пульсирующие боли, покраснение и отек десен, затруднено открывание рта, жевание, расшатываются зубы на стороне поражения. Гнойник может вскрыться в полость рта или наружу, и тогда образуется свищ. Температура тела повышается, появляются симптомы интоксикации. Нередко остеомиелит переходит в хроническое течение с рецидивами.

Осложнениями являются флегмона лица, внутричерепные осложнения, рубцовое сведение челюстей, анкилоз челюстных суставов, деформация челюсти.

Лечение. В стоматологическом отделении проводят лечение остеомиелита. Ликвидируют первичный очаг инфекции (экстракция зуба, лечение воспаления придаточных пазух носа и т.д.). Гнойник вскрывают, дренируют, а после стихания воспаления удаляют секвестры.

Рожистое воспаление.

Заболевание часто локализуется на лице.

Клиническая картина. Воспаление начинается остро с повышения температуры, озноба, головной боли. На коже лица появляется покраснение с четкими границами, отеком, кожа лоснится. Постепенно воспаление переходит на волосистую часть головы. Эритематозная форма рожистого воспаления может перейти в буллезную — появляются пузыри. Флегмонозная и некротическая формы на лице встречаются редко.

Лечение. Пациент должен быть госпитализирован в инфекционное отделение. Проводится консервативное лечение: антибиотики, сульфаниламиды, эритемные дозы УФО, жаропонижающие препараты, обильное питье.

Абсцесс головного мозга.

В головном мозге абсцесс возникает при заносе микробов с инородными телами (травматический) или с кровью, лимфой (метастатический). В мирное время причиной абсцессов головного мозга являются гнойные процессы среднего уха и придаточных пазух носа. Травматические абсцессы чаще возникают во время военных действий после ранения и различаются по сроку появления: ранние (до 3 месяцев) и поздние (могут развиваться даже через 20 и более лет). Абсцесс может сформироваться в зоне повреждения вещества мозга и при ушибе. Метастатические абсцессы начинаются остро — повышается температура тела, появляются головная боль, рвота, сонливость, недомогание, потеря аппетита. По мере формирования капсулы острые явления стихают, и наступает латентный период,

который может длиться несколько недель или месяцев.

Клиническая картина. В стадии формирования абсцесса очаговые симптомы связаны с локализацией гноя. Прогрессируют общемозговые симптомы из-за нарастания внутричерепного давления: появляются постоянные головные боли, тошнота, рвота, брадикардия, возникают зрительные галлюцинации. Возбуждение сменяется заторможенностью. При абсцессе, расположенном в мозжечке, повышается АД, возникают атаксия, головокружение, нистагм. Если абсцесс прорывается на поверхность мозга, возникает менингит, а если в полость четвертого желудочка — ментальная смерть. При хроническом течении процесса абсцесс головного мозга трудно распознать из-за скудности симптомов, к которым относятся головная боль, вялость, апатия, сонливость. Обнаружить гной в спинномозговой жидкости можно только при прорыве абсцесса в церебральный канал. В этих случаях помогают специальные методы исследования головного мозга — компьютерная томография, реоэнцефалография.

Лечение. Абсцесс головного мозга лечится только оперативно.

Стоматит.

Воспаление слизистой оболочки полости рта называется стоматитом. Он возникает как самостоятельное заболевание или как сопутствующее при кори, гриппе, кандидозе и др. Разновидностью стоматита являются глоссит — воспаление языка и гингивит — воспаление десен. Причинами воспалительных заболеваний ротовой полости могут быть инфекционные заболевания, авитаминозы, отравления ртутью, курение, употребление крепких спиртных напитков, чрезмерно горячая или холодная, очень кислая или соленая пища и др. Чаще заболевают ослабленные пациенты. Выделяют разные формы стоматита: катаральный, язвенно-некротический, медикаментозный, травматический и другие, но все они имеют общие признаки.

Клиническая картина. К основным симптомам стоматита относятся жалобы на боль при приеме пищи, отсутствие вкусовых ощущений; покраснение слизистой оболочки ротовой полости, слюнотечение, отек близлежащих тканей, увеличение подчелюстных лимфатических узлов; появление кровотокащих язвочек на деснах. В тяжелых случаях стоматит осложняется флегмоной языка с некрозом слизистой, подлежащего слоя, затрудненным дыханием и глотанием.

Лечение. Основное лечение направлено на устранение причины заболевания и укрепление защитных сил организма. Назначаются антибиотики и сульфаниламиды, антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, пипольфен), витаминотерапия. При сильных болях проводят ротовые ванночки с 1 — 2% раствором новокаина или другого местного анестетика. Для очищения от некротических масс обрабатывают полость рта большим количеством антисептического водного раствора (0,02% раствор фурацилина, 0,1% раствор перманганата калия, 1 — 2% раствор бикарбоната натрия) под давлением с помощью кружки Эсмарха. После очищения орошают полость рта аэрозолями «Оксиклосоль», «Ингалипт», «Левовинузол». Для ускорения заживления пораженных участков проводится полоскание слабыми антисептическими средствами: отварами трав, 1% раствором галаскробина. В предупреждении заболеваний полости рта большое значение имеют правильный уход за зубами, снятие отложений зубного камня, смена плохо прилегающих зубных протезов, лечение кариеса, удаление разрушенных зубов, которые являются очагом инфекции. Санация полости рта особенно важна при сахарном диабете, заболеваниях сердечнососудистой системы, у детей и беременных женщин.

Острый паротит.

Это воспаление околоушной железы возникает вследствие проникновения микробов из полости рта в слюнную железу.

Предрасполагающими факторами являются ослабление иммунитета, нарушение выделения слюны у обезвоженных больных при инфекционных заболеваниях, в операционном периоде.

Клиническая картина. К основным симптомам относятся боль и припухлость в области околоушной железы, затруднено раскрытие рта, температура тела повышается до 39 — 40 °С. Напряжение тканей постепенно растет, кожа околоушной области краснеет, но плотная фасция, окружающая железу, не позволяет обнаружить флюктуацию. Прорыв гноя происходит поздно. Общее состояние пациента ухудшается, отек распространяется на шею, подчелюстную область, мягкое небо и боковую стенку глотки. У ослабленных больных с гнойным паротитом прогноз неблагоприятный. Заболевание может осложниться сепсисом.

Лечение. Тактика лечения зависит от формы паротита. На ранних стадиях заболевания при серозном паротите используются антибиотики широкого спектра действия; местно — тепловые и физиотерапевтические процедуры (согревающие компрессы, УВЧ-терапия, соллюкс и др.). Необходим тщательный уход за полостью рта. При гнойном паротите вскрывают гнойник, дренируют и лечат по принципу лечения гнойных ран.

Профилактика включает тщательный туалет полости рта, носоглотки, который проводится несколько раз в день. Необходима провокация слюноотделения с помощью пищевых продуктов (сок лимона, клюквы, жевательная резинка, сухари) или лекарственных препаратов (10 капель 1% раствора пилокарпина в ротовую полость).

Особенности ухода за пациентами

Черепно-мозговая травма — одна из самых тяжелых травм, требующая особого отношения медицинского персонала к пострадавшему на всех этапах лечения, начиная от места происшествия и до восстановления трудоспособности. При консервативном лечении черепно-мозговых травм, особенно если пациент находится в бессознательном состоянии, на фельдшера возлагается особая ответственность по профилактике наиболее часто встречающихся осложнений. **Профилактика пневмонии** начинается с первых же часов и включает предупреждение аспирации жидких сред, попадающих в рот, и поддержание дренажной функции трахеобронхиального дерева. Из ротовой полости жидкие среды (слюну, слезы) удаляют, протирая рот салфетками или с помощью электроотсоса. Дренажную функцию трахеи и бронхов поддерживают с помощью кашлевого рефлекса или пассивного удаления слизи электроотсосом. Для облегчения отсасывания мокроты в трахею вводят растворы натрия бикарбоната, протеолитические ферменты, проводят ингаляции аэрозолями. Для улучшения дренирования проводятся поколачивание и вибрационный массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика, попеременные приподнимания головного и нижнего конца кровати. При аспирации большого количества рвотных масс делается лаваж трахеобронхиального дерева (промывание дыхательных путей). Во время проведения эндотрахеального наркоза пациенту вливают в трахею 50 мл стерильного изотонического раствора натрия хлорида, в котором разведены антибиотики, а затем сразу же его отсасывают. Для предупреждения вторичного инфицирования легких фельдшер обязан строго соблюдать правила асептики при работе с катетерами, инструментами, растворами, вводимыми в трахею. Все они должны быть стерильными и индивидуальными. Фельдшер осуществляет кормление пациента: парентеральное — внутривенное введение жидкостей (белковые гидролизаты, растворы аминокислот, липофундин, глюкоза) или энтеральное — через назогастральный зонд до восстановления глотательного рефлекса. Проводят профилактику пролежней.

У пациентов с заболеваниями области рта, особенно с переломами и вывихами челюстей, фельдшер обязан наладить питание. Пища должна быть жидкой или полужидкой, калорийной, витаминизированной. Вводит пищу лучше через поильник. На носик поильника надевается резиновая трубка длиной 25 — 30 см, ее конец вводится в преддверие рта за щеку. Поильник приподнимается, и пища поступает в ротовую полость. Регулировка поступления пищи осуществляется периодическими сжиманиями и разжиманиями трубки. Оптимальное количество пищи в одном глотке составляет 6—10 мл, так как проглатывание такого объема почти безболезненно и безопасно в отношении аспирации. Тщательный туалет полости рта необходим при уходе за пациентами в бессознательном состоянии и особенно с челюстно-лицевой травмой, стоматитами. Очистка ротовой полости проводится систематически 8—10 раз в сутки, а после кормления — обязательно водными растворами антисептиков (0,02% раствором фурацилина, 0,1% раствором перманганата калия, 1—2% раствором натрия гидрокарбоната и др.). Промывание следует проводить струей жидкости под давлением с помощью резинового баллона, а лучше кружки Эсмарха. У лежачих больных эту процедуру выполняет медицинская сестра или родственники, ходячие пациенты делают это самостоятельно. Фельдшер обязан обучить родственников и пациента правилам проведения ирригации ротовой полости. У каждого пациента должна быть индивидуальная кружка Эсмарха со шлангом и наконечником или резиновый баллон.

«Хирургические заболевания шеи, трахеи, пищевода»

Цели:

1. Учебная:

Студент должен иметь представление:

- о видах врожденной и приобретенной хирургической патологии шеи, трахеи, пищевода и методах её коррекции.

Студент должен знать:

- методы обследования больных с хирургической патологией шеи, трахеи, пищевода;
- основные виды хирургической патологии шеи, трахеи, пищевода, особенности их лечения.

Студент должен уметь:

- выявлять наличие хирургической патологии шеи, трахеи, пищевода;
- оказывать первую помощь и транспортировку в хирургическое отделение;
- осуществлять основные диагностические приемы в соответствии с планом обследования;
- выполнять назначения врача по уходу за пациентами в до- и послеоперационном периоде;
- проводить пальцевое прижатие сонной артерии;
- накладывать жгут с противоупором при ранении сонной артерии;
- накладывать окклюзионную повязку при ранении яремной вены;
- составлять набор инструментов для трахеостомии;
- осуществлять уход за трахеостомой.

2. Воспитательная:

2.1. Воспитывать у студентов интерес к предмету, чувство ответственности при изучении данной темы, как основы хирургической деятельности медсестры в ЛПУ.

3. Развивающая:

3.1. Развивать у студентов умение анализировать, выделять главное, активизировать познавательную деятельность, направленную на систематизацию нового знания.

Ход

1. Организационный момент – 3 мин.

2. Постановка темы, плана и целей лекции- 5 мин.

3. Мотивация изучения нового материала – 3 мин.

План

1. Методы обследования больных с хирургической патологией шеи, трахеи, пищевода.

2. Основные виды хирургической патологии шеи, пищевода, трахеи, особенности их лечения.

3. Тактика фельдшера при оказании неотложной помощи больным с ранениями шеи, трахеи и пищевода на догоспитальном этапе.

4. Обобщение и систематизация изученного материала – 3 мин.

5. Задание на дом – 2 мин.

Оборудование: Тематические таблицы, мультимедийное оснащение.

Литература:

Основная:

1. Учебник. «Сестринское дело в хирургии» под редакцией Н.В.Барыкиной, В.Г.Зарянской. издательство «Феникс» г. Ростов-на-Дону. 2007 г., глава-15.

2. Учебник. «Сестринское дело в хирургии». Практикум. Н.В.Барыкина, О.В.Чернова, под редакцией Карабухина.Б.В. Издательство «Феникс» г. Ростов-на-Дону. 2008.г., стр.246-274.

Дополнительная:

1. Усов Д. В- Избранные лекции по общей хирургии. Тюмень, 1995. С. 160-178.

Методы обследования

1. Объективные методы.

Опрос. При воспалительно-гнойных процессах больные жалуются на боли в области воспаления, повышение температуры тела; при ожогах пищевода — на жгучие боли в области рта; при инородных телах дыхательных путей — на приступообразный кашель.

Осмотр. Анатомическим ориентиром на шее является кивательная мышца, которая в виде валика проходит по передней поверхности шеи, между грудным концом ключицы и сосцевидным отростком височной кости. Пульс на сонной артерии, как правило, определяют в области средней трети мышцы по ее переднему краю. Резкое повышение внутригрудного давления при травматической асфиксии, опухолях средостения приводит к равномерному увеличению размеров шеи с нарушением кровообращения (хомутообразная шея). Нарушение кровотока по верхней полой вене и ее основным стволам (тромбоз, сдавление извне опухолью) приводит к расширению и пульсации вен шеи и цианозу кожи лица и шеи. При осмотре и пальпации может быть обнаружено неравномерное увеличение подчелюстной области и боковых отделов шеи в результате поражения лимфатических узлов опухолевым или воспалительным процессом (туберкулез, гнойная инфекция). При обнаружении на передней и боковых поверхностях шеи свищевых отверстий необходимо обратить внимание на характер отделяемого и грануляций вокруг них. Густой сливкообразный гной с неприятным запахом характерен для гнойной инфекции. Слизистое отделяемое характерно для врожденных свищей. Припухлость передней поверхности шеи типична для увеличения щитовидной железы. Размеры припухлости, ее распространение зависят от степени увеличения щитовидной железы и ее отделов. В момент акта глотания припухлость, связанная со щитовидной железой, вместе с гортанью движется вверх, а затем вниз (симптом глотка воды). При аневризме сонной артерии на шее отчетливо видна пульсация.

Пальпация. Ощупывание позволяет определить границы, консистенцию, подвижность, болезненность образований в области шеи, смещаемость, связь с трахеей. Больного следует посадить спиной к проводящему исследованию со слегка наклоненной вперед головой. Четыре пальца каждой руки располагаются на железе, а большие пальцы должны охватывать шею. Во время пальпации больного просят делать глотательные движения. Иногда следует проводить пальпацию в положении больного на спине с валиком, подложенным под плечи. Верхние доли щитовидной железы определяются легко, нижние стараются пальпировать в момент глотания. Если нижние границы прощупать не удастся, следует предположить, что зоб распространяется загрудно.

Аускультация. Сосудистые шумы хорошо выслушиваются при аускультации шеи.

Дополнительные методы. Методы включают в себя рентгенографию шеи, эзофагографию, УЗИ щитовидной железы, сцинтиграфию щитовидной железы, пункционную биопсию щитовидной железы.

1. Врожденные пороки развития

Кисты.

Врожденные кисты подразделяют на срединные и боковые (встречаются значительно реже). Кисты растут медленно и долго не беспокоят больного. За медицинской помощью больные обращаются в случаях воспаления кисты или если она является косметическим дефектом.

Клиническая картина. При пальпации на шее определяется безболезненное, мягкое эластичное образование с четкими контурами, диаметр которого может варьировать от 2 — 3 см и более. Кожа над ним не изменена. При срединных кистах образование смещается при глотании. При нагноении кисты развивается клиника абсцесса шеи.

Лечение. Выполняют операцию иссечения кисты.

Свищи.

Свищи могут быть врожденными или следствием нагноения кисты. Из свища выделяется слизистое отделяемое. В случаях воспаления свища появляются признаки местной воспалительной реакции.

Лечение. Свищи лечатся оперативно иссечением.

Кривошея.

Это врожденное заболевание связано с укорочением кивательной мышцы.

Клиническая картина. У больных голова повернута и наклонена.

Лечение. Консервативное лечение включает массаж, гипсовую повязку. Возможно и оперативное лечение, если причина кривошеи в рубцовой деформации.

Атрезия пищевода.

При этом тяжелом пороке развития верхний отрезок пищевода заканчивается слепо, нижний чаще всего сообщается с трахеей.

Клиническая картина. Признаки атрезии пищевода отчетливо проявляются в первые часы после рождения ребенка. Верхний слепой отрезок пищевода и носоглотка переполняются слизью, у ребенка появляются обильные пенистые выделения изо рта. Часть слизи новорожденный аспирирует, поэтому у него возникают приступы цианоза. После отсасывания содержимого носоглотки оно вскоре появляется вновь. Очень быстро в легких начинают прослушиваться хрипы, нарастает одышка.

Тактика. Диагноз уточняют путем катетеризации пищевода тонким уретральным катетером с закругленным концом. Катетер вводят через нос. Пройдя на глубину 6 — 8 см, катетер упирается в слепой конец пищевода либо, заворачиваясь, выходит через рот ребенка. Проводят отсасывание слизи. Воздух, введенный в слепой конец пищевода, с шумом выделяется из носоглотки. Учитывая огромную важность ранней диагностики атрезии — до возникновения аспирационной пневмонии, зондирование пищевода целесообразно проводить всем младенцам с синдромом дыхательных расстройств сразу после рождения. Ребенка с подозрением на атрезию необходимо срочно госпитализировать в отделение хирургии новорожденных. Окончательный диагноз ставят после рентгенологического исследования. Катетер вводят в пищевод до упора, после чего выполняют обзорную рентгенограмму грудной клетки и органов брюшной полости. При атрезии рентгеноконтрастный катетер отчетливо виден в слепом отрезке пищевода.

Лечение. Только раннее оперативное вмешательство может спасти жизнь ребенку с атрезией пищевода.

2. Острые воспалительные заболевания

В зависимости от локализации абсцессы и флегмоны шеи могут быть поверхностными, расположенными в подкожной клетчатке, и глубокими, поражающими клетчатку или межфасциальные пространства. Основная причина возникновения **абсцессов** и **флегмон** — попадание гноеродных микробов в подкожную клетчатку извне (ссадины, ранения, фурункулы), их перенос гематогенным путем при сепсисе (пиемии). Источником инфекции часто служат лимфатические узлы, которые поражаются при воспалительных процессах в полости рта, носоглотки, волосистой части головы, лица, поэтому на шее наиболее частой формой флегмоны является аденофлегмона.

Клиническая картина. Возникновение абсцессов и флегмон шеи сопровождается местными и общими симптомами, свойственными острой гнойной патологии любой локализации: это головная боль, озноб, повышение температуры, тахикардия, учащение дыхания, тошнота, изменение состава крови. При гнойном расплавлении лимфатических узлов аденофлегмона ограничивается фасциальным футляром. Флюктуация, как правило, не наблюдается. С начала заболевания отмечаются боли, вынужденное положение головы, затруднение и даже отсутствие движения головы из-за болезненности. При расположении абсцесса или флегмоны вблизи гортани, трахеи, глотки с пищеводом и крупных сосудов иногда появляются опасные симптомы затруднения дыхания или глотания, артериального кровотечения и тромбоза. Для поверхностных флегмон характерны болезненность в области воспаления, быстро распространяющаяся разлитая припухлость, гиперемия кожи без четких границ, местное повышение температуры и нарушение функции пораженной части тела. Первоначально в этом месте имеется плотный воспалительный инфильтрат, который постепенно становится все более мягким. Нередко отмечают лимфангоит и лимфаденит. При глубоких флегмонах гиперемия кожи обычно отсутствует, а припухлость или отек бывают малозаметными. Однако характерны резкая и разлитая болезненность в области шеи, высокая температура тела и другие симптомы, свойственные воспалительному процессу (возможно развитие септического состояния). Иногда вследствие сдавления плотным воспалительным инфильтратом возникают нарушения функции органов шеи (гортани, пищевода). При прорыве гноя в средостение развивается острый медиастинит, который часто заканчивается летальным исходом.

Тактика. Необходимо экстренно госпитализировать больного в гнойный хирургический стационар в удобном для него положении.

Лечение. При подозрении на глубоко расположенный абсцесс проводят диагностическую пункцию. В этих случаях при получении гноя игла может явиться и «проводником», по которому делаются разрез, санация, дренирование. В стадии воспалительного инфильтрата назначают покой, местные тепловые, физиотерапевтические процедуры, антибиотики, инфузионную терапию.

Ранения шеи

Повреждения органов шеи происходят при ушибах, различных авариях, огнестрельных и других ранениях. Резаные раны часто наносят с целью самоубийства. Различают поверхностные ранения мягких тканей и глубокие ранения с повреждением крупных сосудов и органов (гортани и трахеи, пищевода).

Клиническая картина. Главным признаком ранения артерий является кровь, которая изливается наружу струей алого цвета. В некоторых случаях при ранении артерий кровотечение может отсутствовать благодаря возникающему спазму, вворачиванию интимы и образованию тромба. Главными симптомами при повреждении крупных артерий (сонной артерии) являются кровотечения (первичные и вторичные), нарушения кровообращения (бледность кожных покровов, тахикардия, снижение АД и т.д.), гнойные осложнения. **Травмы артерий** могут приводить к образованию пульсирующей гематомы, которая проявляется пульсирующей припухлостью в области шеи. Повреждение вен шеи встречается реже, чем артерий. Основным признаком является сильное венозное кровотечение. **Ранения вен шеи** (особенно внутренней яремной и подключичной) могут сопровождаться опасным осложнением — воздушной эмболией, при которой засасывается воздух вследствие отрицательного давления в грудной клетке. Кроме того, вены шеи не спадаются, так как сращены плотными фасциями. При этом может возникнуть тампонада правых отделов сердца воздухом с последующей асистолией и остановкой дыхания.

При ранениях трахеи и гортани появляются приступообразный кашель, резкая одышка и цианоз. Через рану всасывается и выходит воздух с пенистой кровью. Затруднение дыхания может усиливаться за счет затекания в просвет гортани и трахеи крови, что часто приводит к асфиксии и смерти. Как правило, отмечается подкожная эмфизема шеи, лица, грудной клетки. При этих ранениях часто травмируются щитовидная железа, сосудистый пучок, пищевод. Признаками повреждения пищевода являются боль при глотании, истечение из раны слюны.

Тактика. При ранении артерии проводят экстренную остановку кровотечения методом пальцевого прижатия артерии в ране или на протяжении к поперечному отростку VI шейного позвонка, затем накладывают кровоостанавливающий зажим на сосуд или приводят тампонаду раны. При неэффективности этих мероприятий необходимо наложить кровоостанавливающий жгут. Для этого на рану накладывают асептическую повязку, тугой марлевым валик, на здоровую сторону (голова, шея, надплечье) накладывают шину Крамера или забрасывают за голову руку пострадавшего. Затем накладывают туры жгута вокруг шеи над шиной (рукой) и валиком. При ранении

вен необходимо наклонить голову вперед, прижав подбородок к груди. Методом пальцевого прижатия к VI шейному позвонку проводят временную остановку кровотечения и накладывают давящую повязку, вводят обезболивающие средства. При ранении трахеи нужно срочно уложить больного на спину с валиком в области лопаток, голову запрокинуть. С помощью резиновой груши следует отсосать слизь и кровь из трахеи. Далее проводят больному обезболивание и вводят в трахею трахеостомическую трубку или любую пластмассовую или металлическую трубку. Убеждаются в восстановлении дыхания. Затем трубку нужно зафиксировать перевязочным материалом. При необходимости можно выполнить пункционную трахеостомию толстыми инъекционными иглами Дюфо. Для этого на 2 — 3 см ниже щитовидного хряща делают 6 — 8 проколов трахеи. При всех ранениях шеи больного экстренно госпитализируют в хирургический стационар. Транспортировку осуществляют в положении больного лежа на спине на носилках (при артериальном кровотечении с опущенным головным концом). Необходимо следить за дыханием, пульсом и АД.

Лечение. В стационаре при ранениях сосудов шеи проводят окончательную остановку кровотечения. При ранениях пищевода и трахеи проводят первичную хирургическую обработку, ушивание стенок с последующим дренированием.

Ожоги и рубцовые сужения пищевода

Ожоги и рубцовые сужения пищевода часто встречаются у детей в возрасте от 2 до 6 лет. У взрослых они возникают в результате случайного (или с целью суицида) приема кислот (чаще уксусной), щелочей (нашатырный спирт, каустическая сода), силикатного клея и других контактно-действующих ядов.

В зависимости от глубины поражения тканей различают три стадии ожога:

- I — повреждение поверхностного слоя эпителия;
- II — поражение и омертвление более глубоких слоев слизистой оболочки; кишечного слоя пищевода.

Ожог щелочью вызывает более глубокие повреждения (колликвационный некроз), чем ожог кислотой (коагуляционный некроз). Некроз слизистой оболочки формируется в течение первых 4 суток, затем омертвевшие ткани отторгаются и образуются язвы. С 3-й недели идет процесс рубцевания с формированием сужения просвета пищевода.

Клиническая картина. Сразу после проглатывания у больного возникают жгучие боли в полости рта, по ходу пищевода и в подложечной области, сильное слюнотечение, рвота, дисфагия вследствие спазма пищевода и отека слизистой оболочки. Кожные покровы бледные, дыхание учащено, наблюдается тахикардия, иногда — проявления шока. Через несколько часов появляются симптомы ожоговой токсемии (повышение температуры до 39 °С, возможны бред, мышечные подергивания, тахикардия, снижение АД, жажда). В тяжелых случаях возникает токсическое поражение паренхиматозных органов (почечная и печеночно-почечная недостаточность).

Различают четыре стадии клинических проявлений ожога пищевода:

- I — острая (период острого коррозивного эзофагита);
- II — хронического эзофагита (мнимого благополучия) — длится от 7 до 30 суток. В этот период происходит постепенное отторжение некротизированной слизистой оболочки и уменьшение дисфагии. При глубоких ожогах в этот период могут возникнуть перфорации пищевода с развитием медиастинита;
- III — образование стриктуры, длится от 2 месяцев до нескольких лет; характеризуется формированием рубца, проявляется постепенно нарастающим затруднением при глотании пищи;
- IV — поздних осложнений (развитие рака и пр.).

Тактика. Первая помощь заключается во введении наркотических обезболивающих, спазмолитиков (папаверин, но-шпа) и средств, уменьшающих саливацию (атропин), и удалении и нейтрализации проглоченных едких веществ. При необходимости вводят сердечнососудистые средства. Больной должен прополоскать полость рта водой, затем с целью местного обезболивания выпить 100 мл раствора новокаина. Затем промывают пищевод и желудок через толстый резиновый зонд большим количеством воды (до 10 л), а после этого слабым раствором нейтрализующего вещества. Если пищевод поврежден щелочами, его промывают 1 — 2 % раствором лимонной или уксусной кислоты или водой, в которую выжат сок лимона. Для нейтрализации кислот используют 1 — 2 % раствор пищевой соды (гидрокарбоната натрия). При невозможности промывания желудка больным дают пить молоко, растительное масло, яичные белки, крахмал. При подозрении на перфорацию пищевода нельзя промывать желудок и давать пить. Больного немедленно госпитализируют в токсикологическое отделение.

Лечение. Пациентам проводят протившоковую и дезинтоксикационную терапию (растворы реополиглокина, гемодеза, альбумина, желатиноля, плазмы, растворов электролитов и др.). Для нормализации деятельности сердечнососудистой системы назначают сердечные гликозиды, кортикостероиды. В первые 3 — 4 суток пациентам проводят парентеральное питание. Для профилактики вторичной инфекции и пневмонии назначают антибиотики широкого спектра действия. Для предупреждения развития рубцового сужения пищевода пациентам с первых суток дают через каждые 30 — 40 мин микстуру, содержащую анестезин, антибиотик, подсоленное масло, 5 % раствор новокаина по одному-двум глоткам, а с 3-х суток их кормят охлажденной пищей.

Назначение кортикостероидов также препятствует формированию рубцов.

С 9 — 11-х суток проводят бужирование пищевода. Если образовалось его рубцовое сужение, пациенту накладывают гастростому для кормления, а затем проводят пластику пищевода.

3. Заболевания щитовидной железы

Зоб.

Зоб наблюдается у большинства жителей районов, где почва, вода и пищевые продукты содержат недостаточное количество йода (Северный Кавказ, Урал, Якутия, Прибайкалье). Зоб может развиваться в любом возрасте. В начальных стадиях заболевания в щитовидной железе определяется гиперплазия, ее функция повышается, затем в растянутых фолликулах накапливается коллоид, увеличиваются размеры железы.

Клиническая картина. Величина и функциональное состояние щитовидной железы обуславливает клиническую картину. Различают шесть степеней увеличения щитовидной железы:

- 0 — железа не прощупывается или слабо прощупывается;
- I — прощупывается перешеек щитовидной железы и небольшие боковые доли;
- II — щитовидная железа легко прощупывается, заметна при глотании;
- III — «толстая шея»;
- IV — выраженный зоб, изменяющий конфигурацию шеи;
- V — зоб очень больших размеров.

Зобом принято считать увеличение щитовидной железы III — V степени. Различают диффузные, узловые (чаще односторонние) и смешанные формы зоба. У детей наблюдается преимущественно диффузный зоб. В зависимости от функции щитовидной железы различают: эутиреоидный зоб без признаков нарушения функции щитовидной железы (часто встречающаяся форма); гипотиреоидный зоб с различной степенью гипотиреоза; гипертиреоидный зоб с симптомами тиреотоксикоза. При большом зобе наблюдаются признаки

сдавления трахеи, пищевода, крупных кровеносных сосудов. При узловых формах возможно злокачественное перерождение.

Лечение. При эутиреоидном диффузном зобе небольших размеров проводят консервативное лечение. Назначать микродозы йода противопоказано при эутиреоидном диффузном и узловом зобе ввиду опасности развития тиреотоксикоза. При узловых формах зоба, особенно с прогрессирующим ростом или симптомами сдавления соседних органов, показано хирургическое вмешательство — резекция щитовидной железы.

Для предупреждения развития зоба необходимо обеспечить население в эндемичных районах йодированной солью, препаратами йода.

Тиреотоксикоз (диффузный токсический зоб, базедова болезнь).

Тиреотоксикоз обусловлен токсическим действием избыточно вырабатываемого гормона тироксина на организм. При тиреотоксикозе ткань щитовидной железы диффузно гиперплазирована, реже в ней образуются гормонально активные узлы — аденомы.

Клиническая картина. Начало заболевания может быть постепенным и острым. Различают легкую, среднетяжелую и тяжелую форму тиреотоксикоза. Характерными симптомами являются зоб, тахикардия, пучеглазие. Щитовидная железа увеличивается, имеет мягкую или плотную консистенцию, располагается на обычном месте, реже за грудиной. Величина зоба не всегда соответствует тяжести тиреотоксикоза. У пациентов обнаруживается повышенная лабильность, возбудимость, отмечаются тревожный сон, быстрая утомляемость, мышечная слабость. Мышцы кистей, лопаток атрофируются. Над областью сердца прослушивается выраженный систолический шум, связанный с дистрофическими изменениями в миокарде и гемодинамическими расстройствами.

Иногда отмечается увеличение размеров печени. Стул кашицеобразный, до 3 — 5 раз в сутки, без патологических примесей.

Субфебрилитет непостоянный. Дрожание пальцев, рук, век, хореоформные подергивания появляются на ранних стадиях заболевания. В анализах крови отмечают лимфоцитоз, реже лейкопению, СОЭ умеренно увеличена, увеличено количество йода, связанного с белком. Определяется склонность к гипергликемии, непостоянной глюкозурии. Поглощение радиоактивного йода щитовидной железой повышено.

Лечение. Начинают с консервативных мероприятий — максимального психического и физического покоя, высококалорийной диеты с достаточным содержанием витаминов. Применяются консервативная терапия, хирургическое лечение, терапия радиоактивным йодом, рентгеновским облучением. Хирургическое лечение — субтотальная тиреоидэктомия — рекомендуется при прогрессировании симптомов тиреотоксикоза на фоне длительной консервативной терапии, при наличии узлов в железе.

4. Инородные тела дыхательных путей и пищевода

Инородные тела дыхательных путей.

Инородные тела в гортань, трахею, бронхи попадают чаще всего из полости рта во время поспешной еды, разговоре, при держании во рту каких-либо предметов, во время неожиданного глубокого вдоха, громкого смеха, всхлипывающего плача, крика, при испуге, неожиданном толчке и других обстоятельствах. Предрасполагающими причинами служат опьянение, функциональные или органические заболевания.

Клиническая картина. При попадании инородного тела у больного сразу появляется приступообразный кашель, часто сопровождающийся цианозом лица, охриплостью, иногда афонией, выделением мокроты (иногда кровянистой), рвотой. При инородных телах, фиксированных в трахее или бронхах, кашель может сопровождаться болью в глубине грудной клетки, что заставляет больного принимать вынужденное положение, затрудняет дыхание вплоть до удушья по типу инспираторной одышки.

Тактика. Необходимо быстро обследовать ротоглотку и попытаться удалить инородное тело при его пальпаторном или визуальном обнаружении. Если пациент в сознании, можно начать с нескольких коротких, но сильных ударов в межлопаточную область. Если инородное тело после этого не эвакуируется, необходимо использовать прием Хеймлиха — обхватить пациента сзади и установить кулак левой руки в области желудка, плотно захватив его правой кистью:



Освобождение дыхательных путей с помощью приема Хеймлиха

Далее резкими толчкообразными движениями обеих рук сдавливают область желудка несколько раз подряд. Если прием эффективен и инородное тело продвинулось в ротовую полость, следует немедленно удалить его рукой изо рта пациента. Глубокий вдох и судорожный кашель свидетельствует об успешности приема. Если, несмотря на попытки, пациент синеват и теряет сознание, необходимо немедленно перевернуть его через свое согнутое колено лицом вниз и несколько раз сильно ударить ладонью в межлопаточную область. При асфиксии или нарастании признаков удушья выполняют коникотомию (пункционную трахеостомию, коникотомию пятью-шестью толстыми иглами) и по показаниям провести ИВЛ. Выполняется оксигенотерапия, при психомоторном возбуждении внутривенно вводится 1 % раствор димедрола с 1 мл 0,1 % раствора атропина. Больного необходимо экстренно доставить в ближайший стационар с реанимационным и эндоскопическим отделением. При констатации биологической смерти постмертное извлечение инородного тела не проводят. При прижизненном извлечении инородного тела необходимо доставить этот предмет вместе с больным в приемное отделение стационара.

Лечение. Инородные тела гортани удаляют с помощью не прямой ларингоскопии. В лечебном учреждении с помощью бронхоскопии удаляют инородные тела дыхательных путей.

Инородные тела пищевода.

Попадающие в пищевод инородные тела чаще всего задерживаются у входа в него, где имеется первое физическое сужение. Иногда инородные тела задерживаются у второго физиологического сужения. Тонкие селедочные или рыбные кости часто застревают в миндалинах. Нередко глотают монеты, пуговицы, ручные часы, вилки и др.

Клиническая картина. Клиническая картина характеризуется страдальческим, испуганным выражением, болезненностью при глотании. Боль постоянная, ощущается чаще всего в подключичной ямке или в межлопаточной области. Характерными признаками наличия инородных тел в нижнем отделе пищевода считаются рвота или срыгивание проглоченной пищи или жидкости, повышение слюноотделения и частое заглатывание слюны. К вышеперечисленным симптомам можно добавить ощущение боли при легком поколачивании по позвоночнику на уровне того места, где находится инородное тело. Инородные тела пищевода могут вызвать разные осложнения: прободение стенки пищевода с развитием флегмоны, медиастинит и др.

Тактика. Больному запрещают прием жидкости, вводят литическую смесь (атропин, анальгин, димедрол) и экстренно транспортируют в стационар.

Лечение. Удаление инородных тел глотки проводится пинцетом или щипцами под контролем зрения. В стационаре инородные тела пищевода удаляют с помощью эзофагоскопии.

Особенности ухода за пациентами

Особенности ухода за трахеостомой. К трахеостомии прибегают при непроходимости верхних дыхательных путей, нарушении глотания, вынужденной длительной ИВЛ. Предварительно фельдшеру необходимо проверить манжету на герметичность и уточнить ее емкость. Перед трахеостомией не рекомендуется применять атропин, чтобы мокрота не была слишком вязкой, и наркотики, угнетающие дыхательный центр. Предварительно нужно отсосать слизь из верхних дыхательных путей и ротовой полости, обеспечить ингаляцию кислорода. За трахеостомой необходим строгий уход. Нужно строго соблюдать правила асептики, систематически проводить трахеобронхиальную аспирацию, так как больной с трахеостомой теряет способность кашлять и говорить. Для эвакуации слизи из трахеи и бронхов используются мягкие резиновые катетеры Тимана. Перед каждым отсасыванием в течение 5 мин проводят вибрационный массаж грудной клетки и вливают в трахею 10 мл физиологического раствора. Чтобы катетер попал в левый бронх, его кончик поворачивают влево, а голову больного вправо. При введении в правый бронх поступают наоборот. Следует напомнить, что нельзя отсасывать мокроту во время введения катетера. Во время аспирации целесообразно использовать приемы вспомогательного кашля. Такие отсасывания проводят через каждые 30 — 40 мин. При бессознательном состоянии больного манжету держат постоянно раздутой. В других случаях воздух из манжеты рекомендуется на некоторое время выпускать. Если рана зашита слишком плотно, а манжета раздута недостаточно, иногда появляется подкожная эмфизема. В подобных случаях рекомендуется снять один-два шва с кожи около канюли.

Салфетка под щитком канюли должна систематически меняться (5 — 6 раз в сутки), а кожа вокруг обрабатываться настойкой йода. При использовании металлической канюли внутреннюю трубку извлекают не реже 2 раз в сутки; она должна быть промыта, стерилизована и только после этого поставлена вновь. Если используют однослойные резиновые или пластмассовые канюли, их следует ежедневно заменять.

У больных с трахеостомой возможны осложнения, требующие немедленных действий. Если возникает обтурация канюли густой слизью, появляется бурное, хриплое дыхание с участием вспомогательных мышц. В таких случаях нужно срочно выпустить воздух из манжеты и заменить канюлю. Когда внезапно перестает дышать одно легкое, что может произойти при использовании слишком длинной трубки за счет обтурации одного из главных бронхов, следует немедленно подтянуть канюлю. При появлении у больного голоса, дыхания через рот или нос нужно думать о выпадении канюли из трахеи.

Трахеостома устраняет такие важные функции верхних дыхательных путей, как согревание и очищение вдыхаемого воздуха, его увлажнение. Возникающие вследствие этого подсыхание слизистой трахеи и бронхов и снижение температуры поступающего воздуха с 37 до 20 °С резко замедляют движение ресничек покровного эпителия. Кроме того, значительно возрастает потеря воды с выдыхаемым через трахеостому воздухом. Для предотвращения всего этого применяют «искусственный нос», представляющий собой разборную камеру из органического стекла с имеющейся внутри спиралью из полосок алюминиевой фольги. «Искусственный нос» позволяет согреть и увлажнить вдыхаемый воздух. При нарушении правил асептики, неправильной технике отсасывания, аспирации рвотных масс иногда развивается фибринозно-некротический трахеобронхит. При этом появляется вязкая гнойная зеленоватая мокрота. Назначают антибиотики как внутримышечно, так и капельно в трахею (на изотоническом растворе хлорида натрия) со скоростью 5 — 6 капель в 1 мин. Особое внимание при этом уделяют дренажу трахеобронхиального дерева. Когда надобность в трахеостоме исчезает, канюлю удаляют. После деканюлирования кожу вокруг раны нужно обработать спиртовым раствором йода, наложить стерильную салфетку, а края кожи поверх салфетки стянуть лейкопластырем. Больному надо разъяснить, что в первое время при разговоре и кашле он должен придавливать повязку рукой. В течение нескольких дней после деканюлирования повязка быстро намокает, и ее необходимо часто заменять, обрабатывая каждый раз кожу вокруг раны раствором антисептика. Однако по мере заживления количество отделяемого из раны постепенно уменьшается и дефект на шее полностью закрывается.

Уход за пациентами с заболеваниями пищевода.

Пациенты с заболеваниями пищевода должны быть тщательно подготовлены к операции, так как они часто бывают обезвожены и истощены. Фельдшер проводит инфузионную терапию. Перед операцией делают промывание антисептическими растворами расширения пищевода над местом сужения для удаления остатков пищи. После операции пациента помещают в палату интенсивной терапии или в реанимационное отделение до выхода из наркоза. Фельдшер обеспечивает подачу увлажненного кислорода, заполняет и подключает систему для капельного введения жидкостей, проводит контроль за состоянием гемодинамики (измеряет АД, определяет частоту, наполнение и напряжение пульса, следит за окраской кожных покровов и слизистых, состоянием полости, фиксирует положение дренажа в плевральной полости, подсоединяет открытый конец дренажа к аппарату Боброва (пассивное дренирование) или периодически проводит вместе с врачом активное дренирование с помощью электроотсоса. После выхода из наркоза пациенту придают полусидячее положение, проводят комплекс профилактических мероприятий для улучшения дыхательной функции и предупреждения осложнений со стороны легких: вдыхание увлажненного кислорода в течение первых часов после операции (по показаниям дольше); комплекс физических упражнений, направленных на удаление секрета из трахеобронхиального дерева и расправление легочной ткани, проводимых через 2 — 3 ч в течение 1-х суток, затем через 4 — 6 ч, а начиная с 3-х суток 1 — 2 раза в день; аэрозольная терапия через 3 — 4 ч с использованием протеолитических ферментов, которые не влияют на слизистую оболочку, но разжижают мокроту. Пациенту нельзя пить до 4-х суток после операции. Фельдшер должен быть особенно внимательным в эти дни, объяснить пациенту необходимость такого воздержания. Для уменьшения слюноотделения назначают атропин, слюну пациент должен сплевывать (необходимо обеспечить его специальной емкостью), а не глотать в течение суток после операции. Принимать жидкость через рот пациент начинает с 4 — 5 сут после операции небольшими глотками до одного стакана воды в день. Через неделю после операции разрешают жидкую пищу (бульон, кисель, сметану) 5 — 6 раз в день по 40 — 50 мл пищи за один прием. Постепенно диету расширяют и через 2 недели переводят пациента на диету № 1.

Часто пациент поступает из операционной с назогастральным зондом. В этом случае его кормят через зонд. Если пациенту была наложена гастростома, кормление проводят через нее.

Уход за пациентом с заболеваниями щитовидной железы.

При повреждении обоих возвратных нервов у пациента наступает острая асфиксия. Спасти его может только немедленная интубация трахеи или трахеостомия. **В послеоперационном периоде** наиболее опасное осложнение — развитие тиреотоксического криза, который клинически выражается в резком обострении всех тиреотоксических признаков. У пациентов отмечаются резкая тахикардия, нередко мерцательная аритмия, повышается АД, появляются рвота, психические расстройства, повышается температура, может наступить смерть.

За пациентом после операции устанавливают динамическое наблюдение, контролируют частоту пульса и АД через 1 ч, температуру — через 2 ч. Больному придают возвышенное положение в постели с наклоном головы вперед, обеспечивают подачу увлажненного кислорода через носовой катетер, назначают и проводят с пациентом дыхательную гимнастику. По назначению врача вводят обезболивающие, сердечные средства. Возможно развитие послеоперационного кровотечения. При первых признаках кровотечения пациента немедленно берут на повторную операцию, снимают швы и перевязывают кровоточащий сосуд. Повышение температуры более 38 °С и учащение пульса свыше 120 уд./мин фельдшер должен расценить как тиреотоксическую реакцию и сразу начать вводить жаропонижающие и сердечные средства, одновременно вызвав врача. При проявлении судорог также вызывают врача, вводят пациенту препараты кальция, если судороги вызваны повреждением паращитовидных желез.

«Хирургические заболевания органов грудной клетки»

Цели:

1. Учебная:

Студент должен иметь представление:

- об основных видах врожденной и приобретенной хирургической патологии органов грудной клетки, общих принципах хирургического лечения.

Студент должен знать:

- методы обследования больных с хирургическими заболеваниями органов грудной клетки и подготовка к инструментальным методам исследования (плевральная пункция, бронхоскопия и др.);

- основные виды хирургической патологии органов грудной клетки, клинические симптомы, принципы консервативной терапии и оперативного лечения.

Студент должен уметь:

- выявлять хирургическую патологию органов грудной клетки, оценить тяжесть местной и общей реакции;

- оказывать первую помощь больным;

- осуществлять транспортировку пациентов в хирургическое отделение;

- составлять набор инструментов для плевральной пункции и помогать врачу при её проведении;

- выполнять назначения врача по уходу за пациентами в до- и послеоперационном периодах;

- накладывать косыночные и бинтовые повязки на грудную клетку: Дезо, спиральную, крестообразную;

- накладывать окклюзионную повязку при открытом пневмотораксе.

2. Воспитательная:

2.1. Воспитывать у студентов интерес к предмету, чувство ответственности при изучении данной темы, как основы хирургической деятельности медсестры в ЛПУ.

3. Развивающая:

3.1. Развивать у студентов умение анализировать, выделять главное, активизировать познавательную деятельность, направленную на систематизацию нового знания.

Ход

1. Организационный момент – 3 мин.

2. Постановка темы, плана и целей лекции- 5 мин.

3. Мотивация изучения нового материала – 3 мин.

План

1. Методы обследования больных с хирургической патологией органов грудной клетки.

2. Основные виды хирургической патологии органов грудной клетки, клинические симптомы, принципы консервативной терапии и оперативного лечения.

3. Тактика фельдшера при оказании неотложной помощи больным с ранениями органов грудной клетки (пневмотораксе, ранении сердца) на догоспитальном этапе.

4. Обобщение и систематизация изученного материала – 3 мин.

5. Задание на дом – 2 мин.

Оборудование: Тематические таблицы, мультимедийное оснащение.

Литература:

Основная:

1. Учебник. «Сестринское дело в хирургии» под редакцией Н.В.Барыкиной, В.Г.Зарянской. издательство «Феникс» г.Ростов-на-Дону. 2007 г., глава-16.

2. Учебник. «Сестринское дело в хирургии». Практикум. Н.В.Барыкина, О.В.Чернова, под редакцией Карабухина.Б.В. издательство «Феникс» г.Ростов-на-Дону. 2008.г.,298-307.

Дополнительная:

1. Медицина катастроф (учебное пособие) / Под ред. В. М. Рябочкина. М.: ПНИ Лтд, 1996. С. 124-128; Хирургия. № 1. 1990. С. 103-104; Хирургия, № 12. 1989. С. 146-151.

Методы обследования

1.Объективный метод исследования

Пальпация. Метод позволяет определить болезненность в месте травмы, а также усиление боли в области переломов ребер. Отсутствие или ослабление голосового дрожания характерно для гемо- и пневмоторакса. Усиление голосового дрожания свидетельствует об инфильтрации легочной ткани.

Перкуссия. Метод позволяет выявить наличие в легочной ткани инфильтрации (пневмония), жидкости в плевральной полости (гидроторакс), воздуха в плевральной полости (пневмоторакс), определить границы и размер сердца. Коробочный звук при перкуссии характерен для пневмоторакса, притупление звука — для гидроторакса. При ранении сердца определяется расширение границ сердца вследствие увеличения размеров перикарда за счет излившейся крови.

Аускультация. Метод позволяет определить характер дыхания в легких (везикулярное, ослабленное, жесткое, бронхиальное, амфорическое), выявить различные хрипы, тоны и шумы сердца, шум трения перикарда или плевры. При пневмотораксе, гидротораксе дыхательные шумы резко ослаблены или отсутствуют. При тампонаде сердца при ранениях сердечные шумы становятся очень тихими. Усиление бронхофонии (при выслушивании голоса пациента во время произнесения им слов, обычно «тридцать три») наблюдается при инфильтрации легочной ткани, ослабление — при гидро- или пневмотораксе.

2.Дополнительные методы.

Рентгенологические методы и в настоящее время являются основными в диагностике заболеваний грудной клетки. К ним относятся рентгеноскопия грудной клетки, рентгенография в двух или трех проекциях, томография, бронхография.

В диагностике заболеваний сердца и легких широко используются ЭКГ и фонокардиография, пункция плевральной полости с исследованием содержимого, торакоскопия — визуальный осмотр плевральной полости через специальный оптический прибор, что

позволяет также выполнить биопсию легочной ткани и патологических образований в ней, фибробронхоскопия — осмотр слизистой оболочки бронхов и трахеи через специальный прибор — бронхоскоп.

1. Закрытые повреждения груди

По своему характеру повреждения груди делятся на **закрытые** и **открытые**, с повреждением и без повреждения скелета грудной клетки или внутренних органов грудной полости.

Ушибы.

Травмы мягких тканей грудной клетки без повреждения костей и внутренних органов наблюдаются наиболее часто, протекают без осложнений и заканчиваются полным выздоровлением.

Клиническая картина. Ведущими клиническими симптомами являются боли в области ушиба, болезненность при пальпации, отечность тканей, кровоизлияния. Дыхание и гемодинамика не нарушены. Общее состояние больного не страдает.

Тактика. На место ушиба кладут холод и направляют пациента в травматологический пункт.

Лечение. Первые 2 суток назначают холод, с 3-х суток показаны согревающие компрессы, ограничение физической нагрузки. При болях назначают обезболивающие средства.

Переломы ребер.

Такие травмы встречаются очень часто и могут быть одиночными и множественными. Они могут привести к повреждению париетальной плевры, межреберных сосудов и нервов, ткани легкого.

Клиническая картина. Отмечается резкая местная боль, усиливающаяся при пальпации, вдохе, кашле, а также попытке сдвинуть грудь и при движениях. Вследствие усиления боли при глубоком вдохе и движениях пострадавшие с переломами ребер дышат поверхностно, боятся кашлять, сохраняют вынужденное положение. Иногда можно определить крепитацию на месте перелома. В ряде случаев перелом ребер может протекать бессимптомно и диагностика возможна только при рентгенологическом исследовании.

Если переломы ребер сопровождаются повреждением плевры и легочной ткани, то может возникнуть подкожная эмфизема. При повреждении ткани легкого наблюдается кровохарканье. Отмечаются тахикардия, учащение дыхания, возможно развитие шока. При скоплении в плевральной полости крови (гемоторакс) перкуторно в нижних отделах определяется притупление перкуторного звука. При наличии воздуха в плевральной полости при перкуссии обнаруживается звук с коробочным оттенком в верхних отделах грудной клетки.

Тактика. При изолированных переломах ребер пострадавшему необходимо провести обезболивание; на место перелома кладут холод и направляют больного в травмпункт. При множественных переломах проводят противошоковые мероприятия, оксигенотерапию, вводят обезболивающие. На стороне переломов накладывают иммобилизирующую бинтовую или лейкопластырную циркулярную повязку. Пострадавшего транспортируют в травматологическое отделение на носилках в полусидящем положении или на спине с приподнятым головным концом.

Лечение. Как правило, начинают с применения новокаиновой блокады. При этом в область перелома вводят 5—10 мл 1—2 % раствора новокаина. В более тяжелых случаях блокаду завершают введением 1—2 мл 76 % спирта. При множественных и особенно двусторонних переломах показаны вагосимпатическая блокада по Вишневскому, вдыхание кислорода, при значительных нарушениях дыхания и кровообращения — трахеостомия с проведением управляемого дыхания. При наличии шока проводят противошоковые мероприятия. Для профилактики осложнений назначают антибиотики, отхаркивающие препараты, массаж грудной клетки, дыхательную гимнастику.

Перелом ключицы.

Одним из самых частых повреждений костей является перелом ключицы. Чаще он возникает от не прямой травмы. Различают переломы поднадкостные, по типу «зеленой ветки», косые, со смещением и без смещения костных отломков, поперечные и оскольчатые.

Клиническая картина. Для переломов ключицы характерны боль, припухлость, ограничение функции руки, которую пациент прижимает к туловищу, деформация ключицы (при смещении отломков). Вид Перелома уточняют по данным рентгенологического исследования.

Тактика. После обезболивания пациенту необходимо наложить повязку Дезо и госпитализировать его в травматологическое отделение в положении полусидя.

Лечение. Отломки без смещения или с незначительным смещением не нужно вправлять. При значительном смещении отломков по длине и под углом необходима закрытая репозиция, которая сводится к отведению обоих плечевых суставов кзади и к средней линии. Фиксируют отломки восьмиобразной повязкой, изготовленной из ватно-марлевой полосы (повязка Дельбе), которую оставляют на 3—4 недели.

Сдавление грудной клетки.

При сильном сдавлении груди землей (при обрушениях), сжатии груди между буферами вагонов или кузовом автомашины и стеной, автомобильных катастрофах возникает сдавление грудной клетки.

При равномерном сжатии (особенно в момент вдоха) возникает так называемая травматическая асфиксия. Во время сжатия венозная кровь устремляется вверх по венам шеи, не имеющим клапанов, значительно повышает венозное давление и как следствие этого возникают множественные разрывы мелких вен и капилляров с кровоизлияниями.

Клиническая картина. При травматической асфиксии отмечаются затрудненное дыхание, учащенный пульс, гипотония, цианотичная окраска кожи лица и шеи, множественные сплошные мелкоочаговые кровоизлияния лица и шеи. Множественные точечные кровоизлияния имеются на конъюнктиве, слизистой рта и особенно под языком. Характерна одутловатость лица, шеи, а иногда и верхней половины туловища. При сильных сдавлениях наблюдается понижение, а иногда и потеря зрения, слуха, сознания. Часто возникают носовые кровотечения, кровохарканье, афония.

Травматическая асфиксия протекает значительно тяжелее при наличии множественных переломов ребер и повреждений легких и может сопровождаться шоком. При разрыве трахеи и бронхов возникает острая дыхательная недостаточность вследствие эмфиземы средостения или пневмоторакса.

Тактика. Необходимо освободить пострадавшего от сдавления, от стесняющей одежды, провести тщательное обезболивание, ввести антигистаминные средства. Больному придают полусидящее положение, дают кислород. При проявлениях шока проводят противошоковую терапию. Пострадавшего госпитализируют в травматологическое отделение в полусидящем положении, а при развитии шока — в горизонтальном.

Лечение. Лечение заключается в создании покоя, вдыхании кислорода, введении сердечных препаратов, анальгетиков, проведении двусторонней паравerteбральной блокады межреберий. Иногда показана шейная вагосимпатическая блокада. При развитии острой дыхательной недостаточности проводят ИВЛ, а при необходимости и трахеостомию, лечебную бронхоскопию. При наличии местных повреждений (переломы ребер) или явлений шока проводятся противошоковые мероприятия. При обширных повреждениях легких или разрыве бронхов показаны срочная торакотомия с ушиванием ран, дренирование плевральной полости по Бюлау.

2. Открытые повреждения груди

Ранения груди.

Открытые повреждения груди (ранения) делят на **не проникающие** в плевральную полость, при которых не повреждается париетальная плевра, и **проникающие** в плевральную полость, когда повреждается париетальная плевра и возможны ранения внутренних органов грудной клетки.

Непроникающие ранения груди.

К открытым непроникающим повреждениям груди относятся различные ранения мягких тканей грудной стенки без одновременного повреждения костей или с наличием их перелома. Внешний вид раны (например, ее небольшой размер), может быть обманчивым, так как нельзя определить ее направление, глубину и наличие повреждений внутренних органов. Проникающий характер ранения выявляется иногда лишь во время операции при ревизии раны.

Клиническая картина. При отсутствии сильного кровотечения общее состояние пострадавшего не страдает, дыхательная деятельность не нарушена, поведение активное. Отсутствуют признаки гемоторакса, гемоперикарда, пневмоторакса (отсутствие симптома присасывания воздуха в ране, особенно при глубоком вдохе, выдохе и кашле). Подкожная эмфизема не наблюдается.

Тактика. Пострадавшему необходимо провести обезболивание. Края раны обрабатывают антисептиком и накладывают асептическую повязку. При ранении мышц верхнего плечевого пояса необходима иммобилизация косыночкой верхней конечности на стороне повреждения. Извлечение оставленного в ране предмета, причинившего повреждение, запрещено. Больного госпитализируют в хирургический стационар на сидячей каталке.

Лечение. Первичная хирургическая обработка раны проводится по общим правилам лечения ран мягких тканей. При иссечении раны необходимо убедиться в отсутствии повреждения плевры и крупных сосудов.

Проникающие ранения груди.

При открытых проникающих ранениях груди после нарушения целостности париетальной плевры чаще всего наблюдаются повреждения легких с развитием пневмо- или гемоторакса. Возможны повреждения сердца и грудного отдела пищевода. При низко расположенных ранениях часто повреждаются диафрагма и органы брюшной полости (печень, желудок и др.). Чаще встречаются резаные (ножевые) и колотые раны, реже — рубленые, ушибленные. Особо опасны огнестрельные ранения груди, так как они, как правило, сопровождаются повреждением органов грудной полости и интенсивным внутренним кровотечением.

Клиническая картина. Пострадавшие предъявляют жалобы на выраженные боли в груди, усиливающиеся при дыхании, чувство стеснения, нехватку воздуха. При повреждении легкого может быть кровохарканье. При осмотре отмечают бледность и цианоз кожных покровов, дистальные отделы конечностей мраморной окраски. Определяются одышка, подкожная эмфизема (появляется сглаженность шеи). На грудной стенке возникает нарушение целостности кожи с расхождением краев раны (зияние), отмечается кровотечение из раны. Выделение вспенивающейся крови из раны достоверно указывает на повреждение ткани легкого. При массивных внутриплевральных кровотечениях появляются признаки острого малокровия и геморрагического шока.

Лечение. При стабильном общем состоянии больного выполняют первичную хирургическую обработку раны и дренирование плевральной полости по Бюлау. При наличии признаков продолжающегося внутриплеврального кровотечения, ранениях в проекции сердца, повреждениях легкого выполняют торакотомию, останавливают кровотечение, дренируют плевральную полость по Бюлау. Если во время операции выявлено ранение диафрагмы, выполняют лапаротомию и ревизию органов брюшной полости.

Повреждения сердца.

Основной причиной ранений сердца (95 %) являются колото-резаные раны, которые чаще располагаются на передней поверхности сердца. Раненые с огнестрельными повреждениями, как правило, погибают на месте происшествия. Ведущими симптомами являются наличие раны на грудной клетке в проекции сердца на фоне быстрого развития критического состояния пострадавшего.

Клиническая картина. При ранении сердца может преобладать клиника тампонады сердца или массивной кровопотери. Кровь, попавшая в полость перикарда (до 400 мл), — гемоперикард, препятствует работе сердца, в результате чего развиваются признаки тампонады сердца: кожа становится бледной, шея и лицо приобретают цианотичный оттенок, шейные вены набухают, тоны сердца становятся очень тихими или неслышимыми, появляется брадикардия или аритмия, резко падает АД.

Если преобладают симптомы кровопотери, то у больного проявляются симптомы геморрагического шока: выраженная общая слабость, оглушенность, бледность кожных покровов, тахикардия, ясные тоны сердца, признаки гемоторакса.

Тактика. Необходим срочный доступ к вене (лучше — к двум). Немедленно начинают инфузионную терапию (полиглюкин, полифер, 5—10 мл 10 % раствора хлорида кальция, 30 мг преднизолона). Однако поднимать АД выше 80—90 мм рт. ст. недопустимо, так как это может усилить кровотечение. При тампонаде показана инфузия 200 мг раствора дофамина в 400 мл физиологического раствора или 0,1—0,3 мл изадрина внутривенно дробно. Необходимо наложить окклюзионную повязку на рану, начать ингаляцию кислорода. Показана экстренная госпитализация в ближайший хирургический стационар в положении на спине с опущенным головным концом. Необходимо заранее оповестить больницу о скором приезде больного с ранением сердца. При неэффективности помощи при тампонаде необходимо выполнить пункцию полости перикарда толстой иглой в точке между мечевидным отростком и нижним краем реберной дуги слева с направлением прокола под углом 30°.

Лечение. Проводят экстренную торакотомию, ушивают рану сердца и останавливают кровотечение, дренируют плевральную полость по Бюлау.

Пневмотораксы.

Возникающий при повреждении плевры и легких пневмоторакс может быть **закрытым, открытым и клапанным.**

Закрытый пневмоторакс возникает в результате быстрого, кратковременного поступления атмосферного воздуха в замкнутую плевральную полость в момент ранения. Образующееся вслед за ним быстрое и плотное соприкосновение краев раны, смещение мягких тканей по ходу раневого канала, закупорка их сгустками крови прекращают дальнейшее поступление воздуха в плевральную полость. Поэтому закрытый пневмоторакс обычно носит ограниченный характер и является наиболее легкой формой пневмоторакса. Легкое при этом спадает лишь частично на 25—30%. Лишь большой закрытый пневмоторакс, вызывая спадение (коллапс) легкого и смещение органов средостения, может привести к серьезным функциональным расстройствам, которые исчезают после удаления воздуха из плевральной полости.

При открытом пневмотораксе плевральная полость через открытую рану грудной стенки сообщается с атмосферным воздухом, который при вдохе свободно входит в полость плевры, а при выдохе выходит из нее наружу. В результате этого отрицательное давление в плевральной полости исчезает и, как следствие, возникает коллапс легкого. При этом повышается нагрузка на сердце. При открытом пневмотораксе прежде всего нарушается дыхательная функция.

Наиболее опасным и тяжелым является **клапанный пневмоторакс**, при котором в ране образуется механизм своеобразного клапана, пропускающего воздух лишь в плевральную полость, из которой он не имеет выхода. В результате этого количество воздуха в плевральной полости увеличивается с каждым вдохом (напряженный пневмоторакс). Нарастание внутриплеврального давления ведет не только к спадению, но и к коллапсу легкого. Чаще при клапанном пневмотораксе воздух может проникать в подкожную клетчатку, что приводит к развитию подкожной эмфиземы.

Проникающие ранения груди сопровождаются обычно кровотечением. Кровь в различных количествах скапливается в полости плевры, образуя гемоторакс. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки. При проникающих ранениях груди часто наблюдается гемопневмоторакс с преобладанием того или иного компонента (крови или воздуха).

Клиническая картина. Наиболее частыми клиническими признаками проникающего ранения являются одышка, боли при дыхании, кашель, кровохарканье, цианоз, изменения ритма и частоты дыхания и пульса и другие признаки гемопневмоторакса. При ранении легкого характерно сочетание кровохарканья, подкожной эмфиземы и гемоторакса.

При пневмотораксе при общем осмотре груди можно заметить значительное отставание при дыхательных экскурсиях пораженной стороны по сравнению со здоровой, сглаженность межреберных промежутков. Пальпация мягких тканей болезненна, перкуторно в верхних отделах грудной клетки выслушивается звук с коробочным оттенком.

Тактика. Необходимо срочно устранить открытый пневмоторакс, для чего на рану накладывают окклюзионную повязку

(герметизирующую). Для этого края раны обрабатывают антисептиком и накладывают стерильную салфетку. На кожу вокруг раны наносят вазелин или мазь, снаружи прикладывают воздухопроницаемую ткань (клеенку, пленку, прорезиненную оболочку индивидуального перевязочного пакета), затем пелот (подушечку) и снаружи фиксируют лейкопластырем. Вводят обезболивающие, антигистаминные средства, кладут холод на место повреждения. При признаках шока проводят противошоковую терапию, при продолжающемся кровотечении вводят гемостатические средства. Пострадавшего срочно транспортируют в хирургическое отделение в положении лежа. Во время транспортировки необходимо наблюдать за сознанием пострадавшего, пульсом, дыханием.

При клапанном пневмотораксе необходимо срочно снизить давление в плевральной полости с помощью ее пункции. Для этого в положении пострадавшего полусидя под местной анестезией 0,25 — 0,50 % раствором новокаина во втором межреберье по среднеключичной линии по верхнему краю III ребра в плевральную полость вводят толстую иглу (иглу Дюфо, торакальную иглу с клапаном). При этом раздается свистящий звук выходящего из плевральной полости воздуха. На рану грудной стенки накладывают окклюзионную повязку, а иглу фиксируют на время транспортировки больного в стационар.

Лечение. В стационаре лечение начинают с продолжения противошоковых мероприятий. Под общим обезболиванием проводят первичную хирургическую обработку раны.

При наличии признаков гемоторакса необходимо определить, продолжается кровотечение или остановилось. Кровь, излившаяся в плевральную полость, при условии прекращения кровотечения в ближайшие часы свертывается, а затем вновь становится жидкой, поэтому если при пункции плевральной полости пунктат, вылитый в пробирку, не свертывается, кровотечение остановилось. Если же взятая в пробирку кровь свертывается, то, скорее всего кровотечение продолжается. Небольшой гемоторакс требует консервативной терапии: покоя, проведение плевральных пункций, назначения гемостатических препаратов, антибиотиков. При продолжающемся активном кровотечении выполняют торакотомию, остановку кровотечения, дренирование плевральной полости по Бюлау.

Спонтанный пневмоторакс. Спонтанный пневмоторакс развивается внезапно, часто после физического напряжения. Основной причиной являются, разрыв буллезно-измененной части легкого, пораженной туберкулезом, опухолью или кистозным процессом.

Спонтанный пневмоторакс

Он может быть закрытым, открытым или клапанным.

Клиническая картина. При возникновении спонтанного пневмоторакса внезапно появляются сильные боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании и физическом напряжении. Боль может быть настолько сильной, что развивается клиническая картина шока: кожа становится цианотичной, холодной, покрывается липким потом, падает АД, пульс становится частым, поверхностным. Появляется одышка, которая при клапанном пневмотораксе быстро нарастает. Человек старается занять положение полусидя.

При осмотре отмечают отставание одной половины грудной клетки при дыхании. При клапанном пневмотораксе пораженная сторона грудной клетки может быть несколько расширена, межреберные промежутки выбухают. Прогрессирующее повышение давления в плевральной полости при этом виде пневмоторакса приводит к значительному сдавлению легких и смещению органов средостения в здоровую сторону, а иногда — к прекращению деятельности сердца.

Тактика. При клапанном пневмотораксе купируют болевой синдром и ликвидируют нарастающую дыхательную недостаточность. Для этого необходимо сделать пункцию плевральной полости. Как можно раньше нужно начать оксигенотерапию.

При спонтанном пневмотораксе госпитализация пострадавшего в хирургический стационар обязательна.

Лечение. Выполняют первичную хирургическую обработку раны грудной клетки, а плевральную полость дренируют по Бюлау. При необходимости выполняют торакотомию, ушивают поврежденное легкое или бронх.

3. Воспалительные заболевания легких и плевры

Острая эмпиема плевры.

Острый гнойный плеврит, который возникает при прорыве абсцесса в плевральную полость, а также в результате инфицирования серозного выпота при пневмонии или крови при ранениях грудной клетки (гемотораксе), называется острой эмпиемой плевры. Возбудители, вызывающие эмпиему, разнообразны: это пневмо-, стрепто-, стафилококк. Гнойный плеврит бывает осумкованным или распространенным.

Клиническая картина. Заболевание протекает остро. Пациенты предъявляют характерные жалобы на кашель с выделением мокроты, боли в груди, одышку, повышенную потливость. Появляются признаки интоксикации организма — повышение температуры тела до 39 — 40°C, одышка, цианоз слизистых оболочек, тахикардия. Над пораженным участком могут быть отечность кожи, гиперемия, болезненность при пальпации. При осмотре пораженная сторона грудной клетки отстаёт в дыхании; при перкуссии наблюдается притупление легочного звука; при аускультации — ослабление или отсутствие дыхания и голосового дрожания. В крови определяют нейтрофильный лейкоцитоз ((20 - 30) 10⁹/л), повышенную СОЭ (60 — 70 мм/ч), анемию; в анализе мочи — белок, цилиндры. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием грудной клетки. В плевральном пунктате высеваются стафило-, стрепто- и пневмококки, реже туберкулезная палочка.

Тактика. При подозрении на гнойный плеврит больного необходимо госпитализировать в торакальное хирургическое отделение.

Лечение. Интраплеврально лекарственные средства вводятся после удаления гноя из плевральной полости. Полость плевры промывают раствором антисептиков, а затем вводят протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин и др.). Для борьбы с интоксикацией проводится дезинтоксикационная терапия (внутривенные вливания глюкозы с инсулином, гемодеза, препаратов крови и др.). Парентерально вводятся витаминные группы В и С, применяется оксигенация.

При безуспешности пункционной терапии проводят дренирование плевральной полости с активной или пассивной аспирацией гнойного содержимого. При отсутствии эффекта от консервативного лечения острой эмпиемы плевры проводится торакотомия с удалением гноя и тампонадой гнойного очага марлевыми тампонами с антисептическими мазями. При перевязках тампоны меняют редко, смазывают их каждый раз мазью.

При хронической эмпиеме плевры (через 2 месяца после острого процесса) проводится плеврэктомию с удалением толстостенных гнойных полостей или торакопластика с резекцией ребра над полостью.

Абсцесс и гангрена легкого.

Абсцесс — это гнойная полость, ограниченная капсулой от здоровой легочной ткани и окруженная зоной воспаления. Абсцесс может быть одиночным или множественным. **Гангрена** — это прогрессирующий некротический распад легочной ткани без четких границ. Возбудителями этих процессов являются анаэробы, золотистый стафилококк, условно патогенные грамотрицательные аэробы. Инфекция часто распространяется из ротовой полости, носоглотки. Расплавлению легочной ткани способствуют аспирация инородных тел, затекание в бронхи рвотных масс, алкоголизм, сахарный диабет, длительный прием цитостатиков, иммунодепрессантов, особенно при хронических бронхолегочных заболеваниях.

Клиническая картина. В течение острого абсцесса легких прослеживаются два периода — до прорыва абсцесса в бронх и после его вскрытия. Заболевание начинается остро — появляются озноб, высокая температура, боли в груди на стороне поражения. Кашель отсутствует или может быть упорным сухим либо с умеренным количеством слизисто-гнойной мокроты. Дыхание частое, поверхностное, пораженная сторона отстаёт в дыхании. Отмечаются потеря аппетита, ночные поты, общая слабость. В крови определяют выраженный лейкоцитоз ((15... 20) 10⁹/л) с нейтрофильным сдвигом, значительное увеличение СОЭ (до 50 — 60 мм/ч). При рентгенологическом исследовании грудной клетки определяется затемнение соответственно участку инфильтрации. После вскрытия гнойника в просвет бронха наблюдается обильное отделение гнойной или гнилостной зловонной мокроты (до 1 л в сутки и более) иногда с примесью крови. При прорыве абсцесса появляется большое количество гнойной мокроты. Мокрота не имеет запаха и разделяется на два слоя: верхний —

жидкий желто-зеленоватого цвета; нижний — густой зеленого или коричневого цвета. После прорыва гнойника состояние больного улучшается, температура тела нормализуется, но из-за постоянного выделения мокроты усиливается кашель. Постепенно количество мокроты уменьшается, улучшается общее состояние, нормализуются показатели крови. В течение 1 — 3 месяцев наступает выздоровление. При неэффективном лечении острый абсцесс в течение 2 месяцев может перейти в хронический. При гангрене легкого выделяется большое количество зловонной пенистой мокроты с примесью крови, в гнилостный процесс вовлекается плевра и развивается гнойная эмпиема или пиопневмоторакс. У больного отмечаются выраженная одышка, бледность кожных покровов, цианоз. При перкуссии определяется укорочение перкуторного тона над легкими, при аускультации — множество влажных разнокалиберных хрипов. Мокрота имеет три слоя: верхний — слизисто-пенистый; средний — мутная жидкость бурого цвета; нижний — густой шоколадного цвета.

При рентгенологическом исследовании после вскрытия абсцесса определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости; при гангрене появляются очаги просветления без ровных контуров, увеличивающиеся с каждым днем.

Лечение. Острые абсцессы легко лечатся в торакальном хирургическом отделении консервативным и хирургическим способами. При консервативном лечении ведущее значение имеет антибиотикотерапия. Наилучший эффект достигается при бронхоскопии, когда после отсасывания гноя вводятся лекарственные препараты, выбранные с учетом чувствительности микробной флоры к различным антибиотикам. Эффективно также интратрахеальное введение антибиотиков путем пункции трахеи или с помощью горланного шприца. Проводятся также дезинтоксикационная терапия и оксигенотерапия, назначается калорийное питание, богатое витаминами. Пациенту необходимо обеспечить постуральный дренаж — положение, способствующее опорожнению полости. Дренажное положение назначается в зависимости от локализации процесса в легком. Оно проводится несколько раз в сутки по 30 — 60 мин. Чаще всего для этой цели пациента укладывают на здоровый бок с приподнятой нижней частью туловища, голова опущена на 30°.

При безуспешности консервативного лечения острого абсцесса, при хроническом абсцессе, гангрене легкого показана операция.

Легочное кровотечение.

Клиническая картина. Появление примеси крови в мокроте называется кровохарканьем, а выделение цельной пенящейся крови с кашлем — легочным кровотечением. Основной причиной этих состояний является разрушение сосудов в легочной паренхиме при туберкулезе, травме легкого, бронхоэктазах, раке легкого.

Тактика. Пациента необходимо уложить с приподнятым головным концом, ввести гемостатики; при возбуждении — реланиум (седуксен). Необходимо госпитализация в торакальное хирургическое отделение.

Лечение. Лечение заключается, прежде всего, в устранении причины легочного кровотечения. При раке легкого выполняют пульмонэктомию, при травмах легкого — ушивание раны легкого или резекцию легкого, при легочных бронхоэктазах — резекцию легкого. При туберкулезе легких, как правило, проводят длительное лечение с помощью специфических противотуберкулезных препаратов, а при неэффективности лечения выполняют резекцию легкого.

Заболевания молочной железы

Трещины сосков.

Трещины сосков возникают у женщин в первые несколько дней после родов и в первые месяцы лактации. Трещины локализуются на верхушке или у основания соска, бывают в виде поверхностных эрозий, плоских язв или глубоких зияний. Они могут быть одиночными или множественными, поверхностными или глубокими.

Клиническая картина. Основным симптомом являются мучительные боли во время кормления грудью ребенка. При глубоких трещинах возможны кровотечения. Трещина может осложниться маститом.

Лечение. Необходимо тщательное обмывание молочных желез до и после кормления ребенка теплой водой с мылом и слабыми антисептиками (40 % раствор этилового спирта, раствор фурацилина, соды), применение воздушных и кварцевых ванн. После кормления хороший эффект оказывают мазевые повязки с 10% метилурациловой мазью, маслом шиповника и облепихи. Для появления корки рекомендуют после кормления обрабатывать соски 1 % водным раствором бриллиантовой зелени.

Подготовку сосков необходимо начинать еще до рождения ребенка — регулярно массировать соски и молочные железы, обмывать железы теплой и холодной водой, протирать грубым полотенцем. Лифчики и нательное белье должны быть хлопчатобумажными, всегда чистыми. Во время кормления грудью женщину обучают правильному прикладыванию ребенка к груди, соблюдению техники кормления, си следует знать, что нельзя держать ребенка у груди длительное время.

Мастит (грудница).

Мастит — это неспецифическое воспаление молочной железы. Он может быть острым и хроническим. По локализации выделяют следующие виды маститов:

- подкожный;
- параареолярный (около соска);
- интромаммарный (внутри ткани молочной железы) — наиболее частая форма;
- ретромаммарный (глубокий) — редкая форма.

Острый лактационный мастит в 80 % случаев возникает у кормящих матерей (чаще на 2 — 3-й неделе после родов), в основном у первородящих. Инфекция (чаще стафилококки) проникает через трещины в соске, по лимфатическим путям или гематогенно при наличии гнойного или воспалительного процесса в организме. Развитию заболевания способствует нарушение оттока молока — при длительности лактостаза более 3 сут, как правило, развивается мастит. Также выделяют нелактационные маститы (мастит беременных, юношеские маститы и маститы новорожденных).

Клиническая картина. Острый лактационный мастит начинается остро. Его течение зависит от локализации процесса и стадии заболевания. При серозном воспалении появляются тянущие распирающие боли в молочной железе, она увеличивается в размере, при пальпации отмечается уплотнение и болезненность. Температура тела повышается до 38 — 39 °С, появляются озноб, общее недомогание, головная боль.

В стадии инфильтрации появляются покраснение (гиперемия) и отек участка железы. Молочная железа болезненна, горячая на ощупь, возникают озноб и симптомы общей интоксикации. Если проводимое лечение не останавливает процесс, то заболевание переходит в стадию абсцедирования (гнойный мастит).

При абсцедирующем мастите резко ухудшается общее состояние, нарастают гиперемия и отек, боли становятся интенсивными, острыми (дергающими), появляются симптомы подмышечного лимфаденита. В железе пальпируется резко болезненный инфильтрат, в центре которого определяются размягчение и симптом флюктуации, которые объясняются наличием полости с гноем (абсцесса). Абсцесс может занимать один-два квадранта молочной железы. В общем анализе крови появляются признаки воспаления лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ. **При флегмонозной форме** появляются признаки интоксикации, самочувствие и общее состояние больной значительно ухудшаются. Усиливаются боли в молочной железе и головная боль. Молочная железа резко увеличена в объеме, ее ткани отечны, кожа интенсивно гиперемирована, напряжена, в гнойный процесс вовлечено три-четыре квадранта молочной железы. При пальпации определяется резкая болезненность. **При гангренозной форме** состояние больных очень тяжелое, септическое. На железе имеются обширные некрозы кожи и глубжележащих тканей с распространением на клетчаточные пространства грудной клетки. Мастит необходимо, прежде всего, дифференцировать от лактостаза. При лактостазе также повышается температура тела, железа увеличивается в объеме, при пальпации определяется болезненность во всех отделах, но никогда не бывает отека и гиперемии кожи. После опорожнения молочной железы боли значительно уменьшаются, температура тела снижается.

Лечение. При лактации необходимо не допускать застоя молока и тщательно его сцеживать, при необходимости применять молокоотсос. Железе создают покой путем наложения тугой мягкой бинтовой повязки. Кормление ребенка прекращают.

При негнойном мастите (серозной и инфильтративной стадиях) проводят консервативное лечение. Тщательно сцеживают молоко каждые 3 ч (до 8 раз в сутки) — сначала из здоровой железы, затем из больной. Назначают антибиотики широкого спектра действия, антибиотико-новокаиновую блокаду, полуспиртовые повязки на молочную железу, спазмолитики, окситоцин, физиолечение. При правильном и своевременном лечении процесс удается остановить и достичь оградительного развития.

При гнойных процессах (стадия абсцедирования и флегмоны) показано хирургическое лечение — вскрытие и дренирование гнойника, при гангренозном мастите — некрэктомиа с последующей кожной пластикой. После операции проводят общее и местное лечение с учетом фазы раневого процесса.

Профилактика маститов начинается до родов. Тщательно лечат хронические воспалительные заболевания, проводят воздушные и гигиенические ванны, закаливают молочные железы (обмывают холодной водой, обтирают жестким полотенцем). После родов соблюдают асептику в родильных домах и дома при кормлении грудью (мытьё молочной железы, обработка трещин раствором антисептиков, УФО), сцеживают остатки молока после каждого кормления, соблюдают гигиену одежды (лифчик должен быть из хлопчатобумажной ткани, хорошо поддерживать, но не сдавливать молочную железу; его следует ежедневно стирать и проглаживать горячим утюгом).

Рак молочной железы.

Заболевание раком молочной железы вышло на первое место в структуре онкологических заболеваний у женщин в России.

Для раннего выявления заболеваний молочных желез все женщины старше 25 лет должны научиться приемам самообследования, которое следует проводить в любой день 1-й недели каждого менструального цикла. Фельдшер должен обучить женщин правильному самообследованию. Женщина раздевается до пояса, осматривает белье, особенно в тех местах, где оно соприкасалось с сосками. Наличие пятен (кровянистых, бурых или бесцветных) указывает на выделения из соска. Они появляются при заболеваниях молочной железы. Исключение составляют молоко-подобные выделения из сосков у недавно кормивших. Затем проводят осмотр молочных желез перед зеркалом сначала с опущенными, а затем с поднятыми на затылок руками. При этом нужно медленно поворачиваться вправо, потом влево. Эти приемы дают возможность определить, одинаковы ли форма и размеры молочных желез, на одном ли уровне расположены молочные железы и соски, не появились ли изменения в области соска и ареолы, нет ли втяжения или выбухания кожи. **Пальпация молочных желез** и подмышечных впадин облегчается в положении лежа на спине. При обследовании наружной половины правой молочной железы под правую лопатку следует положить подушечку или небольшой валик из полотенца, правую руку вытянуть вдоль туловища. Пальпацию проводят кончиками пальцев левой руки. Мягкими круговыми движениями, слегка надавливая на молочную железу, ощупывают все ее отделы. Сначала обследуют центр молочной железы, а затем пальпируют всю железу, следуя от соска в направлении к ее наружному краю по радиусу сверху, затем снаружи вниз. При ощупывании внутренней половины правой молочной железы правую руку кладут под голову, а обследование выполняют левой рукой в такой же последовательности — от центра к внутреннему краю молочной железы по радиусу сверху, затем внутри вниз.

Клиническая картина. Выделяют четыре стадии заболевания. **На I стадии** опухоль не более 2 см, не прорастает в жировую клетчатку и не дает метастазов. **На II стадии** опухоль до 5 см, могут быть одиночные метастазы в лимфатические узлы. **На III стадии** опухоль более 5 см с прорастанием и изъязвлением кожи, имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы. **На IV стадии** заболевания опухоль может иметь различные размеры, прорастать в грудную клетку или могут быть отдаленные метастазы.

Выделяют три основные формы рака — узловой (самая частая форма, наличие плотных узлов с бугристой поверхностью и нечеткими контурами), инфильтративный (инфильтрат без четких границ с отеком железы и «апельсиновой» коркой над опухолью) и редкую форму — рак Педжета (постепенно прогрессирующий эрозивно-язвенный процесс в области соска).

Тактика. При подозрении на рак молочной железы необходимо направить пациентку на консультацию к онкологу.

Лечение. Основной метод — оперативное лечение — заключается в радикальном удалении молочной железы с окружающими тканями и регионарными лимфатическими узлами. В комбинированном лечении вместе с операцией используют лучевую терапию и химиотерапию. В послеоперационном периоде у больных часто развивается постмастэктомический синдром, который проявляется в появлении отеков верхней конечности и обусловлен удалением и пересечением большого количества лимфатических сосудов. Результаты лечения напрямую зависят от стадии заболевания. На I стадии пятилетняя выживаемость составляет более 90 %, тогда как на III стадии — не более 50 %.

Доброкачественные образования молочной железы.

Доброкачественные опухоли встречаются преимущественно у людей молодого возраста и часто являются результатом гиперплазии тканей молочной железы вследствие гормональных нарушений в организме.

Клиническая картина. При диффузной мастопатии перед менструацией и в середине менструального цикла появляется боль в молочных железах, они уплотняются, могут быть выделения из сосков. При пальпации железы определяются уплотнение дельчатого характера с неровной поверхностью, тяжесть ткани и болезненность всей молочной железы. После менструации остаются незначительная боль, равномерное уплотнение и тяжесть ткани молочной железы. При узловой мастопатии определяются одиночные или множественные подвижные малобольные участки уплотнения, не связанные с кожей и соском. В положении лежа они не пальпируются. На протяжении менструального цикла уплотнения не изменяются.

Фиброаденоматоз (хронический кистозный мастит) — это разрастание соединительной ткани с образованием кист. Фиброаденоматоз чаще всего поражает верхненаружный квадрант молочной железы. Для заболевания характерны периодические боли колющего характера, связанные с менструальным циклом; выделения из сосков разной окраски (прозрачные, янтарные, розоватые, кровянистые), появляющиеся при надавливании или самопроизвольно. Частота перерождения фиброаденоматоза в рак составляет 20 %.

Фиброаденома — наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль молочной железы. Она чаще наблюдается в возрасте 20 — 35 лет в основном в виде одиночного узла, имеет округлую форму, четкие контуры, ровную гладкую поверхность, не спаяна с окружающими тканями. Ее пальпация безболезненна. В положении лежа опухоль при пальпации не исчезает.

Тактика. При подозрении на доброкачественные образования молочной железы необходимо направить пациентку на консультацию к онкологу. Диффузные формы мастопатии, особенно на ранних стадиях, успешно лечатся гормонами. При безуспешности консервативного лечения проводится секторальная резекция с обязательным гистологическим исследованием. Узловатые формы подлежат оперативному лечению.

Особенности ухода за больными

При подготовке к плановым операциям на легких (тораэтомии, лобэтомии, пневмонэтомии) необходимо научить пациента элементам дыхательной гимнастики, убедить его отказаться от курения. При выделении мокроты следует обеспечить его плевательницей с притертой пробкой и обучить правилам ее дезинфекции. Для лучшего опорожнения полости абсцесса от гноя пациента учат осуществлять постуральный дренаж в течение 30 — 60 мин несколько раз в сутки. Также пациента психологически готовят к мысли о необходимости дренирования полости плевры после операции, введения носовых катетеров, пребывания в отделении реанимации для обеспечения адекватного лечения. После операции на фельдшера возлагается ответственность по наблюдению за дренажами, чтобы обеспечивать постоянную аспирацию содержимого из плевральной полости и регистрировать количество и характер отделяемого. Нельзя допускать самопроизвольного удаления дренажа или его отсоединения от аспиратора. Для улучшения дренажной функции бронхов и удаления слизи проводятся ингаляции растворами бикарбоната натрия и химотрипсина. Необходимо следить за положением пациента в

постели — оно должно быть сидячим или полусидящим. Фельдшер обеспечивает тщательный уход за полостью рта, кожей пациента, следит за физиологическими отправлениями, осуществляет гигиенические процедуры. По назначению врача он вводит антибиотики, обезболивающие и сердечные препараты, проводит дезинтоксикационную терапию и оксигенацию. Рассмотрим особенности ухода за больными при операциях на молочной железе. В предоперационном периоде фельдшер обязан не только обеспечить успешное проведение операции (соматическую, медикаментозную подготовку), но и морально поддерживать пациентку, подготовить ее к адекватному восприятию косметического дефекта — отсутствия груди, наличия рубца, отека руки. В беседах необходимо заранее ознакомить женщину с планом ухода в первые дни после операции, а также дать рекомендации по реабилитации больной после выписки из стационара, чтобы в максимально короткий срок вернуть ее к полноценной жизни. Операция заканчивается введением дренажа в рану для оттока содержимого и предупреждения намокания асептической повязки, закрепленной лейкопластырем. Свободный конец трубки соединяется с емкостью («гармошка» или «груша»), из которой удален воздух для обеспечения вакуумного дренирования по Редону. Фельдшер осуществляет наблюдение и уход. Необходимо пережать дренажную трубку выше емкости, подложить под место соединения трубки с емкостью марлевую салфетку или шарик. Вращательными движениями осторожно отсоединяют емкость с жидкостью от трубки, выливают содержимое в мерную колбу. Путем сжатия выпускают воздух из емкости над сосудом с дезинфицирующим раствором и в таком виде присоединяют емкость к концу дренажной трубки.

«Синдром острого живота»

Цели

1. Учебная:

Студент должен иметь представление:

- о понятии определения синдрома «острый живот», основных клинических проявлениях, тактике медсестры на догоспитальном этапе.

Студент должен знать:

- ведущие симптомы при острой травме, воспалительных и невоспалительных заболеваниях органов брюшной полости;
- тактику медицинской сестры при оказании неотложной помощи пациентам с подозрением на острые хирургические заболевания органов брюшной полости до врачебного осмотра;
- основные проявления острых желудочно-кишечных кровотечений и меры неотложной помощи;
- объем предоперационной подготовки больного при экстренной и плановой операциях на органах брюшной полости;
- особенности сестринского процесса у пациентов после операций на органах брюшной полости.

Студент должен уметь:

- выявлять наличие острых заболеваний органов брюшной полости;
- выявлять осложнения при закрытой тупой травме живота;
- накладывать асептическую повязку при ранениях живота;
- собрать набор инструментов для лапароцентеза, аппендэктомии;
- выполнять манипуляции, связанные с предоперационной подготовкой пациента;
- осуществлять уход за дренажами брюшной полости;
- осуществлять уход за больными в послеоперационном периоде с учетом особенностей заболевания;
- выявлять и решать проблемы пациента в периоперативном периоде.

2. Воспитательная:

2.1. Воспитывать у студентов интерес к предмету, чувство ответственности при изучении данной темы, как основы хирургической деятельности медсестры в ЛПУ.

3. Развивающая:

3.1. Развивать у студентов умение анализировать, выделять главное, активизировать познавательную деятельность, направленную на систематизацию нового знания.

Ход

1. Организационный момент – 3 мин.
2. Постановка темы, плана и целей лекции – 5 мин.
3. Мотивация изучения нового материала – 3 мин.

План

1. Понятие определения синдрома «острый живот», основные клинические проявления.
2. Тактика медицинской сестры при оказании неотложной помощи пациентам с подозрением на острые хирургические заболевания органов брюшной полости на догоспитальном этапе.
3. Особенности сестринского процесса у пациентов после операций на органах брюшной полости.
4. Обобщение и систематизация изученного материала – 3 мин.
5. Задание на дом – 2 мин.

Оборудование: Тематические таблицы, мультимедийное оснащение.

Литература:

Основная:

1. Учебник. «Сестринское дело в хирургии» под редакцией Н.В.Барыкиной, В.Г.Зарянской. издательство «Феникс» г. Ростов-на-Дону. 2007 г., глава-17.
2. Учебник. «Сестринское дело в хирургии». Практикум. Н.В.Барыкина, О.В.Чернова, под редакцией Карабухина.Б.В. Издательство «Феникс» г. Ростов-на-Дону. 2008.г., стр.308-326.

Дополнительная:

1. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. (М., 1988).
2. Милонов А.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. (М., 1990)

Острый живот

В основе клинической картины острой хирургической патологии органов брюшной полости лежит раздражение (перитонизм) или воспаление брюшины (перитонит), которое при различных заболеваниях проявляется одинаково.

«Острый живот» — это собирательный термин, при котором развивается симптомокомплекс остро возникших болей в животе, представляющих угрозу жизни больного и требующих единой лечебной тактики — экстренной госпитализации, диагностики нозологической формы и нередко срочного оперативного вмешательства. Следует помнить, что нет «острого живота» без болей в животе, но может быть боль в животе без «острого живота».

Клиническая картина. В области живота возникает острая боль (локальная или разлитая, постоянная или схваткообразная, «кинжальная» или умеренная), часто появляются симптомы раздражения брюшины (локальная или разлитая болезненность при пальпации живота, локальное или разлитое напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина — Блюмберга). Нередко наблюдается тошнота или рвота, язык становится сухим, обложен налетом, а также появляются симптомы, характерные для основного заболевания. Термин «острый живот» может применяться лишь в качестве предварительного диагноза, так как недостаток времени и отсутствие возможности не позволяют диагностировать заболевание.

Этиология

Клиника острого живота может быть обусловлена следующими причинами:

- 1) внутрибрюшные воспалительные и деструктивные заболевания, требующие неотложной операции: острый аппендицит; острая кишечная непроходимость; острый холецистит, панкреатит; перфорация полого органа; эмболия или тромбоз мезентериальных сосудов; перитонит и абсцессы брюшной полости;
- 2) острые кровотечения в брюшную полость и просвет желудочно-кишечного тракта;
- 3) проникающие ранения и тупые травмы живота с повреждением внутренних органов;
- 4) острые гинекологические заболевания (внематочная беременность, острый сальпингофорит, апоплексия кист и др.);
- 5) заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующие неотложной операции: гастроэнтерит, пенетрирующие язвы, холецистит и печеночная колика, гепатит, карциноматоз брюшины; почечная колика, пиелонефрит, острый гидронефроз;
- 6) нехирургические заболевания: инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты; пневмония, плеврит; острая задержка мочи; грыжа межпозвоночного диска; переломы позвонков, ребер; гемолитические и лейкоэмические кризы, геморрагический васкулит, интоксикации свинцом, мышьяком и др.

Методы обследования

1. Объективные методы.

1. Опрос.

Основной жалобой больных при заболеваниях органов брюшной полости являются боли в животе, которые могут иметь различную локализацию и интенсивность. При механической непроходимости боли интенсивные, схваткообразные. «Опоясывающие» сильные боли характерны для острого панкреатита. Симптом перемещения болей с эпигастральной области в правую паховую область характерен для острого аппендицита. Боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку характерны для острого холецистита.

Рвота, однократная или повторяющаяся, характерна для большинства заболеваний. Рвота с кровью или «кофейной гущей» характерна для желудочно-кишечных кровотечений. Рвота кишечным содержимым возникает при кишечной непроходимости. Рвота съеденной пищей на фоне похудания больного свидетельствует о стенозе на уровне выходного отдела желудка. Отсутствие отхождения газов или стула и метеоризм (скопление газов в кишечнике) характерно для непроходимости кишечника. Отхождение кала черного цвета свидетельствует о кровотечении в желудочно-кишечный тракт.

2. Осмотр.

Обследование начинают с осмотра языка. Ни одно заболевание органов пищеварительного тракта не протекает без изменений слизистой оболочки полости рта. В норме язык влажный розовый без налета. Обложенность черным налетом характерна для желудочных кровотечений, коричневым — для патологии гепатопанкреа-толуоденальных органов, белым — для заболеваний желудка. Сухость языка указывает на обезвоживание организма и характерна для острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Далее оценивают форму живота, участие передней брюшной стенки в акте дыхания. Ограничение дыхательной экскурсии передней брюшной стенки характерно для местного или разлитого перитонита. У худощавых больных мышцы живота выражены хорошо. При обильном отложении жира форма живота меняется. При опущении внутренних органов в вертикальном положении подложечная область западает, а нижняя часть живота резко выпячивается. При наличии свободной жидкости в брюшной полости (асцит) в положении больного на спине передняя брюшная стенка уплощается посередине и расширяется по бокам («лягушачий живот»). Особое внимание обращают на наличие и расположение послеоперационных рубцов, участков пигментации кожи в виде буро-коричневых пятен после применения трелок. Необходимо тщательно осмотреть среднюю линию живота, область пупка, паховые области для выявления грыж. При циррозе печени наблюдается расширение вен передней брюшной стенки, по которым происходит отток крови из портальной системы в систему верхней или нижней полой вены. Расширение вен в области пупка носит название «голова медузы».

3. Пальпация.

Данный метод исследования дает важную информацию о состоянии органов брюшной полости. Больной должен находиться в горизонтальном положении на спине, голова на небольшой подушке, ноги согнуты в коленях и слегка отведены от средней линии. Руки фельдшера должны быть теплыми. Пальпацию следует осуществлять только сидя справа от больного. Осторожной ориентировочной пальпацией получают представление о тоне брюшных мышц. При выполнении пальпации целесообразно отвлечь внимание больного от обследования разговором на общие, не связанные с болезнью темы. Напряжение мышц (дефанс) может быть локальным (местным) при остром аппендиците, холецистите или разлитым при перитоните, который захватывает все этажи брюшной полости. Для перфорации полого органа характерен доскообразный живот. Напряжение мышц исчезает при далеко зашедшем перитоните и тяжелой общей интоксикации. Так как напряжение мышц живота является результатом рефлекторного раздражения брюшины, то оно может наблюдаться при нижнедолевой пневмонии, плеврите, инфаркте миокарда, забрюшинных гематомах и гнойниках, почечной колике, ушибах брюшных мышц. Напряжение мышц живота может быть слабо выражено у больных пожилого и старческого возраста, при глубоко расположенных абсцессах, снижении защитных сил организма, поздних стадиях перитонита. **При пальпации определяется локальная болезненность.** Метод позволяет определить нижние границы печени, увеличение желчного пузыря при остром холецистите и желтухе. Увеличенный безболезненный желчный пузырь на фоне желтухи характерен для рака головки поджелудочной железы (симптом Курвуазье). В положении на спине и на правом боку можно пропальпировать увеличенную селезенку. **Пальпация позволяет определить симптомы, характерные для заболеваний органов брюшной полости.** Наибольшее значение имеет **симптом Щеткина—Блюмберга** (осторожно надавливают на переднюю брюшную стенку над очагом воспаления и при резком отнятии пальцев кисти отмечается появление сильной боли или усиление болей). Симптом может быть **локальным** или **диффузным** в зависимости от распространенности процесса. Он связан с сотрясением пристеночной брюшины при быстром отнятии руки. При этом болевые ощущения оказываются более выраженными, чем при надавливании. Симптом Щеткина—Блюмберга характерен для любого заболевания, вызывающего раздражение брюшины.

Глубокая пальпация возможна только при хронических заболеваниях органов брюшной полости. Она позволяет обнаружить опухоли в желудке, толстой кишке, подвижные опухоли в брыжейке и яичнике, увеличение селезенки и печени.

4. Перкуссия

Большое значение имеет определение границ печеночной тупости. **Верхняя граница печеночной тупости** проходит по среднеключичной линии — шестое межреберье, переднеподмышечной линии — седьмое межреберье, передней срединной линии — восьмое межреберье. **Нижняя граница печеночной тупости** совпадает с реберным краем. **Уменьшение печеночной тупости** наблюдается при выраженном метеоризме, когда раздутые кишечные петли прилежат к краю печени. **Исчезновение печеночной тупости** характерно для пневмоперитонеума при поступлении в брюшную полость воздуха в результате перфорации стенки полого органа (желудок, кишка). Воздух распространяется между передней брюшной стенкой и поверхностью печени. С помощью перкуссии можно определить размер селезенки, наличие свободной жидкости в брюшной полости. **Перкуссия проводится в положении больного на спине, на левом и правом боку и в вертикальном положении.** Изменение перкуторного звука при перемене положения тела, например появление тимпанического звука вместо тупого, указывает на наличие свободной жидкости, которая перемещается в брюшной полости при изменении положения тела. В вертикальном положении можно обнаружить даже небольшое количество жидкости (до 1 л). При непроходимости кишечника наблюдается высокий тимпанит с металлическим оттенком (**симптом Валя**), который возникает над

предлежащей к передней брюшной стенке раздутой петлей кишки. **Перкуссия позволяет выявить участки болезненных ощущений:** при остром аппендиците — в правой подвздошной области, при прободной язве — в эпигастриальной области, при воспалении желчного пузыря — в правом подреберье.

5. Аускультация.

Отсутствие кишечных шумов характерно для пареза кишечника, что может свидетельствовать о развитии динамической кишечной непроходимости при синдроме острого живота или после операций на органах брюшной полости. Усиление кишечных шумов может иметь место на начальных стадиях механической непроходимости, когда усиливается перистальтика с целью проталкивания кишечного содержимого через препятствие.

2. Дополнительные методы.

Ультразвуковое исследование позволяет выявить свободную жидкость в брюшной полости (при перитонитах, внутрибрюшных кровотечениях), определить размеры, форму, повреждения паренхиматозных органов — печени, поджелудочной железы, селезенки, состояние желчного пузыря, внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков.

Эндоскопические методы позволяют осмотреть и выявить патологию пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (фиброгастродуоденоскопия), толстой кишки (фиброколоноскопия).

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить перфорацию полого органа (симптом серпа), признаки кишечной непроходимости (чаши Клойбера).

Контрастная рентгенография пищевода, желудка, толстой кишки позволяет диагностировать органические заболевания этих органов (язва, опухоль, сужение и т.д.).

Компьютерная томография имеет высокую разрешающую способность и помогает установить диагноз, если перечисленные методы не информативны.

Лапароцентез — диагностический прокол передней брюшной стенки. Обнаружение примеси крови, кишечного содержимого, мочи или мутного экссудата свидетельствует о повреждении внутренних органов.

Диагностическая лапароскопия — инвазивный метод, позволяющий осмотреть органы брюшной полости и в ряде случаев ликвидировать патологию в брюшной полости. Ее применяют в сомнительных случаях, когда клиническая диагностика заболевания затруднена.

Тактика. На догоспитальном этапе категорически запрещается вводить обезболивающие средства и антибиотики, делать клизмы и промывание желудка, использовать грелки и ванны, назначать слабительные и средства, усиливающие перистальтику, давать пищу и жидкости больному. Местно на живот применяют холод, обеспечивают физический и психический покой, больного экстренно госпитализируют в хирургическое отделение в положении лежа на носилках на спине или на боку.

Лечение. При очень сильных болях для профилактики шока допускается применение ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков. При гемодинамических расстройствах и явлениях шока проводят противошоковые мероприятия (назначают реополиглюкин, полиглюкин, кортикостероиды, сердечные средства), при клинике кровотечения — гемостатическую терапию (2 — 4 мл 1 % раствора викасола внутримышечно, 2 — 5 мл 12,5% раствора этамзилата внутривенно или внутримышечно). Сердечные гликозиды и сосудосуживающие препараты вводить нежелательно, так как они могут усилить кровотечение.

1. Открытые травмы живота

Различают **открытые** (ранения) и **закрытые повреждения живота**. Ранения делятся на **проникающие** (с повреждением пристеночной брюшины) и **непроникающие** (без повреждения брюшины). **Осложнением травм живота** является острый перитонит в результате повреждения полых органов и геморрагический шок паренхиматозных органов и сосудов.

Клиническая картина. Пострадавшие предъявляют жалобы на боль в области ранения, интенсивность которой зависит от вида, размеров и глубины проникновения ранящего предмета. Чаще встречаются резаные и колотые раны, реже — рубленые, ушибленные, укусы. Особо опасны огнестрельные ранения живота, так как они почти всегда сопровождаются повреждением внутренних органов и обильным внутренним кровотечением. При осмотре живота определяется нарушение целостности кожи с расхождением краев раны (зияние), как правило, отмечается кровотечение из раны. При проникающих ранениях на кожу живота из брюшной полости могут выпадать петли тонкой кишки, пряди большого сальника. При повреждении полых органов появляются положительные симптомы раздражения брюшины, а при массивных внутрибрюшных кровотечениях — признаки острого малокровия и геморрагического шока.

Тактика. Пострадавшему с открытой травмой живота необходимо ввести обезболивающие препараты (при длительной транспортировке возможно обезболивание закисью азота с кислородом для профилактики шока). Нельзя давать больному пить, есть, промывать желудок, делать клизму, прикладывать грелку. Кровотечение в области брюшной стенки останавливают наложением давящей повязки, проводят туалет раневой поверхности. Если имеются инородные тела в глубине раны, извлекать их запрещается. Если из раны пролабируют внутренние органы (петля кишки, сальник), их не вправляют, а обкладывают стерильными салфетками, смоченными в теплом водном растворе антисептика. Затем накладывают сухие салфетки, вокруг — ватно-марлевый валик и нетуго бинтуют. С профилактической целью возможно введение антибиотиков. При явлениях шока проводят противошоковые мероприятия (вводят противошоковые кровезаменители — полиглюкин, глюкокортикоиды, сердечные гликозиды, дыхательные analeптики, по показаниям — дают кислород). Больного необходимо тепло укрыть и срочно транспортировать в хирургическое отделение в положении лежа с повернутой набок головой и ногами, согнутыми в коленных суставах. Во время транспортировки наблюдают за пульсом, дыханием, сознанием и проводят ранее начатые мероприятия.

Лечение. Проводят только оперативное лечение. Ранения живота подлежат первичной хирургической обработке. Если во время операции установлено, что рана проникающая или об этом свидетельствует клиника острой хирургической патологии органов брюшной полости, внутреннего кровотечения, выполняют срединную лапаротомию, ревизию органов брюшной полости и ушивание (или резекцию) поврежденного органа, профилактику столбняка.

2. Закрытые травмы живота

При закрытой травме кожа и подкожная клетчатка не повреждаются. Закрытые травмы передней брюшной стенки **делят на травмы без повреждения внутренних органов** (ушиб передней брюшной стенки) **и с повреждением внутренних органов:** полых (желудок, кишка) или паренхиматозных (печень, селезенка, поджелудочная железа). Закрытые повреждения органов брюшной полости являются одним из наиболее тяжелых видов травм. Их причиной могут быть падение с большой высоты, автомобильные аварии, сдавления, прямой удар по животу или спине.

Тактика. Тактика такая же, как при остром животе.

Ушиб передней брюшной стенки.

Ушиб может сопровождаться разрывом мышц, апоневроза и кровеносных сосудов с формированием гематом.

Клиническая картина. Может наблюдаться картина острого живота, похожая на повреждение внутренних органов. Однако общее состояние страдает незначительно. Могут быть кровоподтеки или наружная гематома в области удара. Разрывы мышц проявляются острой болью в области разрыва, иногда вздутием живота, задержкой газов. Дефект мышечной ткани не пальпируется из-за гематомы.

Лечение. Консервативное лечение включает: покой, наложение холода, назначение обезболивающих. С 3-х суток применяют тепло, физиолечение. В сомнительных случаях при больших гематомах проводят диагностическую пункцию. По показаниям проводят оперативное вмешательство, при котором удаляют кровь, перевязывают кровоточащий сосуд и сшивают разорванную мышцу. При

нагноении гематому вскрывают и дренируют.

Повреждения желудка.

Повреждения желудка возникают в результате падения с большой высоты, сдавления, автомобильной аварии, непосредственного прямого удара.

Клиническая картина. Повреждения желудка характеризуются тяжелым шоком и быстрым развитием перитонита. Кожные покровы бледные, выступает холодный липкий пот, черты лица заострены, глаза запавшие, возможны спутанность или потеря сознания, тахикардия, несоответствие пульса и температуры, учащение дыхания, сухость языка. Отмечается отставание части передней брюшной стенки в акте дыхания, при пальпации наибольшая болезненность определяется в месте повреждения, напряжение мышц, положительный симптом Щеткина — Блюмбер-га, перкуторно в правом подреберье отмечается тимпанит.

Лечение. Проникающие разрывы лечатся оперативно: проводят лапаротомию и ушивание раны двухрядным швом, дренирование брюшной полости.

Повреждения кишечника.

Повреждения кишечника возникают преимущественно от прямого удара по животу, при транспортных катастрофах. Различают ушибы, разрывы, отрыв кишки от брыжейки.

Клиническая картина. В результате нарушения целостности стенки кишки появляются симптомы перитонита: боли в животе, рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина—Блюмберга и др. После попадания газа в брюшную полость исчезает печеночная тупость и выявляется притупление в отлогих частях живота. На обзорной рентгенограмме брюшной полости обнаруживается газ в поддиафрагмальном пространстве.

Лечение. Проводят срединную лапаротомию, ревизию органов брюшной полости и ушивание выявленной раны двух- или трехрядным швом. Нежизнеспособную оторванную от брыжейки кишку резецируют и накладывают анастомоз. Во время операции необходимо возместить кровопотерю и провести санацию брюшной полости.

Повреждения селезенки.

В основном встречаются закрытые повреждения селезенки, чаще после прямого удара в область левого подреберья. Степень повреждения селезенки бывает различной: субкапсулярные кровоизлияния, разрыв капсулы, повреждения паренхимы органа, отрыв селезенки от ножки.

Клиническая картина. Как правило, возникает острая боль в левом подреберье, которая нередко иррадирует в левое надплечье, лопатку. Пальпаторно отмечаются болезненность в левом подреберье, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. На коже видны ссадины на месте ушиба. Позднее живот вздувается, в его отлогих отделах выявляется притупление — признак скопления крови в брюшной полости. У больного развиваются признаки острой кровопотери — слабость, головокружение, бледность, холодный пот, тахикардия. В первые часы после травмы АД не всегда снижается, а показатели красной крови (количество гемоглобина, эритроцитов) остаются в пределах нормы.

Субкапсулярный разрыв селезенки протекает по типу двухфазного повреждения. В клинике первой фазы сразу после травмы признаки внутреннего кровотечения отсутствуют, и несколько дней или недель состояние человека остается удовлетворительным («светлый промежуток»). Во второй фазе капсула сегмента разрывается, и кровь начинает свободно поступать в брюшную полость, вызывая симптомы внутрибрюшного кровотечения.

Повреждения печени.

Повреждения печени принято делить на подкапсулярные гематомы, разрывы печени с повреждением капсулы и центральные разрывы печени, после которых внутри паренхимы печени образуется полость, заполненная желчью и кровью.

Клиническая картина. Больные поступают в хирургический стационар, как правило, в тяжелом состоянии или с признаками шока. Состояние пациентов с подкапсулярным разрывом может определенное время оставаться удовлетворительным. «Светлый промежуток» продолжается около суток, а затем (после прорыва гематомы в брюшную полость) развиваются признаки геморрагического шока. Сразу после травмы возникают боль в животе, тошнота, рвота. Локализация боли зависит от места разрыва печени (правая половина грудной клетки, правое подреберье, справа от пупка). У пациента бледные кожные покровы, тахикардия, снижается АД. В первые часы после травмы АД бывает в норме, также не всегда выявляются признаки анемии (по анализу крови). Важно осмотреть кожу пациента. Если обнаруживаются гематомы, ссадины в области печени, следует предположить нарушение ее целостности. Пальпация живота, особенно правого подреберья, болезненна. Отмечается притупление звука в отлогих местах живота. У большинства больных определяется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. Иногда удается выявить симптом «пупка» — резкую болезненность при надавливании на пупок вследствие натяжения круглой связки печени. Характерна резкая болезненность при глубокой пальпации живота без мышечного напряжения.

Для диагностики решающее значение имеют УЗИ, лапароцентез (обнаружение свежей крови в животе), диагностическая лапароскопия.

Лечение. Разрыв печени ушивают кетгутовым швом, разможенную паренхиму удаляют, чаще делают краевую или клиновидную резекцию печени. Во время операции удаляют сгустки крови и санируют брюшную полость. По показаниям возмещают кровопотерю. Целесообразно выполнить реинфузию крови.

Повреждения поджелудочной железы.

Повреждения поджелудочной железы часто наступают в результате ранений и тяжелых закрытых травм живота (при падениях с высоты, автомобильных катастрофах). Они часто осложняются панкреатитом.

Клиническая картина. Сразу после травмы появляется острая боль в эпигастриальной области. Общее состояние быстро ухудшается, возникают резкая бледность, двигательное беспокойство, режущая адинамия, пульс становится частым и мягким, позднее определяются напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины. По общему анализу крови устанавливаются лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево. У пострадавшего нередко повышается содержание диастазы в моче и амилазы в сыворотке крови.

Лечение. Если заподозрен ушиб поджелудочной железы, лечение начинают с консервативных мероприятий. Больного переводят на парентеральное питание и наблюдают за ним, обращая внимание на появление признаков перитонита или внутреннего кровотечения, и контролируют содержание амилазы в крови и моче.

При появлении клиники внутреннего кровотечения, деструктивного панкреатита или разлитого перитонита показано хирургическое вмешательство после активной подготовки пациента. Проводится верхняя срединная лапаротомия. Разрывы железы подлежат ушиванию и дренированию.

Особенности ухода за пациентом при травме живота

При повреждении живота пациент находится на строгом постельном режиме. Перед операцией в период наблюдения пострадавшему нельзя вводить обезболивающие препараты, ему запрещают пить и есть. Перед операцией проводится интенсивная инфузионная терапия, измерение АД и температуры тела, подсчет пульса, исследование общего и биохимического анализа крови и мочи. После операции пациента помещают, как правило, в реанимационное отделение. После выхода из наркоза ему придают в постели положение полусидя. Проводится уход за дренажами, учитывается количество и качество выделяемой жидкости по дренажам, суточный диурез. Следят за частотой пульса, АД и температурой тела, повязкой в области послеоперационной раны. Проводится профилактика послеоперационной тромбоэмболии и легочных осложнений. Через сутки пациенту разрешают поворачиваться в постели, заниматься дыхательной зарядкой. Первые сутки у больного в желудок введён зонд. Сначала проводится парентеральное питание и на 2-е сутки разрешается пить дробными порциями. Есть жидкую пищу можно только с 3 — 4-х суток при восстановлении моторики кишечника.

3. Перитонит

Перитонит — это воспаление брюшины, сопровождающееся местными и общими симптомами заболевания и значительными нарушениями деятельности важнейших органов и систем организма. Перитонит может быть первичным, вторичным и третичным.

Этиология

Первичный перитонит — крайне редкая форма перитонита. У взрослых первичный перитонит чаще всего является осложнением асцита при циррозе печени — так называемый асцит-перитонит, когда содержащаяся в брюшной полости жидкость инфицируется. У детей наблюдают перитонит новорожденных.

Вторичный перитонит — наиболее частая форма абдоминальной инфекции и основная причина абдоминального сепсиса у хирургических больных. В 80 % случаев причиной вторичного перитонита являются деструктивные и посттравматические поражения органов брюшной полости (перфорация, панкреонекроз, ранения и травмы живота и внутренних органов), в 20% случаев — послеоперационный перитонит (несостоятельность анастомозов, неадекватное дренирование брюшной полости при первой операции и др.).

Третичный перитонит — перитонит без источника инфекции, развивается у больных в критических состояниях при выраженном истощении защитных сил организма. Заболевание отличается сложностью диагностики и лечения.

Причиной перитонита является проникающая в полость брюшины инфекция:

- аэробная;
- анаэробная;
- смешанная.

Классификация

1. По распространенности выделяют:

• **местный перитонит**, при котором поражены менее двух анатомических областей брюшной полости (ограниченный — инфильтрат или абсцесс и неотграниченный — процесс локализуется только в одном из карманов брюшины);

• **распространенный перитонит** (диффузный — процесс охватывает от двух до пяти анатомических областей брюшной полости и разлитой — поражение более пяти анатомических зон брюшной полости).

2. По характеру содержимого брюшной полости перитониты классифицируют:

- на серозно-фибринозные;
- фибринозно-гнойные;
- гнойные;
- каловые;
- желчные;
- геморрагические;
- химические.

3. В зависимости от течения процесса выделяют фазы:

- 1) отсутствия признаков сепсиса;
- 2) сепсиса;
- 3) тяжелого сепсиса (полиорганная недостаточность).

Клиническая картина

Различают три стадии развития перитонита:

- 1) реактивную (1-е сутки от начала развития перитонита);
- 2) токсическую (24 — 72 ч от начала заболевания);
- 3) терминальную (спустя 72 ч).

Поскольку перитонит является вторичным заболеванием, то на фоне клинических проявлений основной патологии появляются симптомы перитонита. **Классическим симптомом перитонита является постепенно нарастающая сильная боль в животе.** Вначале она локализуется в области источника перитонита, затем распространяется по всему животу. Через некоторое время начинается интоксикация. Лицо пациента бледное, черты заостренные, глаза западают, вокруг них появляются темные круги. В запущенных случаях выявляют **лицо Гипократа**. Появляются **тошнота и рвота** сначала желудочным содержимым, потом кишечным. Часто к рвоте присоединяется икота. Язык при осмотре сухой с коричневым налетом.

С первых часов болезни наблюдается задержка газов и стула. Для перитонита характерны повышение температуры тела, учащение (до 120—140 уд./мин) и слабость наполнения пульса, поверхностное частое дыхание из-за болей в животе. Живот может быть асимметричным, в акте дыхания не участвовать, или плоским (доскообразным). При пальпации в начальной стадии заболевания наблюдают напряжение мышц передней брюшной стенки (дефанс), отмечается **положительный симптом Щеткина—Блюмберга** и

болезненность по всему животу. При присоединении кишечной паралитической непроходимости живот будет постепенно увеличиваться в объеме (вздутие живота). **Отмечается задержка газов и стула.**

При перкуссии определяется выраженность и распространенность перкуторной болезненности, притупление в боковых и нижних отделах живота или высокий тимпанит при парезе кишечника. **При аускультации** прослушивается ослабление перистальтики в начале заболевания и ее полное отсутствие в разгар болезни.

Диагностика

Исследование пальцем прямой кишки выявляет болезненность брюшины в дугообразном пространстве (симптом Куленкампа).

В общем анализе крови определяются высокий лейкоцитоз, лимфопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ; **в общем анализе мочи** — лейкоциты и белок.

Лечение.

Все больные острым перитонитом подлежат экстренному оперативному лечению в комплексе с интенсивной предрадиацией и консервативным лечением в послеоперационном периоде. При операции проводятся лапаротомия с устранением причины, вызвавшей перитонит, санация брюшной полости множественным дренированием для постоянной эвакуации содержимого.

Правила ухода за пациентом.

После выведения пациента из наркоза его укладывают в положение Фовлера. Парентеральное питание продолжается 3 — 4 сут до восстановления перистальтики кишечника. Пациенту проводится интенсивная инфузионная терапия по назначению врача.

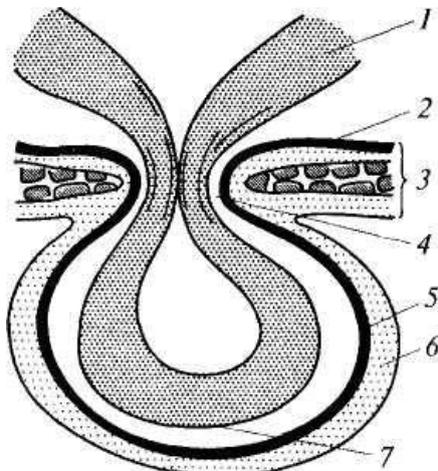
Для профилактики послеоперационных осложнений проводится дыхательная и лечебная физкультура. При применении антикоагулянтов для профилактики тромбозов медсестра наблюдает за кожными покровами и слизистыми на наличие гематом и кровоизлияний, за цветом мочи и кала. Ежедневно проводятся перевязки послеоперационной раны и промывание брюшной полости через дренажи: жидкость вводят через верхние дренажи и следят за ее выделением по нижним дренажам. Лаваж проводят 3 — 7 сут, внимательно следя за количеством вводимой и вытекающей жидкости. При нарушении оттока жидкости или появлении геморрагического экссудата срочно вызывают врача. Для ликвидации пареза кишечника во время операции вводят зонд в желудок и зонд в кишечник, по которому впоследствии проводится постоянная аспирация содержимого. На 4 — 6-е сутки зонд из кишечника удаляют.

Пить можно со 2 — 3-х суток малыми порциями, кормить начинают после восстановления перистальтики, разрешая сначала только жидкую пищу. Фельдшер обязательно ведет учет потери жидкости с мочой (в мочевого пузыря вводится постоянный катетер), рвотой, отделяемым из дренажей для контроля водного баланса. Необходимо проводить профилактику пролежней.

Эффективность лечения контролируется фельдшером по состоянию пациента, его реакции на окружающее, пульсу, АД, дыханию, суточному количеству мочи и другим лабораторным показателям.

4. Грыжи живота

Грыжа живота — это выход из брюшной полости внутренних или приобретенные дефекты брюшной стенки под кожу или в другие полости. Грыжи встречаются у 3 — 5 % населения. **Различают наружные и внутренние, врожденные и приобретенные, вправимые и невправимые грыжи живота.** **Наружные грыжи живота** образуются в анатомически слабых местах брюшной стенки (паховый канал, бедренный канал, пупочное кольцо, белая линия живота, диафрагма), области послеоперационных рубцов, травм или воспалительных процессов (послеоперационные грыжи). **Грыжа состоит из грыжевых ворот, грыжевого мешка и его содержимого.**



Основные элементы грыжи:

1 — отводящая кишка; 2 — париетальная брюшина; 3 — передняя брюшная стенка; 4 — грыжевые ворота; 5 — грыжевой мешок; 6 — оболочки грыжевого мешка; 7 — грыжевое содержимое — петля кишки

Грыжевые ворота — это врожденные или приобретенные отверстия в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через которые внутренние органы выходят из брюшной полости. Они образуются в естественных местах, где через брюшную стенку проходят сосуды, нервы, семенной канатик, или возникают в результате травм брюшной стенки, операционных ран и рубцов.

Грыжевой мешок образован париетальной брюшиной, вышедшей через грыжевые ворота. Иногда стенку грыжевого мешка может составить орган, частично покрытый брюшиной (мочевой пузырь, почка, слепая кишка и пр.). Такие грыжи называются скользящими.

Грыжевым содержимым называют внутренние органы, выходящие в грыжевой мешок из брюшной полости. Чаще всего это большой сальник, петли тонкой кишки.

Виды грыж.

Пупочные грыжи образуются в области пупка. У новорожденных детей может наступить самоизлечение. Консервативное лечение до 2 — 3 лет заключается в проведении массажа и занятиях лечебной физкультурой, направленной на развитие брюшного пресса. В более поздние сроки пупочное кольцо самостоятельно не закрывается и в возрасте старше 5 лет необходимо оперативное лечение.

Приобретенные пупочные грыжи встречаются довольно часто у взрослых.

Паховыми грыжами называются грыжи, которые образуются в паховой области. Они значительно чаще встречаются у мужчин. Они могут быть прямыми, косыми и пахово-мошоночными. Прямые паховые грыжи имеют шарообразную форму и расположены выше паховой складки, косые имеют овальную форму и идут по паховой складке.

Пахово-мошоночные грыжи выходят в мошонку.

Бедренные грыжи возникают в основном у женщин и встречаются значительно реже паховых. Она располагается на бедре ниже

паховой складки. **Диафрагмальные грыжи** чаще бывают врожденными и представляют собой порок развития диафрагмы. Приобретенные диафрагмальные грыжи встречаются после травмы или возникают в области пищевого отверстия. При этих грыжах возникают расстройство дыхания, сердечной деятельности, одышка, особенно после еды. Для грыж пищевого отверстия диафрагмы характерны рвота, боли в животе, изжога. При рентгенологическом исследовании с контрастным веществом в области грудной клетки видны петли кишечника.

Послеоперационные грыжи составляют около 15 % грыж. Они образуются в области послеоперационного рубца, чему способствуют проведенные через операционную рану тампоны и дренажи, инфицирование и нагноение операционной раны, ухудшение регенерации тканей, повреждение нервов во время операции, большая нагрузка в послеоперационном периоде. Наружные грыжевые оболочки представлены рубцовой тканью, плотно сращенной с грыжевым мешком или кожей с подкожной клетчаткой и операционным рубцом посередине. Грыжевые ворота и окружающие ткани также рубцово изменены. Послеоперационные грыжи часто невправимы.

5. Ущемленные грыжи

Ущемление — это сдавление содержимого грыжи в области грыжевых ворот. В результате ущемления в грыжевом содержимом прекращаются кровоснабжение и иннервация, развиваются застой крови и некроз тканей.

Клиника

Важнейшими симптомами ущемленной грыжи являются внезапно возникающие боли в области грыжи, ее увеличение, невправимость, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Грыжи развиваются постепенно. При тяжелой физической нагрузке больной ощущает покалывающие боли на месте формирующейся грыжи. Боли вначале мало беспокоят, но постепенно нарастают и начинают мешать при движении. Через некоторое время больной обнаруживает у себя выпячивание, которое увеличивается при физической нагрузке и исчезает в покое. Выпячивание постепенно увеличивается и приобретает округлую или овальную форму, появляется при малейшей физической нагрузке. Если выпячивание самостоятельно исчезает в покое, в горизонтальном положении или при легком надавливании руками на него, то такая **грыжа называется вправимой**. При вправимой грыже отмечается положительный симптом кашлевого толчка — ощущение толчка ладонью, приложенной к грыжевому выпячиванию при кашле. **При невправимой грыже** грыжевое выпячивание не меняет величины и формы или несколько уменьшается в покое и при надавливании на нее. Как правило, такие больные жалуются на постоянные боли, усиливающиеся при физической нагрузке, иррадиацию болей по всему животу, диспептические расстройства. Через некоторое время развивается картина острой кишечной непроходимости: схваткообразные боли в животе, рвота, задержка стула и газов.

При ущемлениях наибольшие изменения возникают в области странгуляционной борозды на месте сдавления грыжевого содержимого. В результате венозного застоя развиваются отек содержимого [грыжи, экссудация в просвет полого органа и в просвет грыжевого мешка или в окружающие ткани (при ложных грыжах)]. Экссудат бывает сначала прозрачным, в последующем геморрагическим, гнойным. Экссудат в грыжевом мешке называют грыжевой водой. Распространение воспалительного процесса на окружающие ткани приводит к воспалению грыжи, развитию свищей, перитонита, сепсиса.

Насильственное или самостоятельное вправление ущемленной грыжи, ее вправление во время операции может вызвать следующие осложнения: повреждение грыжевого содержимого с развитием перитонита и внутреннего кровотечения; вправление некротически измененного грыжевого содержимого с развитием перитонита.

Тактика. При ущемленной грыже противопоказаны тепловые процедуры, обезболивание, спазмолитики, попытки ручного вправления.

Показана экстренная госпитализация в хирургический стационар на носилках в позу, удобной для больного. При самопроизвольном впадении при транспортировке также показана экстренная госпитализация для динамического наблюдения больного в стационаре.

Лечение. Основным методом лечения грыж живота является **оперативный — грыжесечение. Консервативному лечению** подлежат грыжи у детей до 4 лет, если они вправимы и не ущемились. При консервативном лечении используются массаж мышц живота, лечебная физкультура, игры без физической нагрузки.

Противопоказанием к оперативному лечению неущемленных грыж являются: выраженная дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, активный туберкулез, злокачественные опухоли. Носить бандаж тем, кто будет оперироваться, противопоказано, так как длительное ношение способствует расширению грыжевых ворот.

Применяют несколько видов оперативных вмешательств — аутогерниопластику (закрытие грыжевых ворот осуществляют с помощью собственных тканей больного) и **аллогерниопластику** (используют различные синтетические трансплантаты, как правило, из полипропилена). Ущемленные грыжи требуют экстренного хирургического вмешательства.

Перед плановой операцией пациенту проводится амбулаторное обследование. В стационаре накануне операции вечером и утром делается очистительная клизма. Операция, как правило, проводится под местной анестезией.

При обширных вентральных грыжах перед операцией в течение 2 недель туго бинтуют живот для профилактики резкого повышения внутрибрюшного давления, проводят лечебную физкультуру и обучают грудному дыханию.

При ущемленной грыже пациента срочно госпитализируют в хирургическое отделение для неотложной операции. Введение обезболивающих и спазмолитиков недопустимо, так как может произойти самовправление. Подготовка к операции проводится не более 1,5 ч. Начинают операцию под местной анестезией.

Особенности послеоперационного ухода.

После операции (грыжесечение) пациенту назначают постельный режим на 2 сут. Через 2 ч после операции, прошедшей без осложнений, разрешают пить и принимать жидкую пищу. На 2-е сутки пациента переводят на общий стол. После подъема с постели пациенту рекомендуют носить плотный пояс вокруг живота в течение 1 — 2 недель и ограничивать физическую нагрузку на 3 — 4 недели. После операции по поводу пахово-мошоночной грыжи для уменьшения отека мошонки применяют суспензорий.

6. Осложнения язвенной болезни

К осложнениям язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки относят перфорацию (прободение), пилородуоденальный стеноз, малигнизацию, кровотечение, пенетрацию.

1. Перфорация.

Прободение — это сквозной дефект стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в области язвы, проникающей в свободную брюшную полость. С момента перфорации желудочно-дуоденальное содержимое поступает в свободную брюшную полость, развивается острый перитонит. Задачей фельдшера является распознавание перфорации без уточнений локализации и причин, вызвавших ее.

Клиническая картина. Прободение язвы начинается с острой и сильной боли, чаще в области эпигастрия или правого подреберья, реже — в области левого подреберья. Боль характеризуется как «кинжальная». Сначала она иррадирует под правую или левую лопатку, в надключичные области, различные области живота.

Характерно выраженное напряжение мышц переднебоковой стенки — живот втянут, имеет форму лады, консистенцию доски. У мужчин возможно подтягивание яичек к поверхностным паховым кольцам и полового члена к передней брюшной стенке вследствие напряжения мышц, поднимающей яичко, и к поверхностной фасции живота (симптом Бернштейна). Попадание из просвета желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость воздуха и его концентрация в области печени обуславливают наличие типичных симптомов, например **симптома Спигарного** (проявление пневмоперитонеума) — уменьшение или исчезновение притупления перкуторного звука в области печени. **При УЗ И, рентгенологическом исследовании больного в положении стоя свободный газ в**

брюшной полости определяется, как правило, в форме серпа, при исследовании в положении на спине — под печенью или впереди от нее в форме полосы, а при исследовании в положении на левом боку — сбоку от печени в форме полосы.

Дальнейшая клиническая картина обуславливается развитием перитонита. Прободная язва может стать прикрытой (кусочками пищи, фибрином, спайками, сальником), что вызывает уменьшение симптоматики. В любой момент с открытием перфорационного отверстия возможно повторение начала прободения или ухудшение состояния.

Диагностика осуществляется по общепринятым принципам диагностики перитонита с использованием методов обследования желудка и двенадцатиперстной кишки.

Тактика. Тактика такая же, как и при остром животе. Обезболивание категорически противопоказано!

Лечение. Лечение осуществляют по общепринятым принципам лечения перитонита. В основном оно оперативное. Во время операции прободное отверстие язвы ушивают, возможно иссечение или резекция желудка. Операция может быть дополнена стволовой ваготомией, а при явлениях стеноза — пилоропластикой, гастроэнтероанастомозом.

2. Пилородуоденальный стеноз.

Сужение, которое развивается в результате отека, инфильтрата, спазма пилородуоденального отдела в области язвы и ее рубцевания, называется пилородуоденальный стеноз.

Клиническая картина.

Различают три степени стеноза.

1. Стадия компенсации. В стадии компенсации состояние больных удовлетворительное. На фоне язвенного симптомокомплекса отмечается чувство полноты и тяжести в эпигастриальной области после обильного приема пищи, которое уменьшается вместе с болью или исчезает после рвоты. Несколько чаще, чем прежде, появляются изжога, рвота желудочным содержимым с кислым привкусом, тошнота, отрыжка.

Эвакуация из желудка рентгеноконтрастной массы замедлена до 6—12 ч.

2. Стадия субкомпенсации. Для стадии субкомпенсации характерны резкие схваткообразные боли, сопровождающиеся переливанием, урчанием, что связано с усиленной перистальтикой желудка. Усиливается чувство тяжести и полноты в эпигастриальной области. Типична отрыжка с неприятным запахом сероводорода вследствие длительной задержки пищи в желудке. Часто возникает обильная рвота, приносящая облегчение. Рвотные массы содержат пищу, принятую задолго до рвоты. Наблюдаются общая слабость, быстрая утомляемость, истощение, нарушения водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия. Эвакуация из желудка рентгеноконтрастной массы наступает не позже чем через 24 ч.

3. Стадия декомпенсации характеризуется декомпенсацией моторно-эвакуаторной функции желудка, сопровождающейся ослаблением его перистальтики и более выраженными симптомами, чем при субкомпенсированном стенозе. Обильная рвота, иногда многократная, возникает каждый день. Рвотные массы содержат зловонные разлагающиеся многодневные пищевые остатки. После рвоты наступает облегчение на несколько часов. У некоторых больных возникает диарея вследствие поступления продуктов брожения из желудка в кишечник. Больные резко обезвожены, адинамичны. Отмечаются сухость языка, слизистых оболочек, кожи, снижение тургора кожи.

Эвакуация из желудка рентгеноконтрастной массы задерживается более чем на 24 ч.

При стенозе нарушения водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия могут приводить к уменьшению ОЦК, гипокалиемии, гипохлоремии, метаболическому алкалозу. Уменьшение ОЦК сопровождается головокружением, обмороками, коллапсом, тромбозами, снижением АД, ослаблением и учащением пульса, бледностью и похолоданием кожи, снижением диуреза. Гипокалиемия проявляется мышечной слабостью, парезами и параличами. Гипокалиемические расстройства межреберной мускулатуры и диафрагмы могут привести к нарушениям и остановке дыхания, эти же расстройства сердечной мышцы — к аритмиям и остановке сердца, расстройству мышечной ткани в стенке желудка и кишечника — к их динамической непроходимости. При алкалозе снижается уровень плазменного кальция, вследствие чего развивается гастрогенная тетания: общие судороги, тризм, сведение пальцев кистей (рука акушера — симптом Труссо), подергивание мышц лица при поколачивании в области ствола лицевого нерва (симптом Хвостека).

Диагноз уточняется во время рентгенологического исследования, фиброгастродуоденоскопии и др.

Лечение. Проводят только хирургическое лечение. Предоперационная подготовка включает противоязвенное лечение, терапию нарушений водно-электролитного обмена, систематическую аспирацию желудка через зонд. Как правило, выполняют резекцию желудка или ваготомию с пилоропластикой.

3. Малигнизация язвы.

Озлокачествление с исходом в рак наблюдается чаще при хронических, особенно каллезных, язвах, преимущественно у больных среднего и пожилого возраста, чаще у мужчин. Язва желудка является предраковым заболеванием, язва двенадцатиперстной кишки малигнизируется крайне редко.

Наиболее часто рак желудка локализуется в области пилороантрального отдела, малой кривизны и кардиального отдела, реже — в области тела, дна и большой кривизны.

Рак желудка может распространяться на пищевод и двенадцатиперстную кишку, прорастая во все слои желудка: поджелудочную железу, желудочно-ободочную связку, поперечную ободочную кишку и ее брыжейку, большой и малый сальники, на диафрагму, заднюю брюшину, печеночно-двенадцатиперстную связку, в печень, селезенку, брюшную стенку.

Метастазирование рака желудка чаще всего происходит по четырем основным лимфатическим коллекторам и в соответствии с локализацией лимфатических узлов включает четыре этапа. В первую очередь поражаются регионарные лимфатические узлы и узлы, расположенные по ходу крупных артериальных сосудов, брюшной аорты. Метастазирование в отдаленные ткани и органы осуществляется преимущественно **гематогенным путем**. **Импламентационное метастазирование** возможно после прорастания всех слоев желудка, при этом метастатическое обсеменение брюшины называется канцероматозом.

Отдаленные метастазы рака желудка наблюдаются в надключичных лимфатических узлах между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (вирховский метастаз), яичниках (крукенберговский метастаз), брюшине заднего дуласова пространства (метастаз Шнитцлера), пупке, печени, поджелудочной железе, селезенке, почке, надпочечниках, легких, плевре, костях, мозге и других тканях и органах.

Клиническая картина. На ранней стадии рак желудка не имеет специфических симптомов, на поздней характерно многообразие клинической картины, что связано с локализацией опухоли, ее макроскопической формой и гистологической структурой, распространением и метастазированием. Боль в эпигастриальной области бывает различного характера и интенсивности. Если опухоль не выходит за пределы органа, различают две разновидности болей:

- 1) постоянные, тупые, ноющие, не зависящие от приема пищи или слегка усиливающиеся после еды;
- 2) периодические, острые, возникающие спустя некоторое время после приема пищи.

При распаде опухоли, развитии гнилостных процессов, нарушении эвакуации содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку наблюдаются изжога, рвота, тошнота, отрыжка. При пальпации в эпигастральной области определяется опухолевидное образование.

При раке пилороантрального отдела характерна симптоматика пилородуоденального стеноза. Рак средней и верхней трети малой кривизны, тела и большой кривизны желудка долго может протекать бессимптомно. При раке кардиального отдела желудка клиника сходна с раком пищевода. Рак дна желудка относится к «немым» ракам.

На поздних стадиях клиническая картина дополняется синдромом малых признаков, симптомами распространения и метастазирования рака желудка.

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют следующие клинические формы рака желудка: **гастралгическая (болевая), диспептическая, стенотическая, анемическая, кардиальная, энтероколитическая, печеночная, асцитная, метастатическая, легочная, «немая», фибрильная.**

Диагностика осуществляется на основании данных фиброгастродуоденоскопии с биопсией опухоли, рентгенологического исследования.

Лечение. Лечение осуществляется по общепринятым принципам лечения опухолей. Его основой является хирургический метод — гастрэктомия с удалением опухоли, регионарных лимфатических узлов, малого и большого сальников.

При неоперабельных раках желудка для облегчения страдания больных, предупреждения голодной смерти проводят паллиативные операции: гастрознтероанастомоз, гастростомию, еюностомию.

7. Желудочно-кишечные кровотечения

Известно более 100 заболеваний, осложняющихся желудочно-кишечными кровотечениями. Кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта принято разделять на кровотечения язвенной и неязвенной этиологии.

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является причиной геморрагии у 45—54% больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Язвенная болезнь осложняется кровотечением у 10—15% больных. Соотношение кровоточащих желудочных и дуоденальных язв составляет 1: 3.

Пептические язвы после перенесенных оперативных вмешательств по поводу язвенной болезни обычно располагаются в области анастомоза, отводящей или приводящей петель тощей кишки.

2. Синдром Маллори—Вейсса — разрывы слизистой оболочки и подслизистого слоя абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка — является причиной кровотечений у 20% больных. В последние годы этот синдром диагностируют значительно чаще благодаря широкому применению эндоскопии. В основном страдают мужчины после злоупотребления алкоголем, когда после многократной рвоты появляется кровавая рвота.

3. Эрозивные заболевания желудочно-кишечного тракта и острые язвы наблюдаются у 10—15% больных с гастродуоденальными кровотечениями.

4. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода наблюдаются у 8—10% больных. Основная причина кровотечений — портальная гипертензия при декомпенсированном циррозе печени. Нарушения целостности вен чаще бывают в нижней трети пищевода. Кровотечения обычно массивные и сопровождаются высокой летальностью.

5. Рак желудка проявляется кровотечением в поздней стадии заболевания, при распаде опухоли. При первично-язвенной форме рака кровотечение может быть одним из первых проявлений заболевания.

6. Кровотечения из нижнего отдела пищеварительного тракта составляют около 5—8% и обычно сопровождаются выделением каловых масс, окрашенных темной или алой кровью или имеющих вид малинового желе. Мелена — выделение измененной крови с каловыми массами (дегтеобразный стул) — бывает редко — при локализации источника кровотечения в верхнем отделе тощей кишки. Кровотечения встречаются значительно реже, чем при локализации в верхнем отделе пищеварительного тракта, и имеют профузный характер. Анемия развивается при длительной кровопотере.

При незначительном желудочно-кишечном кровотечении (меньше 50 мл) оформленные каловые массы имеют черную окраску. **К явным признакам кровотечения относят кровавую рвоту и стул с примесью крови. Кровавая рвота (гематемезис)** — выделение с рвотными массами неизменной или измененной (цвета кофейной гущи) крови — наблюдается при кровотечениях из желудка, двенадцатиперстной кишки, редко из верхнего отдела тощей кишки. **Мелена** наблюдается при потерях крови, достигающих 500 мл и более.

Клиническая картина. Ранними признаками острой массивной кровопотери являются: **внезапная слабость, головокружение, сердцебиение, иногда обморок.** Характер рвотных масс (алая кровь, сгустки темно-вишневого цвета или «кофейная гуща») зависит от локализации источника кровотечения в желудке или двенадцатиперстной кишке. **Многократная кровавая рвота** и появление впоследствии мелены наблюдаются при массивном кровотечении. **Рвота через короткие промежутки времени** свидетельствует о продолжающемся кровотечении. **Повторная рвота кровью через длительный промежуток времени** является признаком возобновления кровотечения. При обильном кровотечении кровь способствует быстрому раскрытию привратника, ускорению перистальтики кишечника и выделению каловых масс с примесью малоизмененной крови. Источником кровотечения у лиц молодого возраста чаще является язва двенадцатиперстной кишки, у больных старше 40 лет — язва желудка. Кровотечение возникает в период обострения язвенной болезни. Перед ним нередко отмечается усиление болевого синдрома, а с момента начала кровотечения — уменьшение или исчезновение болей. Кровотечение уменьшает или устраняет боли пептического характера в связи с тем, что кровь нейтрализует соляную кислоту.

Кровотечение может быть первым признаком протекавшей до этого бессимптомно или остро возникшей (стрессовая) язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Объективный осмотр.

При осмотре больной испуган, беспокоен. Кожные покровы бледные или цианотичные, влажные, холодные. Пульс учащен; АД может быть нормальным или пониженным. Дыхание частое. При значительной кровопотере больной испытывает жажду; отмечают сухость слизистых оболочек полости рта.

Ориентировочная оценка тяжести кровопотери возможна на основании внешних клинических проявлений кровотечения, измерения количества крови, выделившейся со рвотой, при аспирации из желудка и с жидким стулом. Важное значение имеет определение частоты сердечных сокращений, величины АД и шокового индекса.

Определение содержания гемоглобина, гематокрита, центрального венозного давления, ОЦК, почасового диуреза способствует более точной оценке тяжести кровопотери и эффективности лечения.

Тактика. Внутрь можно давать лед кусочками, 5% аминокaproновую кислоту по 1 столовой ложке, положить холод на область эпигастрия. Парентерально вводят гемостатические средства — 1% раствор викасола, 2—4 мл 12,5% раствора этамзилата (дицинона), 1—2 мл 0,025% раствора адроксона. При ухудшении гемодинамики и явлениях геморрагического шока проводят инфузионную терапию (препараты крахмала — инфукол, полиглюкин. При низком АД введение вазопрессоров противопоказано, так как они могут усилить кровотечение. Экстренную доставку в хирургический стационар (отделение реанимации) осуществляют при положении больного лежа на носилках, при большой кровопотере — с опущенным головным концом (можно поднять ноги).

Лечение в стационаре. Обследование и лечение больных с острым кровотечением осуществляют в хирургическом отделении или отделении реанимации, где проводят следующие мероприятия:

- катетеризация подчелюстной вены для восполнения дефицита ОЦК; измерение центрального венозного давления;
- зондирование желудка для его промывания и контроля за возможным возобновлением кровотечения;

- экстренная эзофагогастродуоденоскопия;
- определение степени кровопотери;
- постоянная катетеризация мочевого пузыря для контроля за диурезом (не менее 50 — 60 мл/ч);
- кислородная терапия;
- гемостатическая терапия;
- аутоотрансфузия (бинтование ног);
- очистительные клизмы для удаления крови, излившейся в кишечник.

Эндоскопия (эзофагогастродуоденоскопия) является наиболее информативным методом диагностики кровотечения. **По данным эндоскопии различают три стадии кровотечения, имеющие значение как для диагностики, так и для выбора метода лечения:** **I стадия** — активно кровоточащая язва; **II стадия** — признаки остановившегося свежего кровотечения: видимая культия сосуда, тромб, прикрывающий язву, остатки крови в желудке или двенадцатиперстной кишке; **III стадия** — отсутствие видимых признаков кровотечения.

Рентгенологическое исследование менее информативно.

В течение 5 — 7 сут назначают строгий постельный режим. Первые сутки кладут холод на эпигастральную область. Желудок промывают холодной водой. В течение первых 2 сут больной голодает, затем назначают стол № 1А по Певзнеру (нежирные бульоны, кисели, жидкие каши), с 4 — 5-х суток стол № 1. Больной принимает гемостатические препараты общего действия: внутривенно или внутримышечно 2 мл 1 % раствора викасола, 2 мл 12,5% раствора этамзилата натрия, внутривенно 5% раствор аскорбиновой кислоты. Из гемостатических препаратов местного действия назначают порошки или раствор аминокaproновой кислоты в дозе 0,5 г 4 раза в сутки. Из гормональных гемостатиков применяют реместип, сандостатин, октреатид (синтетический аналог вазопрессина). Назначают препараты, снижающие желудочную секрецию: блокаторы H₂-рецепторов гистамина (квamatел или раствор ранитидина) или блокаторы протонного насоса (омепразол, омез, лосек), антациды (алмагель, маолокс). Также применяют репаративные: солкосерил или актовегин по 4 мл 2 раза в сутки.

Инфузионная терапия осуществляется в зависимости от степени кровопотери: при I степени назначают растворы кристаллоидов в дозе 1 — 2 л/сут; II степени — растворы 25% коллоидов и 75% кристаллоидов в дозе 2 — 4 л/сут; III степени — растворы 30% свежзамороженной плазмы, 50% кристаллов, 20% коллоидов до 5 л/сут. Введение эритроцитной массы показано только по жизненным показаниям при крайне тяжелой степени кровопотери. Эффективны антигеликобактерные препараты (денол, оксациллин, трихопол).

Операции в зависимости от сроков их выполнения подразделяются на несколько групп — экстренные (при неэффективности консервативного лечения, профузном кровотечении или повторном кровотечении в стационаре), **срочные** (больным с неустойчивым гемостазом при высоком риске повторного кровотечения), **отсроченные** (после купирования явлений кровотечения до выписки больного из стационара).

8. Желчно-каменная болезнь. Острый холецистит

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) — это хроническое заболевание, характеризующееся образованием конкрементов (камней) желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Выделяют три основные причины образования камней — нарушения обмена веществ в организме, воспалительные изменения стенки желчного пузыря, застой желчи.

Холецистит

Холецистит — это воспаление желчного пузыря. Острый холецистит может быть калькулезным (с конкрементами в желчном пузыре) и некалькулезным (без камней желчного пузыря).

Классификация

1. По клинко-морфологической форме выделяют следующие виды холецистита:

- катаральный;
- флегмонозный;
- гангренозный (с перфорацией желчного пузыря или без перфорации).

2. Осложнениями острого холецистита могут быть:

- 1) острый панкреатит;
- 2) механическая желтуха;
- 3) вторичный гепатит;
- 4) холангит;
- 5) инфильтрат;
- 6) абсцесс брюшной полости;
- 7) перитонит.

Этиология

Причинами холецистита являются анатомо-функциональная и наследственная предрасположенность, врожденные нарушения в развитии желчных ходов, гиподинамия, беременность, функциональные хронические и органические изменения желчевыводительной системы, инфекция, острые и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергические заболевания, камни желчного пузыря, нарушение обменных процессов, глистная инвазия. В возникновении острого холецистита большую роль играют провоцирующие моменты, которые на фоне предрасполагающих факторов определяют вспышку острого воспалительного процесса. К провоцирующим моментам относятся все отрицательные воздействия, ослабляющие организм, угнетающие его защитные функции: переутомление, стресс, переданное, инфекционные заболевания.

Клиническая картина. Заболевание начинается, как правило, **после нарушения режима питания** — употребления острой, жирной пищи или алкоголя. Проявлением холецистита является печеночная колика — сильная распирающая боль в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, лопатку, правое плечо. **Острый холецистит сопровождается частой рвотой с примесью желчи, задержкой стула и газов, повышением температуры тела до 38 — 39°C.** При осмотре у пациента лицо гиперемировано, при осложнениях бледное с заостренными чертами, язык обложен серым налетом, живот вздут, не участвует в акте дыхания. При напряжении мышц живота боли усиливаются.

При пальпации живота определяются напряжение мышц брюшной стенки, боль в правом подреберье, положительные симптомы Мерфи, Керра, Ортнера, Мюсси, Щеткина — Бломберга. Определенное значение в диагностике имеет лабораторное исследование. При холедохолитиазе (конкременты общего желчного протока) может развиваться нарушение оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Тогда появляется механическая желтуха — у пациента отмечается желтушность кожных покровов и склер, моча становится темного цвета и кал обесцвечивается (ахолия).

При гепатите печень увеличивается и становится болезненной при пальпации.

При холангите (воспалении желчных протоков) наблюдаются увеличение печени, желтушность кожных покровов и слизистых, гектическая лихорадка.

Для подтверждения диагноза проводятся ультразвуковое обследование, компьютерная томография.

Диагностика

В общем анализе крови: определяются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анэозинофилия, лимфопения, увеличение СОЭ. **В общем анализе мочи:** определяются белок, лейкоциты, цилиндры. Уменьшается количество мочи. **В крови** увеличивается количество билирубина, С-реактивного белка, амилазы, появляются изменения в белковых фракциях сыворотки крови.

Тактика. На догоспитальном этапе больному необходимо дать 1 таблетку нитроглицерина под язык, ввести спазмолитики (2 мл 2% раствора папаверина или 2 мл но-шпы внутримышечно), антигистаминный препарат (1 мл 1% раствора димедрола), на область правого подреберья положить пузырь со льдом. Больному запрещается пить и есть. Показана экстренная госпитализация в хирургическое отделение в положении лежа на носилках.

Лечение. Приступ острого холецистита, как правило, купируется консервативными мероприятиями в условиях хирургического отделения. Пациенту назначается постельный режим, стол № 5.

Положение в постели должно быть с приподнятым головным концом функциональной кровати. В первые сутки рекомендуется прикладывать холод на область правого подреберья. Питание осуществляют парентерально. При неукротимой рвоте необходимо промыть желудок. В лечении используется антибиотикотерапия, дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия. Боли снимаются с помощью обезболивающих препаратов и спазмолитиков. При неэффективности консервативного лечения в течение 48 — 72 ч, деструктивной и осложненной форме холецистита выполняется операция удаления желчного пузыря — холецистэктомия.

Выделяют три вида операций: традиционную лапаротомную холецистэктомию или малоинвазивные операции — мини-лапаротомную холецистэктомию (с помощью набора инструментов «Мини-ассистент») и лапароскопическую холецистэктомию.

Лапароскопическая холецистэктомия — это «золотой стандарт» в лечении калькулезного холецистита. Операции методом лапароскопии выполняют через три-четыре прокола передней брюшной стенки с помощью видеолапароскопической стойки и специальных инструментов в условиях пневмоперитонеума. Операции характеризуются малой травматичностью, прекрасными косметическими результатами, значительным снижением риска образования послеоперационных грыж. Боли в послеоперационном периоде незначительные и не требуют назначения сильных анальгетиков. Явления пареза кишечника, как правило, отсутствуют. К концу 1-х суток больные встают и начинают ходить, принимать пищу. При неосложненном течении послеоперационного периода больных выписывают домой на 3 — 4-е сутки после операции.

При мини-лапаротомной холецистэктоми операцию выполняют из одного трансректального (через прямую мышцу живота) разреза длиной 3 — 5 см с помощью специальных инструментов и кольцевого ранорасширителя «Мини-ассистент». Эта методика разработана в России в Екатеринбурге профессором И.Д.Прудковым.

Правила ухода за пациентом.

Через 4 — 5 ч после выведения из общего наркоза пациента укладывают в постель в Fowlerовское положение. В первые 2-е суток проводят парентеральное питание, лекарственные препараты вводят строго по назначению врача. В этот период тщательно контролируются суточный Диурез, показатели гомеостаза, АД, частота пульса и температура тела. В течение 2 — 3 сут после операции у пациента в желудке находится зонд и проводится его промывание. Прием пищи через Рот начинается с 4-х сут (несладкий чай, протокваша). Непременным условием лечения на протяжении всего послеоперационного периода является занятие лечебной физкультурой и дыхательной гимнастикой. С 3 — 4-х суток пациенту разрешают вставать с постели и ходить. Перевязки послеоперационной раны и уход за дренажом проводятся ежедневно. Медицинская сестра тщательно следит за выделениями по дренажу, замечая нарушения его функции, примесь крови. В первые дни из дренажа, установленного в общем желчном протоке, должно выделяться до 500 — 600 мл желчи в сутки. Прекращение оттока по дренажу свидетельствует о выхождении трубки из протока. Обо всех изменениях надо срочно сообщать врачу. Дренажи и швы снимаются на 5 — 6-е сут.

9. Острый панкреатит

Острый панкреатит — это патологический процесс, при котором развиваются отек, аутолиз (саморасщепление) и некроз ткани поджелудочной железы с вторичным воспалением ткани поджелудочной железы. Различают отечную форму острого панкреатита и панкреонекроз (геморрагический, жировой, гнойный). Панкреонекроз может вызвать ряд осложнений — септический шок, полиорганную недостаточность, абсцесс и флегмону поджелудочной железы, кровотечения, разлитой перитонит, ложную кисту поджелудочной железы.

Этиология

К причинам панкреатита относятся особенности анатомического строения железы и заболевания желчных протоков, злоупотребление алкоголем, заболевания желудочно-кишечного тракта, тупая травма, хроническая инфекция в организме, беременность, длительное применение кортикостероидных препаратов, аллергические заболевания.

Клиническая картина. По клиническому течению различают легкие, средние, тяжелые и молниеносные формы острого панкреатита. Начало заболевания всегда острое. Постоянный симптом острого панкреатита — сильные, режущие боли в эпигастрии и в левом подреберье опоясывающего характера. Одновременно с болями появляются многократная рвота, не приносящая облегчения, диспептические явления, повышается температура тела. **При осмотре** у пациента бледное лицо с фиолетовыми кругами под глазами, язык сухой с серо-коричневым налетом, живот вздут и не принимает участия в дыхании. **При пальпации живота** определяются напряжение брюшной стенки, болезненность в эпигастрии и левом подреберье, положительные симптомы Керте, Воскресенского, Мейо—Робсона, Раздольского, Щеткина — Блюмберга. Боли могут быть очень сильными, до болевого шока, так как рядом с железой находится солнечное сплетение.

При перкуссии выслушивается притупление в эпигастриальной области, при аускультации живота — уменьшение или исчезновение кишечных шумов. Большое значение в диагностике имеют лабораторные методы исследования.

Диагностика

Общий анализ крови: выявляет лейкоцитоз, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. **При биохимическом анализе крови** определяется повышение уровня ферментов поджелудочной железы сыворотки крови — амилазы, липазы, трипсина, а также уровня глюкозы крови, билирубина. **В анализе мочи:** появляются белок, лейкоциты и эритроциты, уменьшается диурез, отмечается увеличение уровня амилазы в моче.

Для уточнения диагноза проводятся УЗИ, компьютерная томография, диагностическая лапароскопия.

Тактика. На догоспитальном этапе больному дают 1 таблетку нитроглицерина под язык, вводят спазмолитики (2 мл 2% раствора папаверина или 2 мл но-шпы внутримышечно), антигистаминный препарат (внутримышечно 1 мл 1% раствора димедрола или 2 мл 2,5% раствора пипольфена). Больному запрещается пить и есть. При психомоторном возбуждении внутримышечно назначают 1 мл 0,1% раствора атропина или 2 мл 0,5% раствора седуксена (реланиума). Показана экстренная госпитализация в хирургическое отделение в положении лежа на носилках.

Лечение. Основным методом лечения пациентов с острым панкреатитом является консервативный. Пациенту надо обеспечить покой. Ему придают положение Фовлера в постели, на область поджелудочной железы для утешения ее функции кладут холод. В течение 2 — 3 сут осуществляют парентеральное питание. Также проводится обезболивание, устранение ферментативной токсемии путем введения антиферментных препаратов (гордокс, контрикал), плазмы, альбумина, дезинтоксикационная и антибиотикотерапия, иммунотерапия и десенсибилизирующая терапия для повышения защитных реакций организма и снятия аллергического компонента. Высокоэффективны в первые 3 — 5 сут заболевания гормональные блокаторы поджелудочной железы сандастотин и октреотид. Для снижения желудочной

секреции назначают ее блокаторы: фамотидин, ранитидин, омепразол.

Показанием к оперативному лечению являются неэффективность консервативной терапии, появление осложненных форм панкреатита. Обычно проводятся лапаротомия с осмотром брюшной полости, дренирование сальниковой сумки вокруг поджелудочной железы, для декомпрессии желчных протоков обязательно накладывается холецистостома. Иногда выполняют резекцию хвоста и тела поджелудочной железы.

Правила ухода за пациентом.

Необходимо создать покой больному, уложить в теплую постель в положении Фовлера. Для создания покоя поджелудочной железе выполняются следующие мероприятия: вводится тонкий зонд в желудок и удаляется желудочное и дуоденальное содержимое, желудок промывается холодной щелочной водой, на область поджелудочной железы кладется пузырь со льдом. Пищу и воду нельзя принимать через рот в течение 4—5 сут, а иногда и больше. После отмены стола № 0 разрешается пить щелочную минеральную воду, затем некрепкий чай. На следующие сутки назначают стол № 1 и только через 4—8 сут пациенту можно разрешить стол № 2 и 5. После операции проводится такой же уход, как и после холецистэктомии.

10. Острый аппендицит

Аппендицит — это **неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки**. Аппендицит может быть острым и хроническим. Острый аппендицит — самое распространенное хирургическое заболевание. Женщины болеют в 2 раза чаще мужчин.

Классификация

Острый аппендицит бывает **простым (катаральным), деструктивным (флегмонозным, гангренозным, перфоративным), осложненным перитонитом, сепсисом, инфильтратом, абсцессом.**

Этиология

Причиной аппендицита может быть обструкция червеобразного отростка каловым камнем, глистная инвазия, хронические воспалительные процессы кишечника и червеобразного отростка, застойные явления в слепой кишке, ангионевроз, нарушение функции баугиниевой заслонки.

Клиническая картина. Заболевание начинается среди полного здоровья. Появляются режущие или давящие боли в эпигастриальной области с распространением по всему животу. Через несколько часов они локализуются в правой подвздошной области (симптом Волковича—Кохера). При нетипичных положениях отростка (позади слепой кишки, частично внебрюшинное, тазовое) боли будут соответствовать его расположению. Боли обычно иррадируют в правую ногу. Пациент идет, хромая на правую ногу, и руками придерживает правую паховую область, в постели лежит на правом боку. **Боли сопровождаются тошнотой, рвотой, задержкой стула и газов, повышением температуры тела, слабостью и недомоганием.** Пульс учащается соответственно повышению температуры.

При осмотре пациент бледен, язык обложен белым налетом, правая половина живота не участвует в акте дыхания, живот может быть несколько вздут, глубокое дыхание болезненно в правой паховой области. **При перкуссии** определяются боль и притупление в правой паховой области, при пальпации — болезненность и напряжение мышц живота, особенно в правой паховой области.

Локальная болезненность у большинства больных острым аппендицитом отмечается в правой паховой области и считается одним из главных и наиболее важных симптомов.

Напряжение мышц передней брюшной стенки является другим важным признаком острого аппендицита. Оно может варьировать от легкой резистентности до резко выраженной мышечной защиты и зависит от тяжести патологического процесса в червеобразном отростке, его локализации, состояния больного. Мышечное напряжение обязательно должно определяться путем сравнительного поверхностного и глубокого прощупывания всех отделов живота, начиная со здоровых участков.

Специальные симптомы обнаруживаются при использовании ряда приемов, провоцирующих болевую реакцию воспаленной брюшины. Наиболее часто выявляется **симптом Щеткина—Блюмберга**, который характерен для любого местного или разлитого перитонита, в том числе и аппендикулярного происхождения. **Симптом Ровзинга** считается положительным, если толчкообразное сотрясение передней брюшной стенки в области сигмовидной кишки вызывает боли в правой подвздошной ямке. Как полагают, это связано с ретроградным перемещением кишечных газов в слепую кишку, вызывающим раздражение воспаленного червеобразного отростка.

Симптом Ситковского заключается в следующем: при повороте больного на левый бок усиливаются боли в илеоцекальной области за счет перемещения аппендикса и натяжения его брыжейки. Нередко пальпация правой подвздошной области в положении больного на левом боку вызывает более сильную болевую реакцию, чем на спине (**симптом Бартомье —Михельсона**). При быстром скольжении руки по натянутой рубашке от мечевидного отростка до правой паховой области в последней отмечается значительное усиление болей в конце движения (**симптом Воскресенского**).

Поколачивание кончиками согнутых пальцев кисти по правой подвздошной области приводит к усилению болей со стороны последней (**симптом Раздольского**).

При локализации червеобразного отростка рядом с поясничной или подвздошно-поясничной мышцей воспалительный процесс может переходить на них. Искусственное растяжение этих мышц нередко сопровождается болью и лежит в основе феномена, который используют при определении **симптома Образцова** — появления боли в области воспалительного очага, если пальцами руки прижать переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области и активно пытаться поднять выпрямленную правую ногу. При расположении аппендикса вблизи внутренней запирательной мышцы отмечается появление или усиление болей при ротации внутрь правого бедра, согнутого в коленном суставе.

Диагностика

Осмотр пациента обычно заканчивается пальцевым исследованием через прямую кишку. **В крови наблюдаются:** лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

Осложнения

Аппендикулярный инфильтрат представляет собой конгломерат, состоящий из червеобразного отростка, слепой кишки, большого сальника. Он является осложнением острого аппендицита и формируется с 3—5-х суток от начала заболевания. Пациент предъявляет жалобы на слабые тянущие боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 37—38 °С, тошноту.

При осмотре живот незначительно выпячен в правой подвздошной области, пальпация дает болезненность и уплотнение этой области с четкими границами, перкуссия — болезненность и притупление. Симптомы раздражения брюшины отрицательные или слабо положительные.

Особенности течения и диагностика острого аппендицита у детей, пожилых людей и беременных женщин.

1.Особенностью острого аппендицита у детей является быстрое начало деструктивных изменений в червеобразном отростке, частое появление распространенного перитонита вследствие незаконченного развития сальника, что снижает возможности отграничения воспалительного процесса. В клинической картине нередко преобладают боли схваткообразного характера, многократная рвота, понос. Температура тела, как правило, высокая — до 39—40 °С, пульс нередко не соответствует температуре. Выражены симптомы тяжелой интоксикации. Напряжение мышц брюшной стенки может быть слабо выражено.

Таким образом, острый аппендицит у детей характеризуется бурным течением, напоминает по своим клиническим проявлениям гастроэнтерит, дизентерию. Это затрудняет раннюю диагностику и увеличивает число перфоративных форм аппендицита.

2. У лиц пожилого и старческого возраста

Вследствие снижения защитных сил организма и выраженных сопутствующих заболеваний острый аппендицит у лиц пожилого и старческого возраста имеет стертое течение. Боли в животе выражены незначительно, температура тела не повышается. Защитное напряжение мышц брюшной стенки слабо выражено или отсутствует, даже при деструктивных формах аппендицита в анализах крови отмечают небольшую лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. У лиц пожилого и старческого возраста стертость клинической картины заболевания, невыраженность основных симптомов, а также склонность к быстрому развитию деструкции червеобразного отростка (вследствие склероза его сосудов) приводят к тому, что эти больные поступают в хирургические стационары в поздние сроки (через несколько дней) от начала острого аппендицита, нередко с развившимися осложнениями (аппендикулярным инфильтратом).

3. Особенности течения острого аппендицита у беременных

Проявления острого аппендицита в первой половине беременности ничем не отличаются от обычных его проявлений. Во второй половине беременности смещение слепой кишки и червеобразного отростка увеличенной маткой приводит к изменению локализации болей при остром аппендиците. Боли могут локализоваться не только в правой подвздошной области, но и в правом подреберье. Больные не обращают внимания на эти боли, относят их за счет проявлений беременности. Рвота, нередко отмечающаяся у беременных, также не вызывает у них особого беспокойства. Напряжение мышц брюшной стенки в ранние сроки беременности выражено хорошо, но в поздние сроки вследствие сильного растяжения мышц живота выявить их защитное напряжение бывает довольно трудно.

Симптомы Воскресенского и Щеткина—Блюмберга обычно хорошо выражены. Если воспаленный червеобразный отросток расположен позади увеличенной матки, то симптомы раздражения брюшины могут не определяться. Нередко острый аппендицит у беременных принимают за признаки угрожающего выкидыша, что приводит к поздней госпитализации больных и поздней операции. Риск выкидыша при выполнении аппендэктомии даже в поздние сроки беременности невелик.

Тактика. Тактика такая же, как при остром животе. На догоспитальном этапе все лечебные воздействия противопоказаны. Пациента с подозрением на острый аппендицит необходимо срочно госпитализировать в хирургическое отделение для наблюдения или неотложной операции.

Лечение. Проводят только оперативное лечение. Выполняют аппендэктомию, а при перитоните — также санацию и дренирование брюшной полости.

Лечение аппендикулярного инфильтрата проводится консервативно. Назначаются строгий постельный режим, холод на область инфильтрата, жидкая пища, антибиотики, противовоспалительные средства. При стихании воспалительного процесса переходят на тепловые процедуры, физиотерапевтическое лечение. Через 4 недели выполняют аппендэктомию. При признаках нагноения инфильтрата лечение оперативное.

В послеоперационный период через 4—6 ч, если нет осложнений, пациенту разрешают пить. На другой день после операции можно вставать и есть жидкую пищу. В течение 5 сут показана щадящая диета с исключением клетчатки, молока и углеводов. Важнейшее значение имеет лечебная физкультура. перевязки проводятся ежедневно, швы снимают на 7-е сутки.

11. Кишечная непроходимость

Кишечная непроходимость — это заболевание, которое характеризуется частичным или полным нарушением продвижения содержимого по кишечнику. Непроходимость относится к весьма распространенным острым хирургическим заболеваниям органов брюшной полости.

Классификация

1. По происхождению : различают врожденную и приобретенную кишечную непроходимость. Обычно принято делить кишечную непроходимость на две основные формы:

1) **динамическую** — развивается в результате нарушения сократительной способности кишечника **паралитического** или **спастического** происхождения и в большинстве случаев носит функциональный характер;

2) **механическую** — наблюдается при органической блокаде кишечника.

1. Динамическая непроходимость.

Различные по происхождению расстройства перистальтики кишечника вследствие поражения его нервно-мышечных элементов называются динамической непроходимостью. Этот процесс, как правило, является обратимым и может распространяться на часть или весь кишечник.

Паралитическая непроходимость часто возникает после абдоминальных операций, рефлексорного воздействия со стороны других органов (почечная и печеночная колика, инфаркт миокарда), нередко вследствие перитонита, панкреатита и других воспалительных заболеваний органов брюшной полости. Иногда паралитическая непроходимость развивается при гипокалиемии, гипонатриемии и диабетическом кетоацидозе. Усиленная моторная функция кишечника может достигать чрезмерной степени и вызывать спастическую непроходимость, которая наблюдается при свинцовой колике, неврозах, истерии, гельминтозах, отравлениях.

Клиническая картина. Клиническая картина довольно вариабельна и зависит от вызвавшей ее причины. У больных отмечаются постоянные распирающие боли в животе генерализованного характера, задержка стула и газов. Вздутие живота выражено умеренно, срыгивание и рвота появляются на более поздних стадиях болезни в результате стаза и гипертензии в проксимальных отделах желудочно-кишечного тракта. Общее состояние больных вначале страдает мало, и только по мере прогрессирования заболевания нередко нарастают дегидратация, гемоконцентрация и интоксикация. Живот равномерно вздут, мягкий, слегка болезненный при пальпации. Кишечные шумы не выслушиваются. В тех случаях, когда паралитическая непроходимость развивается на фоне других патологических процессов в брюшной полости (послеоперационный парез, воспаление брюшины, панкреатит, внутрибрюшной абсцесс), в клинической картине проявляются симптомы этих заболеваний.

Во время рентгенологического исследования выявляется диффузный метеоризм в тонкой и толстой кишках с единичными уровнями жидкостей в разных отделах брюшной полости.

Лечение. Лечение направлено на восстановление кишечной пропульсии следующими консервативными способами:

1) декомпрессия проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта с помощью желудочных или кишечных зондов;

2) применение фармакологических стимуляторов кишечной перистальтики (церукал, прозерин, питуитрин);

3) введение газоотводной трубки или назначение сифонных и гипертонических клизм;

4) коррекция водно-электролитного баланса, устранение гиповолемии;

5) ликвидация гипоксии;

6) поддержание сердечно-сосудистой деятельности;

7) снятие болей и кишечного спазма (двусторонняя паранефральная блокада по Вишневскому, спазмолитические препараты).

Самостоятельное отхождение стула и газов, исчезновение болей в животе и уменьшение его вздутия обычно являются первыми признаками разрешения динамической кишечной непроходимости. Хирургическое лечение применяется редко и показано при неэффективности консервативных мероприятий.

2. Механическая ОКН

Механическая непроходимость бывает **обтурационной, странгуляционной и смешанной.**

Обтурационная непроходимость связана с закупоркой кишечного просвета опухолью, инородным телом, клубком аскарид, желчным камнем, фекалиями, а **странгуляционная** вызвана перекруткой, сдавливанием, ущемлением или перетяжкой кишки и ее брыжейки с расстройством кровоснабжения и ишемическим некрозом. **К смешанным формам** относят инвагинацию и спаечную непроходимость. Последняя иногда развивается после оперативных вмешательств и может протекать как по странгуляционному, так и по обтурационному типу.

Классификация

1. В зависимости от локализации различают непроходимость:

- высокую (тонкокишечную);
- низкую (толстокишечную).

При этом чем выше непроходимость, тем тяжелее ее проявления и хуже прогноз.

2. По клиническому течению непроходимость кишечника делится:

- на острую;
- хроническую;
- полную;
- частичную.

Клиническая картина обтурационной непроходимости.

Она зависит от уровня и характера закупорки и зависит клиническая картина заболевания. Она проявляется более бурно и внезапно при обтурации желчным или каловым камнем, инородным телом и менее остро у больных со стенозом и опухолями. **В большинстве случаев заболевание начинается с появления сильных болей в животе схваткообразного характера, рвоты, задержки стула и газов, а также вздутия живота.** Нередко при осмотре наблюдается локальное вздутие или асимметрия живота в области растянутых жидкостью или газами приводящих сегментов кишки (**симптом Валя**).

В некоторых случаях можно обнаружить видимую кишечную перистальтику, которая часто усиливается после пальпации живота (**симптом Шланге**). Брюшная стенка мягкая, умеренно болезненная в области обтурированной кишки. Толчкообразное сотрясение брюшной стенки в этой области сопровождается шумом плеска (**симптом Склярова**). Напряжение мышц и разлитая болезненность обычно появляются в запущенных стадиях болезни, когда присоединяются явления перитонита. **При выслушивании живота** определяется волнообразное усиление перистальтики, временами достигающее большой звучности и высокой тональности. Реже удается выслушать своеобразный феномен, именуемый «шумом падающей капли» (**симптом Спасокукоцкого**).

Во время рентгенологического исследования **выявляются чаши Клойбера**, расположенные в кишечных петлях проксимальнее места обтурации.

Тактика. При подозрении на любой вид острой кишечной непроходимости тактика одинакова. На догоспитальном этапе любые лечебные воздействия (противорвотные, обезболивающие, спазмолитики, клизмы, грелки) категорически противопоказаны! Нельзя давать больному пить и есть. Необходимо экстренно доставить его в хирургический стационар на носилках в позе, приносящей облегчение. Задержка с оказанием адекватной хирургической помощи может привести к некрозу кишки и неблагоприятному исходу.

Лечение. Перед операцией в большинстве случаев проводится кратковременная подготовка (не более 2 — 4 ч), которая заключается в декомпрессии желудка, восстановлении водно-электролитного баланса и нормализации кислотно-щелочного равновесия, уменьшении гиповолемии. Тактика во время операции зависит от природы обтурации, патоморфологических изменений кишечной стенки и общего состояния больного. При закупорке кишки желчным камнем, инородным телом, фекалитом проводят продольную энтеротомию, их удаление и ушивание кишечного разреза в поперечном направлении. В тех случаях, когда имеются признаки нежизнеспособности кишки, показана резекция пораженного сегмента. Лечение обтурационной непроходимости толстой кишки, вызванной раком, особенно ее левой половины, имеет особенности, обусловленные невозможностью наложения полноценного анастомоза на переполненную каловым содержимым и перерастянутую толстую кишку. Более безопасным в этих условиях является создание разгрузочной колостомы или удаление опухоли без восстановления непрерывности кишечника с образованием временного одно-, реже двухствольного противоестественного ануса.

Странгуляционная кишечная непроходимость

Данное заболевание относится к числу наиболее тяжелых и быстро текущих форм заболевания. **Различают три основных вида странгуляции: заворот, злообразование и ущемление.**

Заворот встречается в тех отделах кишечника, где имеется брыжейка (тонкая, слепая, поперечная ободочная и сигмовидная кишки). Перекрут брыжейки по оси может происходить на 180 — 360° и более и сопровождаться сдавливанием сосудов с последующим ишемическим некрозом участка кишки.

Злообразование — редкий вид кишечной непроходимости, в основе которого лежит заворот двух или более сегментов кишки с образованием прочных конгломератов.

При ущемлении петля кишки сдавливается в различных врожденных или приобретенных отверстиях и щелях в мышечно-апоневротической части брюшной стенки и брыжейки, которые служат воротами наружных и внутренних грыж. Ущемленная кишка подвергается обтурации, ее сосуды — окклюзии с последующим некрозом и развитием перитонита.

При странгуляционной кишечной непроходимости отмечаются значительные патофизиологические сдвиги в организме, обусловленные потерей больших количеств жидкости и электролитов с рвотой, особенно при высоком расположении препятствия, и секвестрацией их в просвет кишки проксимальнее странгуляции.

Клиническая картина

Клиническая картина отличается большим разнообразием, что нередко обусловлено видом странгуляционной кишечной непроходимости, ее локализацией, протяженностью странгуляции и длительностью заболевания. **Заворот проявляется** внезапными резкими, иногда «раздирающими» болями в животе, в проекции заворота, которые могут иррадиировать в спину, поясницу или грудную клетку. Иногда боли в животе настолько сильны, что вынуждают больных громко стонать или кричать. Боли носят постоянный характер и нередко усиливаются при дыхании, что заставляет больных садиться животом: они избегают глубоких вдохов или поддерживают рукой переднюю брюшную стенку. Почти одновременно с болями появляются тошнота и рвота, носящие вначале рефлексорный характер и не приносящие заметного облегчения.

По мере прогрессирования заболевания рвота становится многократной и нередко является симптомом развивающегося перитонита. У всех больных с заворотом тонкой кишки быстро наступает задержка стула и газов. При осмотре отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек, лицо выражает страдание и испуг, язык обложен, сухой. Живот вначале сохраняет обычную конфигурацию, мягкий, малоболезненный за исключением ограниченного участка в зоне странгуляции. Однако вскоре форма живота изменяется за счет

равномерного вздутия или локального выбухания передней брюшной стенки в области заворота (симптом Валя). Признаки раздражения брюшины вначале заболевания отсутствуют. Они появляются в более поздних стадиях болезни, когда странгулированная кишка подвергается некрозу и развивается перитонит. Нередко удается обнаружить **симптомы Склярова, Кивуля, Спасокукоцкого, Обуховской больницы**. Рано развиваются циркуляторные нарушения (тахикардия и гипотония), которые обусловлены болевым и гиповолемическим шоком. При рентгенологическом исследовании выявляются чаши Клойбера. Изменения состава крови чаще всего сводятся к гиперлейкоцитозу ($12 \dots 20$) 10^9 /л, повышению гематокрита и гемоконцентрации.

Лечение. Больной нуждается в срочной операции. При завороте и узлообразовании раскручивают заворот или расправляют узел. Если последний расправить не удается или расправленная кишка имеет признаки некроза, то выполняют резекцию кишечных петель, участвующих в его образовании.

Если имеется некроз сигмовидной кишки, то выполняют ее резекцию в пределах здоровых тканей с формированием одно- или двухствольной колостомы, а восстановление кишечной проходимости откладывают до улучшения состояния больного.

Инвагинация.

Внедрение одного кишечного сегмента в другой называется инвагинацией. При этом образуется муфтообразный валик, который состоит из наружного, промежуточного и внутреннего кишечных цилиндров. Граница перехода наружного цилиндра в промежуточный носит название шейки инвагината, а промежуточного во внутренний — его головки. **Различают три основных вида инвагинации: тонкокишечную, тонкотолстокишечную и толстокишечную.** Среди различных факторов, способствующих возникновению инвагинации, основное значение придается различным расстройствам моторики кишечника.

Клиническая картина.

Болезнь встречается значительно чаще в первые 4 года жизни. При острых формах инвагинация начинается со схваткообразных болей в животе, рвоты. Стул вначале нередко задержан, а в дальнейшем сопровождается слизисто-кровянистыми выделениями, в ряде случаев напоминающими смородиновое желе. Примесь крови в испражнениях наблюдается у большинства пациентов. Живот имеет обычную конфигурацию, не вздут, умеренно болезнен в области инвагината, который обычно прощупывается в виде тесоватого или мягкоэластичного колбасовидного образования, расположенного в большинстве случаев в правой подвздошной или околопупочной области.

При осмотре нередко видна кишечная перистальтика. При пальцевом ректальном исследовании на перчатке обнаруживается кровь. На обзорной рентгенограмме выявляются чаши Клойбера, а при ирригоскопии удается выявить полунлунные дефекты наполнения в виде клешни, двузубца или трезубца. По мере развития болезни нарастают явления кишечной непроходимости, что сопровождается тахикардией, усилением интоксикации и обезвоживанием. Схваткообразные боли сменяются постоянными, рвота учащается и нередко становится каловой. Прогрессируют метеоризм и болезненность при пальпации живота, появляются положительные симптомы Склярова, Валя, Щеткина — Бломберга. При некрозе инвагината развивается клиника перитонита.

Лечение. Проводят дезинвагинацию посредством осторожного выдавливания кишечного цилиндра со стороны головки инвагината. При застарелых внедрениях, не поддающихся расправлению, некрозе или наличии опухоли показана резекция пораженного отдела.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 02. ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

2.1. МДК.02.01 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Практическое занятие №1

2. Тема: Артериальная гипертензия.

3. Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы артериальной гипертензии, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы дифференцированного лечения артериальной гипертензии.

4. Вопросы для рассмотрения:

1. Артериальная гипертензия. Диагностика. Факторы, влияющие на прогноз, и оценка общего (суммарного) сердечно-сосудистого риска. Стратификация обследуемых по категориям риска.
2. Дифференциальная диагностика эссенциальной артериальной гипертензии и вторичных артериальных гипертензий. Диагностика вторичных форм АГ.
3. Гипертонические кризы. Классификация. Диагностика различных вариантов.
4. Гипертонические кризы. Неотложная помощь.
5. Лечение артериальной гипертензии. Тактика ведения больных в зависимости от риска сердечно-сосудистых осложнений. Основные группы препаратов.
6. Особенности лечения АГ у различных групп больных.
7. Артериальная гипертензия беременных. Диагностика. Особенности лечения.

5. Основные понятия темы Дифференциальная диагностика при артериальной гипертензии. Возможности дифференциации гипертонической болезни и симптоматических гипертензий. Показания для использования инвазивных методов исследования (включая аортографию и пункционную биопсию почек). Раннее выявление синдрома злокачественной гипертензии. Современные методы лечения артериальной гипертензии. Неотложная терапия гипертонического криза. Особенности лечения артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста, а также при выраженном атеросклерозе.

6. Задание.

Задача1.

Больной С., 52 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в челюсть и левую лопатку. Заболел остро 2 часа назад, когда впервые появились боли за грудиной, боли постепенно усиливались и ничем не купировались. Ранее страдал хроническим холециститом, остеохондрозом. Объективно: общее состояние больного тяжелое, больной мечется, маска ужаса на лице. Кожные покровы бледные, холодные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное. Сердце - тоны приглушены, левая граница на 1,5 см наружу от среднеключичной линии. ЧСС - 55 ударов в 1 мин., АД 80/40 мм рт.ст. Печень не увеличена. Сделана ЭКГ - в III, II, aVF отведениях - монофазная кривая. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Техника выполнения тропо-теста.

Задача2.

На медосмотре у водителя И., 30 лет, обнаружено повышенное АД. Больного ничего не беспокоит. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. ЧСС - 72 в мин., АД - 180/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Справа от средней линии живота, выше пупка выслушивается систолический шум. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Техника измерения АД.

Задача3.

Больная К., 39 лет, машинист, поступила в клинику с жалобами на появление приступов, сопровождающихся жгучими головными болями, сердцебиением, дрожью, полиурией. 67 Подобные приступы беспокоят в течение 1,5 лет. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, заметны пилomotorные реакции (гусиная кожа). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, ЧСС - 120 в мин., АД 190/110 мм рт.ст. В крови: Нв - 120 г/л, л. - 12*10⁹/л, СОЭ - 10 мм/ч, сахар крови - 7,2 ммоль/л. Ванилилминдальная кислота в суточной моче 52,6 мкмоль/сут. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Оцените ЭКГ.

Задача4.

Больная П., 25 лет, разнорабочая, поступила в клинику с жалобами на боли в затылочной области. Впервые повышение АД обнаружено 3 года назад, раньше АД не измерялось. Объективно: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 80 уд. в мин., АД 160/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, почки не пальпируются. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, эр. - 4*10¹²/л, л. - 6*10⁹/л, п/я - 3%, с/я - 57%, э. - 2%, м. - 3%, л. - 35%, СОЭ - 12 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес 1012, белка нет, лейкоц. 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. Креатинин крови 0,088 ммоль/л. Внутривенная урография - почки обычно расположены, размеры не изменены, полостная система не деформирована, отмечается запаздывание контрастирования правой почки. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение ЭКГ.

Задача5.

Больная С., 28 лет, разнорабочая, поступила с жалобами на приступы сердцебиения, сопровождающиеся резкой слабостью, головокружением, мельканием "мушек" перед глазами, звоном в ушах, тошнотой, чувством распирания в грудной клетке, одышкой, потливостью. Приступы длятся 10-15 минут, плохо переносятся эмоционально, т.к. у больной возникает неуверенность, чувство страха. Приступ заканчивается самостоятельно, больная отмечает после этого отхождение большого количества мочи. Приступы стали беспокоить последние 3 недели, имеется тенденция к их учащению. Страдает хроническим тонзиллитом, в детстве ставился диагноз ревматического порока митрального клапана. Объективно: состояние удовлетворительное, красный румянец на щеках. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы, зев гиперемирован, миндалины выступают из-за дужек, рыхлые. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 уд. в 1 мин. I тон усилен, хлопающий, на верхушке выслушивается диастолический и короткий систолический шум. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена, отеков нет. Анализ крови: эр. - 3,8*10¹², гемоглобин - 120 г/л, лейкоц. - 9,8*10⁹, СОЭ - 18 мм/час, сахар крови - 5,3 ммоль/л, общ. белок - 68 г/л, серомукоид 0,3 ед., С-реактивный белок ++, антистрептолизин - 300 МЕ/мл. Во время осмотра развился вышеописанный приступ. На снятой ЭКГ: отсутствие зубца Р, наличие беспорядочных мелких волн f. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение электрокардиограммы.

Задача6.

Больной Н., 53 лет, инженер, придя на прием в поликлинику, почувствовал головокружение, потерял сознание и упал в коридоре, развились тонические судороги, через 1,5-2 мин. пришел в сознание. Осмотрен невропатологом и терапевтом. Из анамнеза выяснено, что наблюдается у кардиолога по поводу перенесенного 2 месяца назад инфаркта миокарда, страдает перемежающейся хромотой. Отец умер от сердечного заболевания, мать страдала эпилепсией. При осмотре кожные покровы бледные, влажные. Конечности холодные. Губы и ногтевые ложа - цианотичные. Сознание ясное, но не помнит, что произошло с ним. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены, ритмичные. Систолический шум на верхушке и т.Боткина. АД - 95/65 мм рт.ст., ЧСС - 48 в 1 мин., пульс слабого наполнения и напряжения в трудом определяется на периферии. В легких дыхание жесткое, единичные влажные хрипы с обеих сторон. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. На нижних конечностях трофические нарушения, пастозность в области голеностопного сустава. Неврологический статус без грубой очаговой патологии. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение электрокардиограммы.

Задача7.

Больная Е, 72 года, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 м и подъеме на один лестничный пролет, слабость, утомляемость, сердцебиение, боли и тяжесть в области правого подреберья, отеки голеней и стоп, плохой сон. Объективно: состояние средней тяжести. Рост 155 см, вес 102 кг. Акроцианоз, отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 18 в мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, сухие и незвучные хрипы, крепитация. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в 5 межреберье 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край 3 ребра. При аускультации сердца тоны приглушены, выслушивается акцент второго тона во 2 межреберье справа от грудины, шумы. Ритм сердца нарушен - мерцательная аритмия. ЧСС 300 в мин. АД 180/100 мм рт.ст. При пальпации печень плотная, малоболлезненная, с ровной поверхностью, увеличена, выступает на 3 см из под края реберной дуги, край ее заостренный. Окружность живота 120 см - асцит. 6-минутный тест ходьбы - 150 метров. Из анамнеза известно, что около 22 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными подъемами цифр АД до 220/110 мм рт.ст. Регулярного лечения не получает. Страдает сахарным диабетом 2 типа. ОАК - лейкоциты 7,4*10⁹/л, СОЭ 14 мм/ч., ОАМ - реакция кислая, белок 0,075 мг/сут., БАК - уровень холестерина 8,3 ммоль/л, глюкоза 7,8 ммоль/л. ЭКГ - отсутствие зубца Р, наличие беспорядочных мелких волн f, неправильный желудочковый ритм. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение биохимического анализа крови.

Задача8.

Больной К., 40 лет, доставлен машиной "скорой помощи" с приступом интенсивных болей в левой половине грудной клетки, колющего, давящего характера, продолжающиеся более 30 мин., сердцебиение ("Сердце выскакивает из груди"), резкую слабость, беспокойство, одышку. Из анамнеза выяснено, что заболел несколько дней назад после стрессовой ситуации (поссорился с родственниками), когда появилась слабость, недомогание, разбитость, бессонница, ухудшилось настроение, появилось чувство тревоги, боль в области сердца, затем присоединились вышеописанные приступы. Дважды за последние сутки наблюдались аналогичные приступы, которые купировались самостоятельно. Из анамнеза жизни: наследственность не отягощена. Больной страдает радикулитом, полгода назад лечился в неврологическом отделении по поводу неврита лучевого нерва. Курит - до 1 пачки в день. Алкоголь употребляет «по праздникам», неделю назад в большом количестве - на свадьбе. Объективно: состояние средней тяжести, больной возбужден, мечется по комнате, просит срочно оказать ему помощь. Кожные покровы гиперемированы, влажные, стойкий красный дермографизм, инъекция сосудов склер, на крыльях носа телеангиоэктазии. На коже грудной клетки багрово-синюшные кровоизлияния, рубец от торокотомии ("Ножевое ранение 2 года назад"). В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 22 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, резко учащены до 140 в 1 мин., пульс слабого наполнения, дефицит пульса - 15. АД - 110/90 мм рт.ст. Живот мягкий, печень плотная, выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Отеков

нет. В позе Ромберга устойчив, дрожание кистей. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение ЭКГ.

Задача9.

Больная С., 45 лет, доставлена в приемное отделение машины «скорой помощи» с жалобами на выраженную одышку в покое, удушье, кашель с мокротой, боли в области сердца сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку, лопатку, заднюю поверхность шеи. Беспокоит также головная боль, головокружение, слабость в руках, пелена перед глазами. Из анамнеза выяснено, что страдает гипертонической болезнью в течение двадцати лет, последние месяцы стала намного хуже себя чувствовать, но регулярного лечения не принимала. Неделю назад перенесла стрессовую ситуацию. Все эти дни беспокоила головная боль, тошнота, колющие боли в сердце, ночью плохо спала. Сегодня после еды возникла рвота (больная связывает это с приемом недоброкачественной пищи), появилась слабость в руках и ногах, пелена перед глазами, стало не хватать воздуха, появился кашель и сжимающая боль за грудиной. Объективно: большая избыточная масса. Лицо одутловатое, сознание ясное, сидит на кушетке, держась за область грудины рукой. Границы сердца расширены вправо и влево, тоны ритмичные, тахикардия до 100 уд. в 1 мин, АД- 250/130 мм рт.ст. Дыхание в легких жесткое, в средних и нижних отделах влажные разнокалиберные хрипы, ЧДД - 28 в 1 мин. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, болезненность в эпигастрии. Перкуторно - печень не увеличена, пастозность голеней. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение ЭКГ.

Задача10.

На прием к участковому терапевту в поликлинике обратилась пациентка 68 лет с жалобами на головную боль в теменной и затылочной области, шум в голове, бессонницу. 70 Головные боли беспокоят около 10 лет, лечилась с диагнозами: «Мигрень», «Атеросклероз сосудов головного мозга с периодическими улучшениями». Последние 2 недели боль стала более интенсивной и продолжительной, в это же время стал наблюдаться подъем АД до 180/100-170/90 мм рт.ст. (рабочее давление 130/80 или 140/80 мм рт.ст.). Объективно: состояние удовлетворительное. Больная выглядит старше своих лет. В височной области - скантома. Границы сердца увеличены на 1 см от срединно-ключичной линии влево, тоны сердца ритмичные, небольшой систолический шум на верхушке и в точке Боткина, периодически выслушивается усиленный, громкий 1 тон. ЧСС 45 в минуту, АД: правая рука - 175/95, левая - 180/90 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень увеличена на 1 см, живот мягкий. На ногах трофические нарушения, пульс ослаблен на артериях стоп. ЭКГ - предсердия и желудочки возбуждаются независимо друг от друга. При учащенном сокращении предсердий в правильном ритме желудочки сокращаются в пределах 45 раз в 1 мин. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение ЭКГ.

Практическое занятие №2

Тема: Гипертонические кризы. Принципы лечения.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы гипертонических кризов, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы дифференцированного лечения гипертонического криза.

Вопросы для рассмотрения:

Гипертонический криз. Определение. Классификация.

Понятие об осложненном и неосложненном гипертонических кризах.

Основные клинические симптомы гипертонического криза. Оценка тяжести состояния пациента при гипертоническом кризе.

Дифференциальная диагностика.

Тактика ведения пациента при неосложненном кризе.

Тактика ведения пациента при осложненном кризе.

Осложнения гипертонического криза.

Неотложная помощь при гипертоническом кризе.

Профилактика развития гипертонического криза.

Задание.

Задача1.

Больной С., 52 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в челюсть и левую лопатку. Заболел остро 2 часа назад, когда впервые появились боли за грудиной, боли постепенно усиливались и ничем не купировались. Ранее страдал хроническим холециститом, остеохондрозом. Объективно: общее состояние больного тяжелое, больной мечется, маска ужаса на лице. Кожные покровы бледные, холодные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное. Сердце - тоны приглушены, левая граница на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. ЧСС - 55 ударов в 1 мин., АД 80/40 мм рт.ст. Печень не увеличена. Сделана ЭКГ - в III, II, aVF отведениях - монофазная кривая. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Техника выполнения тропо-теста.

Задача2.

На медосмотре у водителя И., 30 лет, обнаружено повышенное АД. Больного ничего не беспокоит. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. ЧСС - 72 в мин., АД - 180/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Справа от средней линии живота, выше пупка выслушивается систолический шум. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Техника измерения АД.

Задача3.

Больная К., 39 лет, машинист, поступила в клинику с жалобами на появление приступов, сопровождающихся жгучими головными болями, сердцебиением, дрожью, полиурией. 67 Подобные приступы беспокоят в течение 1,5 лет. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, заметны пилomotorные реакции (гусиная кожа). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, ЧСС - 120 в мин., АД 190/110 мм рт.ст. В крови: Нв - 120 г/л, л. - 12*10⁹/л, СОЭ - 10 мм/ч, сахар крови - 7,2 ммоль/л. Ванилилиндиальная кислота в суточной моче 52,6 мкмоль/сут. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Оцените ЭКГ.

Задача4.

Больная П., 25 лет, разнорабочая, поступила в клинику с жалобами на боли в затылочной области. Впервые повышение АД обнаружено 3 года назад, раньше АД не измерялось. Объективно: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 80 уд. в мин., АД 160/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, почки не пальпируются. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, эр. - 4*10¹²/л, л. -

6*109 /л, п/я - 3%, с/я - 57%, э. - 2%, м. - 3%, л. - 35%, СОЭ - 12 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес 1012, белка нет, лейкоц. 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. Креатинин крови 0,088 ммоль/л. Внутривенная урография - почки обычно расположены, размеры не изменены, полостная система не деформирована, отмечается запаздывание контрастирования правой почки. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение ЭКГ.

Задача5.

Больная С., 28 лет, разнорабочая, поступила с жалобами на приступы сердцебиения, сопровождающиеся резкой слабостью, головокружением, мельканием "мушек" перед глазами, звоном в ушах, тошнотой, чувством распирания в грудной клетке, одышкой, потливостью. Приступы длятся 10-15 минут, плохо переносятся эмоционально, т.к. у больной возникает неуверенность, чувство страха. Приступ заканчивается самостоятельно, больная отмечает после этого отхождение большого количества мочи. Приступы стали беспокоить последние 3 недели, имеется тенденция к их учащению. Страдает хроническим тонзиллитом, в детстве ставился диагноз ревматического порока митрального клапана. Объективно: состояние удовлетворительное, красный румянец на щеках. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы, зев гиперемирован, миндалины выступают из-за дужек, рыхлые. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 уд. в 1 мин. I тон усилен, хлопающий, на верхушке выслушивается диастолический и короткий систолический шум. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена, отеков нет. Анализ крови: эр. - 3,8*1012, гемоглобин - 120 г/л, лейкоц. - 9,8*1012, СОЭ - 18 мм/час, сахар крови - 5,3 ммоль/л, общ. белок - 68 г/л, серомукоид 0,3 ед., С-реактивный белок ++, антистрептолизин - 300 МЕ/мл. Во время осмотра развился вышеописанный приступ. На снятой ЭКГ: отсутствие зубца Р, наличие беспорядочных мелких волн f. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение электрокардиограммы.

Задача6.

Больной Н., 53 лет, инженер, придя на прием в поликлинику, почувствовал головокружение, потерял сознание и упал в коридоре, развились тонические судороги, через 1,5-2 мин. пришел в сознание. Осмотрен невропатологом и терапевтом. Из анамнеза выяснено, что наблюдается у кардиолога по поводу перенесенного 2 месяца назад инфаркта миокарда, страдает перемежающейся хромотой. Отец умер от сердечного заболевания, мать страдала эпилепсией. При осмотре кожные покровы бледные, влажные. Конечности холодные. Губы и ногтевые ложа - цианотичные. Сознание ясное, но не помнит, что произошло с ним. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены, ритмичные. Систолический шум на верхушке и т.Боткина. АД - 95/65 мм рт.ст., ЧСС - 48 в 1 мин., пульс слабого наполнения и напряжения с трудом определяется на периферии. В легких дыхание жесткое, единичные влажные хрипы с обеих сторон. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. На нижних конечностях трофические нарушения, пастозность в области голеностопного сустава. Неврологический статус без грубой очаговой патологии. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение электрокардиограммы.

Задача7.

Больная Е, 72 года, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 м и подъеме на один лестничный пролет, слабость, утомляемость, сердцебиение, боли и тяжесть в области правого подреберья, отеки голеней и стоп, плохой сон. Объективно: состояние средней тяжести. Рост 155 см, вес 102 кг. Акроцианоз, отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 18 в мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, сухие и незвучные хрипы, крепитация. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в 5 межреберье 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край 3 ребра. При аускультации сердца тоны приглушены, выслушивается акцент второго тона во 2 межреберье справа от грудины, шумы. Ритм сердца нарушен - мерцательная аритмия. ЧСС 300 в мин. АД 180/100 мм рт.ст. При пальпации печень плотная, малоболезненная, с ровной поверхностью, увеличена, выступает на 3 см из под края реберной дуги, край ее заостренный. Окружность живота 120 см - асцит. 6-минутный тест ходьбы - 150 метров. Из анамнеза известно, что около 22 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными подъемами цифр АД до 220/110 мм рт.ст. Регулярного лечения не получает. Страдает сахарным диабетом 2 типа. ОАК - лейкоциты 7,4*109 /л, СОЭ 14 мм/ч., ОАМ - реакция кислая, белок 0,075 мг/сут., БАК - уровень холестерина 8,3 ммоль/л, глюкоза 7,8 ммоль/л. ЭКГ - отсутствие зубца Р, наличие беспорядочных мелких волн f, неправильный желудочковый ритм. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение биохимического анализа крови.

Задача8.

Больной К., 40 лет, доставлен машиной "скорой помощи" с приступом интенсивных болей в левой половине грудной клетки, колющего, давящего характера, продолжающиеся более 30 мин., сердцебиение ("Сердце выскакивает из груди"), резкую слабость, беспокойство, одышку. Из анамнеза выяснено, что заболел несколько дней назад после стрессовой ситуации (поссорился с родственниками), когда появилась слабость, недомогание, разбитость, бессонница, ухудшилось настроение, появилось чувство тревоги, боль в области сердца, затем присоединились вышеописанные приступы. Дважды за последние сутки наблюдались аналогичные приступы, которые купировались самостоятельно. Из анамнеза жизни: наследственность не отягощена. Больной страдает радикулитом, полгода назад лечился в неврологическом отделении по поводу неврита лучевого нерва. Курит - до 1 пачки в день. Алкоголь употребляет «по праздникам», неделю назад в большом количестве - на свадьбе. Объективно: состояние средней тяжести, больной возбужден, мечется по комнате, просит срочно оказать ему помощь. Кожные покровы гиперемированы, влажные, стойкий красный дермографизм, инъекция сосудов склер, на крыльях носа телеангиоэктазия. На коже грудной клетки багрово-синюшные кровоизлияния, рубец от торокотомии ("Ножевое ранение 2 года назад"). В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 22 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, резко учащены до 140 в 1 мин., пульс слабого наполнения, дефицит пульса - 15. АД - 110/90 мм рт.ст. Живот мягкий, печень плотная, выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Отеков нет. В позе Ромберга устойчив, дрожание кистей. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение ЭКГ.

Задача9.

Больная С., 45 лет, доставлена в приемное отделение машиной "скорой помощи" с жалобами на выраженную одышку в покое, удушье, кашель с мокротой, боли в области сердца сжимающего характера, irradiирующие в левую руку, лопатку, заднюю поверхность шеи. Беспокоит также головная боль, головокружение, слабость в руках, пелена перед глазами. Из анамнеза выяснено, что страдает гипертонической болезнью в течение двадцати лет, последние месяцы стала намного хуже себя чувствовать, но регулярного лечения не принимала. Неделю назад перенесла стрессовую ситуацию. Все эти дни беспокоила головная боль, тошнота, колющие боли в сердце, ночью плохо спала. Сегодня после еды возникла рвота (больная связывает это с приемом недоброкачественной пищи), появилась слабость в руках и ногах, пелена перед глазами, стало не хватать воздуха, появился кашель и сжимающая боль за грудиной. Объективно: высокая избыточная масса. Лицо одутловатое, сознание ясное, сидит на кушетке, держась за область грудины руками. Границы сердца расширены вправо и влево, тоны ритмичные, тахикардия до 100 уд. в 1 мин, АД - 250/130 мм рт.ст. Дыхание в легких жесткое, в средних и нижних отделах влажные разнокалиберные хрипы, ЧДД - 28 в 1 мин. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, болезненность в эпигастрии. Перкуторно - печень не увеличена, пастозность голеней. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Дайте заключение ЭКГ.

Задача10.

На прием к участковому терапевту в поликлинике обратилась пациентка 68 лет с жалобами на головную боль в теменной и затылочной области, шум в голове, бессонницу. 70 Головные боли беспокоят около 10 лет, лечилась с диагнозами: «Мигрень», «Атеросклероз сосудов

- Предоставить больному горизонтальное положение с приподнятым ножным концом.
- Оргостатический коллапс обусловлен перераспределением крови с увеличением общего объема венозного русла и снижением притока к сердцу; в основе этого состояния лежит недостаточность венозного тонуса.
- Лечение основного заболевания, осмотр кардиолога, невролога.
- Из-за отсутствия заболеваний, которые оказывают содействие возникновению этого состояния, диспансерное наблюдение не нужно. При наличии органического фона - диспансерное наблюдение у профильного специалиста.

Задача № 4

У больной 19 лет при взятии общего анализа крови в хирургическом отделении во время обследования возникла потеря сознания на время до 5 секунд. После применения нашатырного спирта сознание сразу восстановилось. Медсестра вызвала врача.

Задание: 1. Какой наиболее вероятный диагноз? 2. Тактика врача при выявлении заболевания. 3. Этиология и патогенез заболевания. 4. Назовите основные направления лечения. 5. Какие особенности диспансерного наблюдения после выздоровления?

Ответ:

- Обморок.
- Легкая, кратковременная потеря сознания, в неотложной помощи не нуждается.
- Внезапная и кратковременная потеря сознания обусловлена нарушением постурального тонуса.
- Специального лечения не требуется.

Из-за отсутствия заболеваний, которые оказывают содействие возникновению этого состояния, диспансерное наблюдение не нужно. При наличии органического фона - диспансерное наблюдение у профильного специалиста.

Задача № 5

У больного 32 лет на пляже закружилась голова, повысилась температура тела. Потерял сознание на 5 секунд. Обратился за помощью в медпункт.

Задание: 1. Какое заболевание возникло у больного? 2. Тактика врача при выявлении заболевания. 3. Этиология и патогенез заболевания. 4. Назовите основные направления лечения. 5. Какие особенности диспансерного наблюдения после выздоровления?

Ответ:

- Тепловой удар, обморок.
- Легкая, кратковременная потеря сознания, в неотложной помощи не нуждается.
- Внезапная и кратковременная потеря сознания обусловлена нарушением постурального тонуса, повышение температуры обусловлено расстройством центра терморегуляции.
- Специального лечения не требуется.

Из-за отсутствия заболеваний, которые оказывают содействие возникновению этого состояния, диспансерное наблюдение не нужно. При наличии органического фона - диспансерное наблюдение у профильного специалиста.

Задача № 6

Во время анестезии для операции удаления зуба пациентка пожаловалась на внезапную слабость, головокружение, тошноту. Объективно: кожа бледная, покрыта холодным потом. Дыхание частое, пульс слабый, артериальное давление снижено (80/60 мм рт. ст.), руки холодные.

Задание: 1. Определите вероятный диагноз. 2. Какими должны быть действия врача в данной ситуации?

Ответ:

- Коллапс, сознание сохранено
- Больному придать горизонтальное положение с приподнятыми нижними конечностями. Для возбуждения дыхательного центра вводят в/в кордиамин 1 мл или кофеин 10% 1 мл, с целью поднятия венозного тонуса – мезатон 1% 1 мл.

Задача № 7. После введения новокаина в спинномозговой канал у больного резко снизилось артериальное давление. Задание: 1. Объясните возникновение указанного симптома. 2. Какова первая врачебная помощь? 3. Как предотвратить подобное явление?

Ответ:

- Все местные анестетики обладают сосудорасширяющими свойствами (исключение - кокаин). Снижение АД - один из наиболее часто возникающих побочных эффектов при введении анестетиков. Анестетик, введенный в субдуральное пространство, блокирует проводимость преганглионарных симпатических нервных волокон, идущих в составе передних корешков и несущих сосудосуживающие импульсы от центра к периферии. При этом расширяются артериолы и снижается АД.
- При коллапсе необходимо срочно ввести сосудосуживающие вещества. Для этого наиболее эффективной является группа непрямого а-адреномиметиков (норадреналин, мезатон).
- Для предотвращения возникновения коллапса следует предварительно ввести сосудосуживающие вещества длительного действия (эфедрин, мезатон).

Практическое занятие № 4

2. Тема: ИБС. Стабильная и нестабильные формы.

3. Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы стенокардии напряжения, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения стенокардии напряжения.

4. Вопросы для рассмотрения:

- Стенокардия напряжения. Определение. Классификация по функциональным стадиям.
- Клиника, диагностика и профилактика.
- Нестабильные формы стенокардии. Классификация. Клиника, диагностика и профилактика.
- Группы антиангинальных препаратов. Классификация. Механизм действия.
- Побочные действия препаратов. Показания и противопоказания к назначению.
- Выбор тактики ведения больного с различными формами стенокардии.

Профилактика ИБС.

5. Основные понятия темы: стабильная стенокардия. Впервые возникшая стенокардия, прогрессирующая стенокардия, нагрузочные пробы: физические и медикаментозные, холтеровское мониторирование, ЧПСС, нитраты. Блокаторы медленных кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, статины, антиагреганты.

Задание.

ЗАДАЧА № 1

Больной К., 49 лет, поступил в стационар с жалобами на приступы интенсивных болей за грудиной, иррадиирующих в левую руку; боли длятся более 30 мин, четкой связи их возникновения с физической нагрузкой нет: иногда появляются при подъеме тяжести, иногда в ночное

время, нередко через 15-20 мин после еды, сопровождаются изжогой, отрыжкой. Боли не снимаются нитроглицерином, уменьшаются после приема минеральной воды, раствора пищевой соды, теплого молока, приема коринфара. Болеет около 6 лет, наблюдается в поликлинике по поводу ИБС. Последнее ухудшение связано с физической нагрузкой (подъемом тяжести): появилась резкая боль за грудиной, которая продолжалась около 20 мин. Боли уменьшились в положении лежа с приподнятым изголовьем, приема молока и таблетки коринфара, но полностью не исчезли, в связи с чем пациент направлен в стационар с диагнозом "ИБС, затянувшийся приступ стенокардии". Из анамнеза жизни: в 25-летнем возрасте операция (ушивание) по поводу перфоративной дуоденальной язвы. В последующем иногда беспокоили боли в эпигастрии, проходящие после еды. Восемь лет назад после эмоционального стресса зафиксировано повышение АД до 170/95 мм рт. ст. Курит около 20 сигарет в день, периодически злоупотребляет алкоголем. За последние 5-6 лет отмечает увеличение массы тела на 18 кг. Работа пациента связана с физическим напряжением, подъемом тяжестей. Объективно: состояние больного удовлетворительное, гиперстеник, рост 170 см, масса тела 96 кг, окружность живота 118 см. Отеков нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, верхняя - 3-е ребро, левая - 1 см снаружи от левой срединноключичной линии. Пульс - 76 в мин, удовлетворительного наполнения, АД — 140/85 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, I тон на верхушке ослаблен. В легких без особенностей. По белой линии живота выше пупка имеется послеоперационный рубец, признаков скопления жидкости в брюшной полости нет. Размеры печени по Курлову 11-10-9 см, не пальпируется. Дополнительные методы исследования: ОАК. Эр. - 4,6 x 10¹², Нв - 140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 7,8 x 10⁹, Э - 2, П - 4, С - 66, Л - 20, М - 8, СОЭ - 8 мм/ч. ОАМ. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1022. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - ед. Лейк. - 1-3 в п/зр, Эр.- нет Глюкоза крови - 6,4 ммоль/л, Холестерин - 7 ммоль/л.

Вопросы. 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план дополнительного обследования.

Ответ:

1. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, кардиалгический синдром

2. ОАК, ОАМ, ЭКГ в динамике, ЭГДС, Рентгенологическое исследование пищевода и желудка с контрастированием.

ЗАДАЧА № 2

Больной В., 42 лет, во время занятий в тренажерном зале внезапно почувствовал интенсивную острую боль в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею, левую руку. Появилась одышка, головокружение. Объективно: состояние средней тяжести, бледен, одышка, головокружение. ЧДД - 26 в мин. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание не определяется. При перкуссии справа звук легочный, слева тимпанит. При аускультации справа - дыхание везикулярное, слева дыхательные шумы не выслушиваются. Правая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см снаружи от правого края грудины, левая не определяется. Тоны сердца приглушены, тахикардия, пульс - 116 в мин, слабого наполнения, АД — 90/60 мм рт. ст. Живот без особенностей. Дополнительные методы исследования: ОАК. Эр - 4,5 x 10¹², Нв - 130 г/л, ЦП - 0,95, Лейкоциты - 8,4 x 10⁹, Э - 2, П - 1, С - 67, Л - 23, М - 8, СОЭ - 12 мм/ч. ОАМ. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1018. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - ед. Лейк. - 1-3 в п/зр, Эр. - нет АЛат - 0,3 мкмоль/ч-л, АсАт - 0,4 мкмоль/ч-л. Вопросы. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.

Ответ:

1. Спонтанный пневмоторакс

2. Тропонинный тест, ЭКГ, ЭхоКГ, Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и грудной клетки, R-графия органов грудной клетки

ЗАДАЧА № 3

Врач "Скорой помощи" приехал по вызову к больному К., 50 лет, у которого развился интенсивный приступ загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в левую руку. Боль длится около часа, сопровождается резкой слабостью, беспокойством. В течение последней недели при ходьбе появлялись кратковременные сжимающие боли за грудиной, проходящие в покое.

Объективно: состояние средней тяжести, гипергидроз кожи. Частота дыханий — 20 в мин, при аускультации дыхание везикулярное. Пульс частый, аритмичный. АД — 170/100 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости по левой срединноключичной линии. Тоны приглушены - 94 в мин, единичные экстрасистолы. Край печени по реберной дуге. Дополнительные методы исследования: ОАК. Эр. - 4,3 x 10¹², Нв - 130 г/л, ЦП - 0,9, Лейкоциты - 6,2 x 10⁹, П - 4, С - 54, Л - 22, М - 10, СОЭ - 8 мм/ч. ОАМ. Реакция - нейтральная, Уд. плотность - 1020. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - ед. Лейк. - 1 -2 - 8 в п/зр, Эр. нет.

К-во холестерина в сыворотке - 4,9 ммоль/л, \square - липопротеиды - 8,4 ммоль/л Глюкоза крови - 5,8 ммоль/л Вопросы. 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план дополнительного обследования.

Ответ :

1. Острый коронарный синдром

2. АЛат, АсАт, КФК, Тропонинный тест, ЭКГ, ЭхоКГ

ЗАДАЧА № 4

Больная А., 44 года. Жалуется на длительные, многочасовые, загрудинные боли, не связанные с физической нагрузкой, не купирующиеся нитроглицерином, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед, отечность, зябкость, слабость, снижение памяти, боли в спине и суставах, запоры. Заболевание начало развиваться около 5 лет назад после простуды. Безуспешно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита, затем анемии. Объективно: рост 170 см, масса тела — 86 кг. Кожа бледная сухая, с мраморным оттенком, шелушится. Определяется плотный отек лица, туловища, стоп, кистей. Больная малоподвижна, безразлична, голос низкий. Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы отсутствуют. Пульс - 54 в мин, ритмичный, АД — 130/90 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости смещены влево вниз на 3,5 см, влево вверх на 2,0 см, вправо вниз на 2 см., тоны приглушены. Пальпация органов брюшной полости затруднена из-за плотного отека передней брюшной стенки. Сухожильные рефлексы снижены, время ахиллова рефлекса увеличено. Дополнительные методы исследования: ОАК. Эр. - 3,5 x 10¹², Нв - 64 г/л, ЦП - 0,6, Лейкоциты - 3,4 x 10⁹, П - 2, С - 66, Л - 24, М - 8, СОЭ - 24 мм/ч. ОАМ. Реакция - нейтральная, Уд. плотность - 1015. Прозрачность - неполная.

Белок - 0,033 г/л. Эп. кл. - ед. Лейк. - 1 - 2 в п/зр, Эр. - нет. К-во холестерина в сыворотке - 10,5 ммоль/л, \square - липопротеиды - 6,5 ммоль/л Креатинин сыворотки крови - 0,088 ммоль/л, АЛат - 0,3 мкмоль/ч-л, АсАт - 0,4 мкмоль/ч-л Общий белок — 75 г/л, Альбумины - 50 г/л, \square 1 глобулины - 4,0 г/л.

Вопросы. 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план дополнительного обследования. 3. Составьте план лечения больного

Ответ:

1. Гипотиреоз тяжелой степени, выпот в перикард

2. ЭКГ, ЭХОКГ, Рентгенография грудной клетки, УЗИ щитовидной железы, почек, уровень ТТГ, Т3, Т4

3. При подтверждении диагноза - адекватная заместительная терапия тиреоидными гормонами, при значительном количестве жидкости в полости перикарда-перикардиоцентез

ЗАДАЧА № 5

"Скорая помощь" вызвана к больному 66 лет по поводу кровохарканья. Пациент жалуется на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, одышку, слабость, кровохарканье. Боли в грудной клетке и одышка возникли около суток назад, кровохарканье - около 30 мин. Две недели назад перенес операцию по поводу аденомы предстательной железы.

Объективно: состояние тяжелое, лицо цианотично, шейные вены слегка набухшие, ЧД — 26 в мин. При перкуссии слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, там же ослабление везикулярного дыхания, ЧСС — 98 в мин, пульс ритмичный, АД - 115/70 мм рт. ст. (обычно — 160/90 мм рт. ст.) Живот болезненный при пальпации. Дополнительные методы исследования: ОАК. Эр.- 4,5 х 10¹², Н-140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 7,8 х 10⁹, П - 8, С.- 62, Л - 24, М - 6, СОЭ - 24 мм/ч. ОАМ. Цвет - желтый. Реакция - кислая, Уд. плотность - 1016. Прозрачность - неполная. Белок - 0,066 г/л. Эп. кл. - един. Лейк. - 0 - 1-3 в п/зр, Эр. 1-2 - 0 в п/зр. Глюкоза крови - 5,2 ммоль/л. Холестерин - 7 ммоль/л, □ - липопротеиды - 5 г/л Вопросы. 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план дополнительного обследования.

Ответ:

1. ГЭЛА

2. Показатели свертывающей системы крови, D-димер, ЭКГ, ЭХОКГ,

Рентгенография грудной клетки,

ЗАДАЧА № 6

Женщина 53 лет. В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда. ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная. ЭХОКГ: без особенностей. АНАЛИЗЫ, КРОВИ: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л. В остальном - без особенностей.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен с учетом представленных данных?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

Ответ:

1. Гипотиреоз. Гиперлипидемия IIB тип.
2. Исследование гормонов щитовидной железы и ТТГ. УЗИ щитовидной железы.
3. При подтверждении диагноза - адекватная заместительная терапия тиреоидными гормонами.

ЗАДАЧА № 7

Больной 28 лет. С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое. Объективно: ЧСС = 80 уд/мин., АД = 120/80 мм рт ст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей. ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд/мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения. ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4,4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый диагноз пациента.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?
3. Тактика медикаментозного лечения пациента. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?

Ответ:

Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка. Относительная коронарная недостаточность. Предсердная экстрасистолия.

2. Нагрузочный тест, ЭКГ- мониторинг, определение липидов крови. При склонности к повышению АД - исследование глазного дна и АД-мониторирование для исключения артериальной гипертонии и гипертонического сердца.
3. Бета-блокаторы, верапамил, дилтиазем. При наличии нарушений ритма - кордарон. Противопоказаны сердечные гликозиды, нитроглицерин, с осторожностью следует применять диуретики. (в связи с уменьшением преднагрузки или венозного возврата к сердцу).

ЗАДАЧА №8

Больная Л., 49 лет. Жалуетесь на периодическую боль в сердце, сердцебиение, одышку, раздражительность, временами отеки голеней и стоп. Боль в сердце возникает 2-3 раза в сутки без связи с физической нагрузкой, сопровождается сердцебиением, чувством нехватки воздуха, потливостью, чувством жара, не иррадирует. Отеки нижних конечностей возникают перед менструацией и после ее окончания проходят. Менструации нерегулярные, обильные. Объективно Рост-160 см, масса тела-74 кг. Кожа обычной влажности. Пульс - 82 в 1 мин, ритмичный, АД - 145/80 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны обычной громкости. Дыхание везикулярное. Живот мягкий. Печень не увеличена. Отеков нет.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Определите, имеются ли у больной признаки сердечной недостаточности.
3. Укажите, какие изменения на ЭКГ могут наблюдаться у больной, их патогенез.
4. Укажите отличительные признаки изменения ЭКГ при ишемической болезни сердца и климактерической кардиомиопатии. Влияние функциональных проб.

Ответ:

1. Пременопауза, климактерическая кардиопатия.
2. СН0
3. Снижение S - Т, зубец Т отрицательный, однако Т может углубиться, стать вновь положительным.
4. В отличие от климактерической кардиомиопатии при ИБС - конкордантное смещение S - Т вниз, отрицательный зубец Т во время приступа, после приступа нормализуется.

Проба с физической нагрузкой (велозргометрия) - отрицательная (отсутствие на ЭКГ изменений, свойственных ишемической болезни сердца или улучшение показателей ЭКГ)

Проба с нитроглицерином - прекращение боли спустя 2 - 5 мин, положительная динамика ЭКГ, а при климактерической кардиомиопатии - отсутствие изменений. При сочетании ИБС и климактерической кардиомиопатии - уменьшение боли, отсутствие существенной положительной динамики ЭКГ.

Проба с обзиданом - при ИБС - меняется мало, а при климактерической кардиомиопатии ЭКГ нормализуется.

ЗАДАЧА № 9

Женщина 57 лет страдает тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Внезапно, на пятые сутки после обширного оперативного вмешательства появилась сильная боль в левой половине грудной клетки, одышка, цианоз верхней половины туловища, кровохарканье. Состояние больной тяжелое. Цианоз верхней половины туловища, шейные вены набухшие. Одышка до 40 в мин. АД 80/50 мм рт ст, тахикардия до 120 уд/мин. Тоны сердца глухие, акцент второго тона над легочной артерией. На ЭКГ нагрузка на правые отделы сердца.

Задание:

1. Наиболее вероятный диагноз
2. Каков план дальнейшего обследования

Ответ:

1. ТЭЛА.
2. ОАК, показатели свертывающей системы крови, D-димер, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки,

Задача № 10

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Задание: 1. Поставить диагноз. 2. Провести дифференциальную диагностику. 3. Наметьте план обследования. 4. Наметьте план лечения. Результаты дополнительного обследования: ЭКГ: картина острого инфаркта миокарда. 1. Общий анализ крови: эритроциты – 4,5x10¹², лейкоциты – 10,5x10⁹, э. – 0, п. – 6, сегм. – 65, л. – 22, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч. 2. Свертываемость крови – 3 мин. 3. ПТИ – 100%. 4. СРБ+, КФК – 2,4 ммоль/л, АСТ – 26 Е/л, АЛТ – 18 Е/л. 5. Рентгенография – прилагается.

Ответ:

1. ИБС: инфаркт миокарда.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
4. План лечения: купирование болевого синдрома – наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

Задача № 11

Больной С., 72 года. Обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на периодически возникающие за грудиной боли, связанные с физической нагрузкой, с иррадиацией в межлопаточную область. Также предъявляет жалобы на нарушения глотания, повышенное слюноотделение, тошноту, рвоту, тяжесть в животе, похудание. Объективно: дыхание жесткое, хрипов нет, ЧСС – 52/мин, ЧД – 25/мин, во втором межреберье по ходу проекции аорты выслушивается систолический шум, перкуторно расширение сосудистого пучка вправо. Лабораторные показатели в пределах возрастной нормы. На рентгенограмме: узурация тел позвонков, умеренный кифоз. В прямой проекции увеличение правого контура аорты, смещение контуров трахеи и левого главного бронха, явления гиповентиляции левого легкого. Во второй косой расширение восходящей аорты, смещение заднего контура до середины позвоночника, отклонение контрастированного пищевода вперед. Задание Предварительный диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика ведения

Ответы

Аневризма аорты.

Практическое занятие № 5

Тема: Инфаркт миокарда, лечение острого и подострого периода. Реабилитация больных с инфарктом миокарда.

3. Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы инфаркта миокарда, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбрать оптимальные схемы лечения инфаркта миокарда.

4. Вопросы для рассмотрения:

1. Инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез.
2. Клинические симптомы и синдромы острого, подострого периодов инфаркта миокарда.
3. ЭКГ диагностика инфаркта миокарда.
4. Лабораторная диагностика инфаркта миокарда.
5. Дифференциальная диагностика инфаркта миокарда.
6. Лечение острой и подострой стадии инфаркта миокарда.

5. Задание:

Задача № 1

Больной 54 лет поступил в клинику с диагнозом повторный переднеперегородочный инфаркт миокарда с переходом на верхушку и боковую стенку левого желудочка. Объективно: состояние тяжелое, бледен, холодный липкий пот, акроцианоз, в легких единичные незвонкие мелкопузырчатые хрипы в нижне-задних отделах. ЧСС 110 в мин. ЧД 24 в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс слабого наполнения. Олигурия. Больной возбужден, неадекватен.

Задание: 1. Выделите ведущий синдром. 2. Поставьте диагноз. 3. Определите тактику неотложной помощи. 4. Укажите препараты противопоказанные при данном синдроме.

Задача №2

Пациент 62 лет обратился с жалобами на сильную боль в нижней челюсти. Десять лет страдает гипертонической болезнью. Последние два года периодически стал отмечать боль в нижней челюсти, которая возникала при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице. После небольшого отдыха боль проходила. За месяц до обращения к стоматологу боль стала интенсивнее и продолжительнее (длилась 30 минут), появлялась даже в покое, во время сна, сопровождалась страхом смерти. Осматривавший пациента стоматолог увидел разрушенную коронку левого третьего моляра, диагностировал пульпит и удалил зуб. Сразу же после этого развился особенно интенсивный приступ боли в нижней челюсти, сопровождавшийся удушьем, головокружением, холодным потом. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные и влажные. Пульс 92 удара в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Число дыханий 26 в 1 минуту. В нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы. Задание: 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Укажите осложнения. 3. Ваша тактика.

Задача №3.

Больной М, 46 лет, доставлен в приемный покой с жалобами на давящие боли за грудиной. Боли возникли после интенсивной физической нагрузки и сохраняются в течение часа. Объективно: АД 150/90 мм рт.ст. ЧСС 90 в минуту. Тоны сердца ясные. ЧДД 20 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков на нижних конечностях нет. ЭКГ: синусовый ритм. ЧСС 90 в минуту. В I, II, aVL отведениях отмечается элевация сегмента ST на 4 мм. Задание. 1. Оцените

изменения на ЭКГ. 2. Какие дополнительные методы исследования показаны данному больному. 3. Укажите мероприятия по неотложной помощи.

Практическое занятие № 6

2. Тема: Нарушения ритма

3. Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы нарушений ритма и проводимости сердца, распознать основное заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения нарушений ритма и проводимости сердца.

4. Вопросы для рассмотрения:

1. Суправентрикулярные нарушения ритма. Суправентрикулярная экстрасистолия.

Электрокардиографическая диагностика. Лечение.

2. Суправентрикулярные нарушения ритма. Суправентрикулярная

пароксизмальная тахикардия. Электрокардиографическая диагностика. Лечение. Неотложная помощь.

3. Синдромы предвозбуждения желудочков. Диагностика. Лечение. Неотложная помощь при пароксизмальных тахикардиях на фоне дополнительных путей проведения.

4. Фибрилляция предсердий и трепетание предсердий. Диагностика. Лечение.

5. Желудочковые нарушения ритма. Экстрасистолия. Пароксизмальные желудочковые тахикардии. Фибрилляция и трепетания желудочков.

Диагностика. Электрокардиографическая диагностика. Неотложная помощь.

6. Нарушения проводимости. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Неотложная помощь.

7. Синдром слабости синусового узла. Диагностика. Лечение.

8. Электрокардиостимуляция. Виды, показания, ведение пациентов, осложнения.

6. Основные понятия темы: Нарушение ритма (аритмии)

Современные представления о патогенезе аритмии. Классификация аритмий. Методы диагноза.

Экстрасистолия. Патогенез. Клинические проявления. Топическая диагностика экстрасистолических аритмий (ЭКГ-признаки).

Особенности врачебной тактики, показания к назначению антиаритмических препаратов. Профилактика экстрасистолии.

Пароксизмальные тахикардии. Патогенез. Клиническая картина приступа пароксизмальной тахикардии. Изменения ЭКГ. Изменения

системной гемодинамики при приступе. Медикаментозная терапия во время приступа пароксизмальной тахикардии (суправентрикулярной и желудочковой). Показания к электроимпульсной терапии. Профилактика приступов. Прогноз.

Синдром преждевременного возбуждения желудочков. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.

Мерцательная аритмия и трепетание предсердий. Патогенез. Классификация. Клиническая симптоматология. Изменения ЭКГ. Влияние

мерцательной аритмии на гемодинамику. Осложнения. Терапия пароксизмальной и постоянной формы мерцательной аритмии. Показания к электроимпульсной терапии. Ведение больных после восстановления ритма. Профилактика рецидивов мерцательной аритмии. Трудовая

экспертиза. Прогноз.

Фибрилляция желудочков. Патогенез. Клиника. ЭКГ-признаки. Терапия. Роль палат интенсивного наблюдения в предупреждении, диагностике и терапии фибрилляции желудочков.

Синдром слабости синусового узла. Диагностика. Клинические проявления. Показания к имплантации искусственного водителя ритма.

Нарушение проводимости. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Характер ЭКГ-изменений. Изменения гемодинамики при различных нарушениях проводимости. Осложнения (синдром Морганьи-Эдемс-Стокса, сердечная недостаточность, нарушения ритма).

Диагноз и дифференциальный диагноз. Роль электрофизиологических исследований и мониторинга ЭКГ. Лечение. Врачебная тактика при остро возникающих нарушениях проводимости. Показания к временной кардиостимуляции. Терапия хронических нарушений

проводимости. Показания к имплантации искусственного водителя ритма.

Задание.

ЗАДАЧА № 1

Больная 28 лет, доставлена в терапевтическое отделение «скорой помощью» с жалобами на сердцебиение, головокружение, слабость, частое мочеиспускание. Приступ сердцебиения начался внезапно, среди полного благополучия и продолжается уже более 12 часов. Подобные приступы наблюдались и раньше, но были кратковременными. Чаще они возникали после переутомления или волнения. В последние 3 месяца до поступления в стационар они участились и стали более продолжительными. Объективно: большая астенической конституции.

Цианоза, отеков нет. Кожа груди, на ладонях влажная на ощупь. Наблюдается тремор пальцев руки и век. Яремные вены набухшие, усилена пульсация шейных сосудов. Границы сердца не изменены. Частота сердечных сокращений (аукультативно) 220 в мин. Пульс на лучевой артерии не сосчитывается, малый и мягкий. АД 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Печень и селезенка не пальпируются.

Мочеиспускание частое - каждые 15-20 мин. выделяется 200-250 мл. светлой мочи. Электрокардиограмма, частота сокращений предсердий и желудочков 220 в мин., зубцы Т, Р сливаются между собой, положительные. Интервалы S-T ниже изолинии. Желудочковый комплекс не расширен и не деформирован. Задания: 1. Как называется состояние, наблюдаемое у больной? 2. Каковы рефлекторные

методы, направленные на устранение приступа? 3. Неотложная медикаментозная терапия. Ответ 1. У больной приступ пароксизмальной наджелудочковой тахикардии. 2. Надавливание на глазные яблоки (проба Чермака), натуживание на высоте глубокого вдоха при закрытой голосовой щели и зажатом носе (проба Вальсальвы), вызывание рвотного рефлекса путем раздражения пальцами корня языка. 3.

Внутривенные введения новокаинамида 10%-10,0 в изотоническом растворе NaCl в течении 3-5 минут, иногда вместе с метазоном 5%-0,5 мл.

А) поляризующая смесь внутривенно камельно, через 10-15 минут введения - верапамил 5-10 мг в/в струйно (при отсутствии эффекта).

Б) при отсутствии эффекта через 30 минут: кордарон 300-450 мг в 20 мл изотонического раствора NaCl в течении 5-10 минут.

В) при отсутствии эффекта еще через 30 мин. - дигоксин 0,025% - 1 мл с 10 мл панангина в изотоническом растворе NaCl до 20 мл в/в в течении 5 минут.

При нарушении гемодинамики (снижение АД, головокружение) до введения дигоксина провести электропульсную терапию.

4. Пароксизмальная тахикардия может осложнять течение: миокардита, тиреотоксикоза, стеноза левого венозного отверстия сердца, климакса, вегето-сосудистой дистонии. Может явиться клиническим проявлением синдрома преждевременного возбуждения желудочков.

5. ЭКГ после купирования пароксизма, ЭХО-КГ, ревматизма, белковой фракции, общий анализ крови, рентгенография грудной клетки, УЗИ щитовидной железы, тиреоидные гормоны, рентгенография турецкого седла.

6. При вегетативной дисфункции (что наиболее вероятно у данной больной) учащение приступов может быть вызвано переутомлением, первым напряжением, обострением очагов хронической инфекции.

ЗАДАЧА № 2

Больной 75 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног. Больным себя считает около 10-лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Год назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание; со слов родственников, были судороги. "Небольшие" приступы в течение последнего года (потемнение в глазах, головокружение, длящееся 1-2 мин.) бывали и раньше. За месяц до поступления они участились, усилилась одышка, появились отеки на голенях. Состояние больного тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см, конфигурация сердечной тупости аортальная. Тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. Временами определяется очень громкий (пушечный) 1-й тон. АД 180/80 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 36 в мин.; напряженный. Частота его не меняется после физической нагрузки (ходьба по палате). В легких везикулярное дыхание, выслушиваются единичные влажные хрипы. Печень выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная при пальпации. Анализ крови: Эр. - 4.0 x 10¹²/л, Нб - 140г/л; СОЭ - 5 мм/час, Л - 7,6 x 10⁹/л, формула не изменена. Анализ мочи: уд. вес - 1.026, белок-следы, лейкоциты и эритроциты 1-2 в п/зрения. Суточный диурез 800 мл, ЭКГ: PP-0,75", RR-1,65", QR-T= 0,48". QRS-0,16". На следующий день после поступления в больницу больной внезапно потерял сознание, лицо стало багрово-синим, появилась эпилептиформная судорога, непроизвольное мочеиспускание. Пульс во время приступа 16 в мин., АД - 200/80 мм рт. ст. После оказания помощи больной пришел в сознание, но о случившемся ничего не помнил. Задания: 1. Укажите ведущий синдром 2. Поставьте предположительный клинический диагноз. 3. Неотложная помощь при данном состоянии (в рецептах).

Ответ

1. В клинической картине ведущим является приступ потери сознания, сопровождающийся судорогами, непроизвольным мочеиспусканием (синдром Морганьи – Эдемса – Стокса). Причиной его развития является полная поперечная блокада сердца и как следствие ишемия головного мозга.

2. Предположительный диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения. Атеросклероз аорты, коронарных артерий, диффузный кардиосклероз. Полная атрио – вентрикулярная блокада дистального типа НШБ.

3. Непрямой массаж сердца, искусственное дыхание, внутривенно- капельно норадреналин, бикарбонат Na 4% - 20,0. При неэффективности – трансвенозная электрическая стимуляция сердца.

4. Ведущий синдром необходимо дифференцировать с эпилепсией, обморочными состояниями вестибулярного происхождения (эти приступы соотносятся по нормальному пульсу в период припадка), обморочными состояниями при аортальном стенозе, митральных пороках с тромбом левого предсердия, миксомой левого предсердия.

5. Больному необходима консультация кардиохирурга для решения вопроса об имплантации искусственного водителя ритма.

ЗАДАЧА № 3

Больной 37 лет находится в кардиологическом стационаре. В возрасте 25 лет выявлен митральный порок (стеноз и недостаточность), умеренная аортальная недостаточность. С 31 года - пароксизм фибрилляции предсердий. В 35 лет - последняя отчетливая ревматическая атака, после которой фибрилляция стала стойкой, появилась необходимость постоянного лечения по поводу сердечной недостаточности. Год назад - тромбоз мелких ветвей легочной артерии, инфарктная пневмония. Статус: заметная одышка в покое, пульс около 110 уд. в мин, аритмичный АД 110/50 мм рт.ст., печень выступает на 8 см, отечность голеней. Рентгенокопия: существенное расширение всех отделов сердца признаки застоя в легких. Обсуждается вопрос о лечении фибрилляции предсердий. Задания: 1. Укажите диагноз. 2. Составьте план обследования. 3. Укажите тактику ведения пациента. 4. Какие осложнения могут возникнуть при лечении сердечными гликозидами.

ЗАДАЧА № 4

Больная 65 лет доставлена в больницу после кратковременного обморока, случившегося на улице. В течение нескольких лет беспокоят приступы сердцебиения, а также слабость, головокружения, дурнота. Эти ощущения, нерезко выраженные, замечает каждый день. Нагрузки переносила удовлетворительно. Обморок на улице с падением случился впервые. Во время одного из приступов сердцебиения три недели назад снята ЭКГ, зарегистрирована наджелудочковая тахикардия. АД было нормальное. Приступ прекратился спонтанно, и врач назначил обзидан по 20 мг 3 раза в день. Однако неприятные ощущения продолжали беспокоить, головокружения стали более тягостными. Отказалась от обзидана. ЭКГ, снятая в приемном покое, прилагается.

Задания: 1. Установите диагноз. 2. Определите план обследования больной. 3. Цените ЭКГ.

ЗАДАЧА № 5

У больного Т., 64 лет, внезапно развился приступ учащенного сердцебиения, появились общая слабость, чувство нехватки воздуха. В течение 10 лет при ходьбе беспокоят приступы загрудинных болей, купирующиеся нитроглицерином. Диагностировалась ИБС - стенокардия напряжения. В дальнейшем дважды перенес инфаркт миокарда. 3 года назад появились перебои в работе сердца. На ЭКГ регистрировались желудочковые экстрасистолы. Лечился суставом, обзиданом, коринфаром. Объективно: бледность кожи. Акроцианоз. Видимых отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание. ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца приглушены. Тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 200 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. На ЭКГ - учащенный ритм до 200 в минуту, интервалы R - R одинаковые, желудочковый комплекс QRS расширен до 0,18 сек и деформирован.

Задания:

1. Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.
2. Осложнением какого заболевания является аритмия?
3. Выберите препарат первого выбора для купирования аритмии.

Ответ:

1. На ЭКГ документирована пароксизмальная желудочковая тахикардия.
2. Является осложнением основного заболевания - ИБС.
3. Средство первого выбора – лидокаин 80-100 мг в/в струйно.

ЗАДАЧА № 6

У больного П., 30 лет, внезапно развился приступ учащенного сердцебиения. Из анамнеза выяснено, что в течение 5 лет периодически беспокоят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые проходили самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался. Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. При аускультации сердца определяется тахикардия с правильным ритмом. ЧСС 180 в минуту. На снятой ЭКГ - зубец "P" не определяется, интервалы R - R одинаковые, ЧСС — 180 в минуту, желудочковый комплекс QRS не расширен (0,08 сек). Задания:

1. Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.
2. Последовательность мероприятий по купированию аритмии.

Ответ:

1. На ЭКГ документирована пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.
2. Последовательность лечебных мероприятий по купированию приступа:
 - 1) вагусные пробы (массаж каротидного синуса, проба Вальсальвы и др.). При отсутствии эффекта средство первого выбора верапамил 5-10 мг в/в струйно;

2) если приступ не купировался в/в струйно медленно (под контролем ЧСС, АД, ЭКГ), новокаиномид 500 мг на физиологическом растворе или в/в капельно 1000 мг на физиологическом растворе.

ЗАДАЧА № 7

Больная Ч., 76 лет, предъявляет жалобы па одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей, перебои в работе сердца. Одышка при физической нагрузке и отеки на ногах впервые появились 5 лет назад. Периодически больная принимала диуретики и сердечные гликозиды, после чего одышка и отеки уменьшались. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы. Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧД - 26 в мин. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница относительной сердечной тупости - на 1,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, глухие, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 96 в мин. Пульс 84 в мин., пульсовые волны разного наполнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения с указанием препаратов.

Ответ

1. Диагноз: ИБС. Постоянная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. СН II Б ст., ФК IV.
2. План обследования:
 - Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ.
 - Биохимическое исследование крови: общий холестерин, триглицериды, глюкоза, электролиты (калий, натрий).
 - ЭХОКГ.
3. Схема лечения.
 - Фуросемид внутрь по 40-80 мг утром 3 раза в неделю (учет количества принятой жидкости и диуреза).
 - Энап внутрь по 2,5 мг 2 раза в день.
 - Дигоксин по 0,25 мг внутрь 2 раза в день с последующим подбором поддерживающей дозы (под контролем ЧСС, АД, ЭКГ).
 - Метопролол (беталок, спесикор, эгилок) внутрь по 50 мг 2 раза в день.
 - Аспирин внутрь 125 мг/сут после еды.

ЗАДАЧА № 8

Больной А., 45 лет, на работе внезапно потерял сознание. Сотрудники вызвали бригаду скорой помощи. Объективно: сознание отсутствует, резкая бледность, цианоз кожи, зрачки расширены, реакции на свет нет. Дыхательные движения единичные. Тоны сердца не выслушиваются, пульс и АД не определяются. ЭКГ: частые (200-500 в мин.) беспорядочные волны, отличающиеся друг от друга по форме и амплитуде. Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите неотложные мероприятия.

Ответ

1. Диагноз: фибрилляция желудочков.
2. Неотложные мероприятия: электрическая дефибрилляция, закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких.

ЗАДАЧА № 9

У больного Ф. 30 лет после психоэмоционального перенапряжения внезапно развился приступ учащенного сердцебиения. Из анамнеза выяснено, что в течение 5 лет периодически беспокоят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые не проходили самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался. Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. При аускультации сердца определяется тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 180 в минуту. На снятой ЭКГ - зубец Р отсутствует, интервалы R-R одинаковые, ЧСС - 180 в минуту, желудочковый комплекс QRS не расширен (0,08 сек.). Задания:

1. Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.
2. Последовательность мероприятий по купированию данного состояния.

Ответ

1. На ЭКГ документирована пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.
2. Последовательность лечебных мероприятий по купированию приступа:
 - 1) вагусные пробы (массаж каротидного синуса, проба Вальсальвы и др.). При отсутствии эффекта средство первого выбора верапамил 5-10 мг в/в струйно;

Задача № 10

Больной В., 58 лет, инженер, 2 ч назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности). Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 уд./мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ - Фибрилляция предсердий, тахисистолия, ср. ч.с.ж. 196 в 1 мин.
2. ЭХО-КС - небольшое расширение полостей левого предсердия (-3,8 см). Кровь на холестерин - 7,6 ммоль/л, АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102%, свертываемость - 8 мин.
3. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
4. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, л. - 1-2 в п/зр.
5. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.
6. Анализ крови общий: Нв - 140 г/л, эритроциты - 4,5x10¹²/л, л. - 6,0x10⁹/л, СОЭ - 6 мм/ч.

Задание: 1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).
2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.
3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.

4. Лечение: основная задача – снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты 1-й группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен); электростимуляция.

В противорецидивной терапии: кордарон, β -блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств.

5. Лечение ИБС – антихолестеринемические препараты, диета..

Задача № 11

Больной Б., 74 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебои в работе сердца, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 150 м и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстоянии более 1 км) стали беспокоить около 3 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал пропранолол с небольшим эффектом; кроме того, отметил появление общей слабости, головокружений, трижды терял сознание (впервые – после приема 20 мг пропранолола, в дальнейшем без видимой причины), что сопровождалось получением небольших травм (ссадин и ушибов). Боли за грудиной стали возникать при значительно меньших нагрузках, чем ранее. Госпитализирован после очередного эпизода потери сознания. При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстенческая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД – 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница – по левой среднеключичной линии, правая граница – по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС – 46 уд./мин, на фоне правильного ритма выслушиваются преждевременные сокращения (до 6 в минуту), АД – 130 и 80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии.

В анализе крови: гемоглобин – 13,7 г%, эритроциты – 4,2 млн, лейкоциты – 7,5 тыс., тромбоциты – 243 тыс., СОЭ – 11 мм/ч, об. белок – 6,9 г%, альбумин – 4,2 г%, креатинин – 1,2 мг%, азот мочевины – 18 мг%, общий билирубин – 0,8 мг%, триглицериды – 169 мг/дл, общий холестерин – 328 мг/дл, ЛНП – 197 мг/дл, глюкоза – 113 мг%. В анализе мочи pH 6, уд. вес 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты 0–01 в поле зрения, лейкоциты единичные в препарате.

ЭКГ прилагается.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем 42–117 уд./мин (ср. 58/мин), ЧСС ночью 35–64 уд./мин (ср. 50 уд./мин). Желудочковая политопная экстрасистолия – всего 2130, в т. ч. 34 куплета, 11 эпизодов бигеминии; наджелудочковая экстрасистолия – всего 847. Преходящее удлинение интервала PQ максимально до 0,28 с, 13 эпизодов АВ-блокады II степени I типа (периодики Самойлова-Венкебаха), с 16 до 18 ч – повторные эпизоды АВ-блокады 2:1 и 3:1 с максимальной паузой 3,2 с. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0,2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях.

Задание. 1. Сформулируйте клинический диагноз у данного больного. 2. Составьте план обследования. 3. Оцените ЭКГ. 4. Составьте план лечения.

Ответы

ИБС: стенокардия напряжения III ФК, атеросклеротический кардиосклероз с нарушениями ритма и проводимости: АВ блокада I–II степени (с эпизодами 2:1 и 3:1), желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия. Синдром Морганьи–Эдамса–Стокса. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий.

Практическое занятие № 7.

2. Тема: Лечение острой и хронической сердечной недостаточности.

3. Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы острой и хронической сердечной недостаточности, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы дифференцированного лечения острой и хронической сердечной недостаточности.

5. Вопросы для рассмотрения:

1. Острая сердечная недостаточность: определение, классификация, этиология, патогенез.

2. Отек легких: определение, основные клинические проявления, дифференциальная диагностика с другими причинами пароксизмальной одышки, лечебная тактика.

3. Хроническая сердечная недостаточность: определение, классификация, причины и механизмы развития при различных состояниях.

4. Лабораторная и инструментальная диагностика хронической сердечной недостаточности.

5. Современные принципы профилактики и лечения хронической сердечной недостаточности.

6. Основные понятия темы Дифференциальная диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности. Острая левожелудочковая недостаточность. Отек легких. Провоцирующие факторы. Патогенез. Характеристика гемодинамических сдвигов. Дифференциальная диагностика с другими причинами пароксизмальной одышки. Исходы. Прогноз. Неотложная терапия. Особенности лечения отека легких на фоне артериальной гипертензии и гипотензии, а также при сочетании сердечной и бронхиальной астмы. Острая правожелудочковая недостаточность. Хроническая лево-, правожелудочковая и бивентрикулярная сердечная недостаточность. Этиология, эпидемиология, клиника, инструментальная диагностика, современная медикаментозная и немедикаментозная терапия, профилактика.

Задание:

Задача № 1

Больной Д., 58 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что в возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца. При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски. Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания – 20 в мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца смещены влево. При аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС 94 в минуту, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Общий анализ крови: гемоглобин – 150 г/л, лейкоциты – 6,8x10⁹/л, эритроциты – 4,6x10¹²/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 67%, лимфоциты – 22%, моноциты – 8%, СОЭ – 6 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1–2 в поле зрения. В биохимическом анализе крови – уровень холестерина 6,6 ммоль/л. ЭхоКГ: размер левого предсердия – 3,6 см (норма до 4 см). Конечный диастолический размер левого желудочка – 5,8 см (норма – 4,9–5,5 см). Фракция выброса 40%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки – 1,0 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта. Задания: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить? 3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ХСН IIА стадии, II ФК. 2. Необходимо выполнить ЭКГ и рентгенографию органов грудной клетки.
3. Ингибиторы АПФ, β-блокаторы, АМКР, диуретики, антиагреганты, статины.

Задача № 2

Большая Е., 72 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 м и подъемом на один лестничный пролет, слабость, утомляемость, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что около 22 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными подъемами цифр артериального давления до 220/110 мм рт.ст. Регулярного лечения не получает. Страдает сахарным диабетом 2 типа. При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 155 см, вес 102 кг. Кожные покровы обычной окраски. Небольшие отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 18 в мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: расширены влево. При аускультации сердца тоны ясные, выслушивается акцент II тона во II межреберье справа от грудины, шумов нет. Ритм сердца правильный, ЧСС 96 в минуту. АД 180/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 12x11x8 см. Окружность живота 120 см. Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - 7,4x10⁹/л, эритроциты - 4,1x10¹²/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты - 20%, моноциты - 5%, СОЭ - 14 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1011, реакция кислая, белок 75 мг/сут, глюкоза отсутствует, эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения. В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 8,3 ммоль/л, глюкоза 7,8 ммоль/л. ЭКГ: сумма R V56 и SV12 >35 мм. Задания: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить? 3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертония 3 степени. Очень высокий риск. ХСН IIБ стадия, III ФК. 2. Необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки и ЭхоКГ. 3. Ингибиторы АПФ, β-блокаторы, АМКР, диуретики, статины.

Задача № 3

Большая Б., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что в возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации над легкими - жесткое дыхание, в нижних отделах выслушивается небольшое количество влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов. При пальпации грудной клетки верхушечный толчок определяется в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца смещены резко влево. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС 103 в мин. АД 110/65 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 13x12x10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный. Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - 6,8x10⁹/л, эритроциты - 4,0x10¹²/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 67%, лимфоциты - 21%, моноциты - 5%, СОЭ - 12 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1010, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения. Рентгенография органов грудной полости: увеличение тени сердца за счет левых отделов, застойные явления в малом круге кровообращения.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить? Оцените результаты рентгенографии органов грудной клетки.

3. Назначьте лечение.

Ответ:.

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН IIБ стадия, IV ФК. 2. Необходимо проведение ЭхоКГ и ЭКГ. 3. Ингибиторы АПФ, β-блокаторы, АМКР, диуретики, сердечные гликозиды. Направить больную на консультацию к кардиохирургу для обсуждения хирургической коррекции порока.

Задача № 4

Большой С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся таблетками нитроглицерина, одышку. Боли в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал аспирин, метопролола сукцинат, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина. При обследовании в стационаре: температура 36,8°C, пульс - 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт.ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. ОАК: эр. - 4,7x10¹²/л, Нв - 135 г/л, ЦП - 1,0; тромбоциты - 260x10⁹/л, лейкоц. - 6,0x10⁹/л, пал. - 2%, эоз. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час. ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1018, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр.

ЭхоКГ: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты. Задания: 1.

Сформулируйте предварительный диагноз. 2. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. ИБС. Прогрессирующая стенокардия. ХСН IIА стадии, II ФК. 2. Дифференциальную диагностику следует проводить с инфарктом миокарда, миокардитом, перикардитом. 3. Нитраты короткого и длительного действия, β-блокаторы/антагонистами ионов кальция (за исключением дигидропиридиновых), антикоагулянты, антиагреганты, статины, терапия ХСН (ингибиторы АПФ, АМКР).

Задача № 5

Пациент, 50 лет, доставлен машиной СМП в отделение интенсивной терапии с жалобами на давящие боли за грудиной, продолжающиеся в течение 1 часа, одышку в покое. Из анамнеза: страдает ишемической болезнью сердца, выписанные кардиологом лекарственные препараты принимает не регулярно. Состояние ухудшилось после перенесенного психо-эмоционального напряжения. Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. При аускультации в легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 100 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. На ЭКГ: подъем сегмента ST в I, AVL, V1-V4, появление преждевременных, одиночных, желудочковых комплексов QRS, значительно расширенных (0,12с) и деформированных, перед которыми отсутствует зубец P. Задания: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какова причинно-следственная связь между этими формами патологии? 3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. ИБС. Инфаркт миокарда передне-перегородочно-верхушечной области, острый период. Желудочковая экстрасистолия. ХСН IIa стадии, II ФК 2. Основной формой патологии у данного пациента является инфаркт миокарда. Аритмия и сердечная недостаточность обусловлены формированием очага ишемии в миокарде.

Задача № 6

Ночью бригада СМП вызвана на дом к пациенту 40 лет, который жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе 2 года назад перенес обширный инфаркт миокарда. Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт. ст. Задания: 1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента. 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Ответ:

1. Отек легких (сердечная астма) у больного с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом. 2. При пенообразовании в легких – вдыхание паров этилового спирта, для уменьшения полнокровия легких – добутамин, сердечные гликозиды, для понижения периферического сопротивления сосудов – морфин, нитраты под контролем АД. При спонтанном дыхании – ранняя неинвазивная респираторная поддержка, при ее недостаточной эффективности – ИВЛ.

Задача № 7

Больной К., 56 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое преимущественно инспираторного характера, отеки ног, ноющие боли в области сердца, сердцебиение и перебои в сердце, тяжесть, ноющие боли в правом подреберье.

Заболел 3 месяца назад без видимой причины, когда отметил появление одышки при небольшой физической нагрузке. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение мочегонными, сердечными гликозидами, состояние прогрессивно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован. Выяснено, что отец и старший брат больного умерли от сердечной недостаточности, хотя не страдали гипертонией и ишемической болезнью сердца.

Объективно: общее состояние тяжелое. Ортопноэ. Одышка в покое с ЧД 28 в мин. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Акроцианоз, слабый диффузный цианоз лица. Отмечается набухание и пульсация шейных вен. Выраженные отеки стоп и голеней. Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук притуплен в нижних отделах легких. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Область сердца внешне не изменена. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен, определяется в V межреберье по передней подмышечной линии. Границы относительной тупости существенно расширены во все стороны. Тоны сердца на верхушке приглушены, II тон акцентирован на легочной артерии. Патологический III тон на верхушке, здесь же мягкий систолический шум. Пульс - 104 в 1 мин., аритмичный за счет частых (до 10 в 1 мин.) экстрасистол, пониженного наполнения и напряжения. АД - 95/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезнен в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, край закруглен. ОАК: эр. - 4,2x10¹²/л, Нв - 120 г/л, ЦП - 0,9; тромбоциты - 400x10⁹/л, лейкоциты - 8,0x10⁹/л, пал. - 3%, эоз. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 28%, мон. - 7%, СОЭ - 10 мм/час. ОАМ: уд. вес - 1018, белок - 0,099 г/л, лейкоциты - 2-4 в п/зр., эр. - 3-5 в п/зр., гиалиновые цилиндры. ЭхоКГ: расширение полостей сердца, незначительное утолщение задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%. Задания: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Определите тактику лечения. 3. Оцените результаты исследований.

Ответ:

1. Дилатационная кардиомиопатия. ХСН IIb стадии, III ФК. 2. симптоматическая терапия, направленная на: уменьшение признаков СН (ингибиторы АПФ, β-блокаторы, диуретики, сердечные гликозиды); устранение экстрасистолии; улучшение реологических свойств крови (аспирин).

Практическое занятие № 8.

2. Тема: Перикардиты

3. Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы перикардитов, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения перикардитов.

4. Вопросы для рассмотрения:

1. Перикардиты. Определение, классификация. Предрасполагающие факторы.
2. Диагностика. Критерии диагностики.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

5. Основные понятия темы Перикардиты: Этиология, патогенез, классификация; инфекционные, асептические, идиопатические. Острые перикардиты: сухой (фибринозный), экссудативный (выпотной), серозно-фибринозный, геморрагический, гнойный, гнилостный, холестериновый, с тампонадой сердца, без тампонады сердца. Хронические перикардиты: выпотной, адгезивный, бессимптомный, с функциональными нарушениями сердечной деятельности, с отложениями извести – панцирное сердце, констриктивный перикардит с экстраперикардальными сращениями. Клинические проявления. Диагностика: физикальные исследования, ЭКГ, ЭхоКГ.

Дифференциальная диагностика. Принципы медикаментозного лечения. Пункция перикарда, показания, противопоказания. Оперативное лечение. Прогноз.

6. Задание:

Задача 1

Больной, 25 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли давящего характера в области сердца, продолжающиеся в течение 2 сут, усиливающиеся при дыхании и лежании в постели на спине, повышение температуры тела до 38 °С, озноб, потливость, слабость.

Около 2 недель назад до появления вышеописанных жалоб после переохлаждения появился кашель, насморк, к врачу не обращался, работал. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, зев чистый, гиперемии нет, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. ЧД - 20 в минуту. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье. Тоны сердца ясные, в четвертом межреберье слева по парастернальной линии прослушивается на ограниченном участке «скребущий» шум, усиливающийся на вдохе и при надавливании стетоскопом. Пульс - 128 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не

увеличена, селезенка не пальпируется. Отеков нет. Задание: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте план обследования больного. 3. Какие результаты, подтверждающие диагноз, вы ожидаете получить? 4. Составьте план лечения.

5. Каков прогноз заболевания?

Задача 2

Больная, 18 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительном физическом напряжении и в покое, чувство тяжести и давления за грудиной, сердцебиение, боли в коленных и голеностопных суставах, повышение температуры тела до 38,5 °С, охриплость голоса, кашель. Из анамнеза известно, что около месяца назад перенесла ангину. Через 2 нед появились боли в коленных и голеностопных суставах, повысилась температура тела. Ухудшение самочувствия последние 5 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы, носящие нарастающий характер. Состояние больной тяжелое. Положение ортопноэ. Цианоз губ, шеи, пальцев рук. Набухание шейных вен. Покраснение, припухлость и ограничение подвижности в коленных и голеностопных суставах. На внутренней поверхности ног - кольцевидная эритема. Лимфоузлы неувеличены. Периферических отеков нет. Грудная клетка конической формы. Число дыханий - 28 в минуту. При перкуссии - ясный легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Отмечается выбухание грудной клетки в области сердца, сглаженность межреберных промежутков. Границы относительной тупости сердца: правая - на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - на уровне второго ребра. Верхушечный толчок определяется в четвертом межреберье по передней подмышечной линии. При аускультации: тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, малого наполнения, ритмичный. АД - 80/50 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. При глубокой пальпации определяется сигмовидная кишка, подвижная, безболезненная.

Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край ее закруглен, чувствителен при пальпации. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен. Селезенка не увеличена. Рентгеноскопия органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, без очаговых и инфильтративных изменений. Расширение размеров сердечной тени во всех направлениях, особенно вверх и вправо. Дуги сердца не дифференцируются, сосудистый пучок укорочен, пульсация резко ослаблена. ЭКГ: вольтаж QRS резко снижен, отрицательный зубец Т в I, II, III, V2-V6 отведениях. Анализ крови: Hb - 125 г/л, эритроциты - 4x10¹²/л, лейкоцитов - 10,8x10⁹/л, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 5 %, СОЭ - 42 мм/ч, СРБ - резко положительный, титр антистрептолизина-О - 1250 Ед, титр антигалактуридазы - 865 Ед.

Анализ мочи: относительная плотность - 1018, реакция кислая, лейкоциты - 2-3 в поле зрения. Задание: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Обоснуйте поставленный диагноз. 3. Какие еще методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза? 4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной? 5. Какова тактика лечения?

Задача 3

Больной, 42 года, поступил в стационар с жалобами на одышку при нагрузке и в покое, сердцебиение, слабость, возникающую при незначительной физической нагрузке, снижение трудоспособности, тяжесть в правом подреберье, потерю веса. В 30-летнем возрасте лечился по поводу туберкулеза легких. Считает себя больным около года, когда стали появляться одышка, сердцебиение при физической нагрузке. Последние 2 мес самочувствие ухудшилось, усилилась одышка. Беспокоит быстрая утомляемость, значительное снижение трудоспособности. Проводимое лечение сердечными гликозидами, мочегонными эффекта не принесло. Объективно: пониженного питания, бледен, цианоз губ, ушей. Число дыханий - 24 в минуту в покое, 30 в минуту - при незначительной физической нагрузке (5 приседаний).

Набухание шейных вен. В легких перкуторно - легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у левого края грудины, левая - на 2 см кнутри от среднелючичной линии, верхняя - нижний край 3 ребра по парастернальной линии. Тоны сердца глухие. Пульс - 108 в минуту. Ритм правильный. АД - 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Анализ крови: Hb - 120 г/л, лейкоциты - 8,8x10⁹/л, палочкоядерные - 3 %, сегментоядерные - 73 %, лимфоциты - 15 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 15 мм/ч. Анализ мочи: относительная плотность - 1015, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, билирубин - 20 ммоль/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, креатинин - 127 ммоль/л, калий - 4,5 мэкв/л. УЗИ органов брюшной полости: правая доля печени увеличена на 5 см, диффузно-неоднородной структуры, умеренное расширение воротной вены, селезенка не увеличена, небольшое количество жидкости в брюшной полости. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, в прикорневых зонах множественные петрифекаты, очаги Гона справа, междолевые шварты справа. Границы сердца в пределах нормы, по правому контуру сердечной тени определяется кольцеобразное обызвествление сердечной сорочки, снижение пульсации. ЭКГ: ритм синусовый, двугорбые зубцы Р, амплитуда QRS снижена, отрицательный зубец Т во II, III, aVF, V1-V3 отведениях. ЭхоКГ: утолщение, сращение, кальциноз перикарда, ограничение движений задней стенки левого желудочка.

Задание: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Что послужило причиной данного заболевания? 3. Тактика ведения больного. 4. Показания к хирургическому лечению.

Практическое занятие № 9

Тема: Нероциркуляторная дистония, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы нейроциркуляторной дистонии, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составить алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы для рассмотрения:

Нейроциркуляторная дистония. Определение
Этиологические формы. Клинические симптомы. Варианты течения.

Вегетативно-сосудистые кризы. Симпатоадреналовые пароксизмы.

Диагностика и дифференциальная диагностика.

Лечение нейроциркуляторной дистонии.

Лечение симпато-адреналового криза.

Прогноз. Профилактика.

Задание:

Задача №1.

Больная 21 года, поступила для обследования по поводу постоянной тахикардии. Повышенную частоту пульса находили с детства. Росла и развивалась нормально, от физкультуры освобождалась. Перенесла детские инфекции, были частые ангины. Физически активна.

Эмоционально лабильна. Быстро устает. Объективно: субфебрилитет по вечерам (до 37,3). Повышенная потливость, стойкий красный дермографизм. Сердце не расширено, тоны громкие, на верхушке короткий дующий систолический шум. Пульс 112 в минуту. АД 150/70 мм. рт. ст. При велоэргометрии выполнила нагрузку 100 Вт в минуту и АД 190/70 мм. рт. ст на максимуме нагрузки. По ЭКГ покоя - синусовая тахикардия. Задание: 1. Каков Ваш предварительный диагноз? 2. Оцените состояние гемодинамики? 3. Оцените реакцию на физическую нагрузку? 4. Проведена проба с обзиданом. Через 1 час после приема 60 мг обзидана пульс 80 в минуту, АД 130/80 мм. рт. ст. Оцените результаты пробы. 5. Что необходимо исследовать у пациентки для уточнения диагноза?

Задача №2.

Призывник 18 лет, находится на обследовании в стационаре по направлению военкоматом. Жалобы на частые головные боли, головокружения и чувство нехватки воздуха возникающие во время и после физической нагрузки. Объективно – патологии со стороны сердца не выявлено. По ЭКГ - синусовая аритмия с ЧСС 72-80 в мин. При проведении велоэргометрии на нагрузке 125 Вт проба остановлена из-за появления головокружения, резкой слабости. АД 185/105 мм. рт. ст, ЧСС 160 в минуту.

Задание: 1. Каков Ваш предварительный диагноз?2. С чем необходимо дифференцировать патологию?3. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?4. Оцените результаты ВЭМ?5. Какие функциональные пробы для верификации/исключения НЦД Вы знаете?

Задача №3.

У больной 46 лет, жалобы на боли в сердце давящего, шемящего характера, которые могут быть как при физических нагрузках (как правило после их окончания), так и вне связи с физической нагрузкой. При расспросе – климакс в течение последних 4-5 месяцев. На ЭКГ: ритм синусовый. В грудных отведениях отрицательные зубцы Т, депрессия сегмента ST там же горизонтальная, выпуклостью кверху.Задание: 1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?2. Укажите ведущие синдромы?3. С чем необходимо дифференцировать патологию? Каким образом?4. Обнаружение каких признаков позволит исключить диагноз НЦД?5. Какие методы лечения порекомендуете?

Задача №4

Пациент, 42 года, поступил в стационар с жалобами на колющие боли в левой половине грудной клетки, частое сердцебиение, температуру 37,2 °С, которая держится на протяжении 1 мес. Также его беспокоят головокружение, головная боль, чувство «духоты» в закрытых помещениях. Последние 2 года интенсивные стрессовые нагрузки. Последний приступ болей в области сердца сопровождался сильным сердцебиением, дрожью во всем теле, покраснением лица, в связи с чем больной вызвал СМП и был доставлен в стационар. При поступлении в соматическом статусе патологии не выявлено. Врач купировал болевой синдром наркотическим анальгетиком, пациент отпущен домой.

Задание: 1. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние пациента?2. О чем может свидетельствовать субфебрильная температура у пациента?

3. Мог ли врач приемного отделения отпустить больного домой после купирования болевого синдрома?4. Обосновано ли применение наркотического анальгетика?5. Какие обследования необходимо назначить больному?

Задача №5

Больная М., 40 лет, поступила в отделение с жалобами на ноющие боли в области сердца, которые длятся около часа, усиливаются при волнении, физических нагрузках, снимаются на некоторое время валокардином, но потом возникают опять. Кроме того, беспокоит чувство тревоги, головные боли, плохой сон. Считает себя больной в течение года, когда после развода с мужем появились вышеперечисленные жалобы. При поступлении в стационар патологии в соматическом статусе больной выявлено не было. Отмечалась умеренная синусовая тахикардия до 96 ударов в минуту, АД - 135/85 мм рт. ст. Со стороны показателей крови, мочи и других лабораторных показателей изменений не было. На ЭКГ, сделанной в приемном отделении, выявлено наличие отрицательного зубца Т в отведениях V1-V4.Задание: 1. Проведите дифференциальный диагноз болевого синдрома в грудной клетке со стенокардией.2. Охарактеризуйте приступы ночных болей у пациентки.3. Сделайте назначение и обоснуйте необходимость дополнительных методов исследования.4. Оцените изменения на ЭКГ и предложите ЭКГ-пробы для верификации диагноза.5. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию.

Эталоны ответов к ситуационным задачам.

Ответ к задаче №1:

1. Нейроциркуляторная дистония
2. Гипертоническая (тахикардия, увеличение систолического и пульсового давления, что отражает высокий сердечный выброс). Гиперкинетический синдром как разновидность НЦД.
3. Нормальная. Прирост пульса и АД соответствует норме, что исключает миокардиальную недостаточность.
4. Высокий тонус симпатической вегетативной нервной системы, который устраняется β-адреноблокаторами.
5. Гормоны щитовидной железы (свободный Т3 и Т4). Поглощение йода щитовидной железой.

Ответ к задаче №2:

1. Диагноз – гипертоническая болезнь I стадии.
2. Нейроциркуляторная дистония, гипертонический тип. Для НЦД не характерно повышение диастолического давления.
3. Необходимо исследовать другие (кроме сердца) органы-мишени: глазное дно, почки. Выяснить наследственность по гипертонии.
4. Гипертензивный синдром
- 5.Проба с гипервентиляцией, ортостатическая проба.

Ответ к задаче №3:

1. Наиболее вероятен диагноз – НЦД
2. Кардиалгический
3. Учитывая возраст и изменения на ЭКГ необходимо проводить диффдиагностику с ИБС: пробы с физической нагрузкой (ВЭМ), фармакологическая проба с нитроглицерином
4. Увеличение размеров сердца, диастолические шумы, ЭКГ-признаки крупноочаговых изменений, блокады ножек пучка Гиса, АВ-блокада II-III степени, пароксизм желудочковой тахикардии, постоянная мерцательная аритмия, горизонтальная или нисходящая депрессия сегмента ST на 2 мм и более, появляющаяся при ВЭМ исследовании или в момент приступа болей в области сердца либо за грудиной, острофазовые «воспалительные» показатели, если они не связаны с какими-либо сопутствующими заболеваниями, застойная СН.
5. Немедикаментозные: дозированные физические нагрузки, устранение стрессовых факторов, гидробальнеотерапия, физиотерапия.

Ответ к задаче №4:

1. Данное состояние следует дифференцировать с острым коронарным синдромом. Возраст больного, мужской пол, боль в грудной клетке требуют исключения ИБС.

2. Субфебрильная температура может говорить о нарушении центральной терморегуляции. Следует измерить температуру в ротовой полости и в подмышечной впадине.

3. Врач приемного отделения должен был наблюдать пациента, так как наркотические анальгетики могли купировать боли при любой патологии, в том числе и при ИМ.

4. До применения наркотических анальгетиков можно было попробовать купировать болевой синдром нитратами короткого действия или НПВС.

5. Больному следует провести обследование для уточнения диагноза и исключения стенокардии: исследовать маркёры острого инфаркта (тропонины, миоглобин), провести холтеровское ЭКГ-мониторирование.

Ответ к задаче № 5

1. Со стенокардией данные боли следует дифференцировать по характеру (при стенокардии боли сжимающие), длительности (при стенокардии они длятся несколько минут), эффекту нитратов (при стенокардии эффект развивается очень быстро), локализации (при стенокардии боли за грудиной), связи с физической нагрузкой. По поводу связи с нагрузкой необходимо подробнее расспросить больную.
2. Ночью у больной развивались «панические атаки» или «вегетососудистые пароксизмы».
- 3.Для проведения дифференциальной диагностики со спонтанной стенокардией следует снять ЭКГ во время приступа. Для спонтанной стенокардии характерно развитие депрессии сегмента ST во время болевого синдрома.

4. Инверсия зубца Т на ЭКГ не является проявлением ишемии. Подтвердить доброкачественность изменений зубца Т может велоэргометрическая проба, которая будет отрицательной у данной больной.
5. Требуется консультация психоневролога или психиатра. Лечение пациентки должно включать психотропные препараты, так как прямым показанием к их назначению являются «панические атаки», возникающие у пациентки.

Практическое занятие № 10

2. Тема: Пороки сердца

Дифференциальная диагностика при сердечных шумах

3. Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, умения выявлять сердечные шумы, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы дифференцированного лечения заболеваний сердца, сопровождающихся сердечными шумами.

5. Вопросы для рассмотрения:

1. Понятие функциональных и органических шумов в сердце, механизм возникновения шума. Характеристика систолического и диастолического шумов в сердце.
2. Особенности нарушений гемодинамики, клиники, инструментальной диагностики при приобретенных и врожденных пороках с систолическим шумом.
3. Дифференциальная диагностика приобретенных и наиболее часто встречающихся врожденных пороков сердца, характеризующихся появлением систолического шума.
4. Особенности нарушений гемодинамики, клиники, инструментальной диагностики при приобретенных и врожденных пороках с диастолическим шумом.
5. Дифференциальная диагностика приобретенных и наиболее часто встречающихся врожденных пороков сердца, характеризующихся появлением диастолического шума
6. Значение инструментальных методов исследования в дифференциальной диагностике пороков сердца (неинвазивные и инвазивные методы). Информативность ультразвуковых методов исследования в определении причин шумов в сердце.
7. Показания и виды хирургического лечения при пороках сердца
8. Особенности ведения беременности и родов у больных с пороками сердца.

6. Основные понятия темы: Дифференциальная диагностика при шумах сердца

Дифференциальная диагностика приобретенных и наиболее часто встречающихся врожденных пороков сердца, характеризующихся появлением систолического шума. Дифференциальная диагностика пороков сердца, характеризующаяся диастолическим шумом. Систолический шум "относительной" недостаточности митрального клапана (пролапс створок, нарушение тонуса папиллярных мышц, органическое поражение миокарда). Шумы на крупных сосудах при гипертонии малого и большого кругов кровообращения.

Задание:

Задача № 1

Больной 42 лет доставлен в стационар с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, особенно в ночные часы, вынуждающая пациента садиться в постели, приступы сердцебиения, отеки на ногах, увеличение живота. Болен около двух лет, после тяжелого гриппа стал отмечать появление одышки, слабости, перебоев в работе сердца, отеков. В поликлинике установлен диагноз "ИБС", назначены сердечные гликозиды, нитраты и мочегонные. Эффект от терапии был незначительным, пациент самовольно прекратил прием лекарств. Последние 6 месяцев не работал. В анамнезе — многолетнее злоупотребление алкоголем. Объективно: состояние больного тяжелое, положение вынужденное - ортопноэ, кожные покровы бледные, выраженный акроцианоз. Массивные отеки нижних конечностей, поясницы, передней брюшной стенки, асцит. ЧДД — 24 в мин. Над легкими — укорочение перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон, нижние границы легких на 2 ребра выше нормы, при аускультации — дыхание ослабленное, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс 96 в мин, аритмичный, АД — 110/70 мм рт. ст. Границы сердца: правая на 3 см снаружи от правого края грудины, левая — по переднеподмышечной линии, верхняя — на 3-ем ребре. ЧСС — 108 в мин. Тоны приглушены, аритмичные, на верхушке I тон ослаблен, на верхушке и над мечевидным отростком выслушивается систолический шум. Живот увеличен, провести пальпацию и определить размеры печени невозможно из-за напряженного асцита. ОАК. Эр.-4,0 x 10¹², Нв - 120 г/л, ЦП - 0,94, Лейкоциты - 7,6 x 10⁹, П - 3, С - 55, Л - 30, М - 8, СОЭ - 9- мм/ч. Задание: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план дальнейшего обследования больного

Ответ:

1. ДКМП. Кардиомегалия. Относительная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Сердечная астма. СН ПБ. ФКШ. Асцит/
2. ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, коронарография, определение липидов крови, трансаминаз, ГГТП, билирубина, протеинограммы, сialовой пробы, дифениламиновой реакции, СРБ.

Задача № 2

Больная И., 34 лет, доставлена в клинику в бессознательном состоянии. Из опроса родственников установлено, что с 10-летнего возраста страдает ревматизмом. Замужем, имеет одного ребенка, вторая беременность прервана 6 месяцев назад в сроке 8 недель. Объективно: без сознания, определяются явления левостороннего гемипареза. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца: правая - на 1,5 см снаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая — по левой срединноключичной линии. Тоны аритмичные, на верхушке звучность I тона варьирует, периодически - "хлопающий", во 2-м межреберье справа II тон ослаблен, выслушивается систолический шум, проводящийся на сосуды шеи. ЧСС - 88 в мин, пульс аритмичный, 76 в мин, АД - 100/60 мм рт. ст. Печень выступает из подреберья на 2 см. Голени пастозны. ОАК. Эр. - 3,2 x 10¹², Нв - 115 г/л, ЦП - 0,86, Лейкоциты - 1,2 x 10⁹, П - 6, С - 54, Л - 32, М - 8, СОЭ - 31 мм/ч. Глюкоза крови - 5,2 ммоль/л. Сialовая проба - 0,29 ед. Дифениламиновая - 0,394 ед. СРБ - +++

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Ответ:

1. Ревматическая лихорадка. Активность 3ст. Митрально-аортальный порок сердца: стеноз левого а/в отверстия, стеноз устья аорты. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. СН IIА ФК III. Тромбоз сосудов головного мозга. Левосторонний гемипарез.
2. ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, МРТ головного мозга, определение липидов крови, фибриногена, протеинограммы, сialовой пробы, дифениламиновой реакции, СРБ. Осмотр невропатолога

Задача № 3

К терапевту женской консультации акушер - гинеколог направил беременную К., 19 лет, предъявляющую жалобы на сердцебиение и одышку при незначительной физической нагрузке (ходьбе). Беременность первая, срок — 16 недель. В анамнезе частые ангины, последняя около 6 месяцев назад. В школе была освобождена от уроков физкультуры из-за сколиоза. Объективно: невысокая, хрупкая, кожные покровы бледные. акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах ослабленное, единичные сухие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая — 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны ритмичные, на верхушке I тон “хлопающий”, в диастоле выслушивается дополнительный тон, диастолический шум, в систолу, здесь же- систолический шум, проводится в подмышечную область. В третьей точке аускультации акцент II тона, ЧСС - 85 в мин, АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс ритмичный, на левой лучевой артерии наполнение и напряжения слабее, чем на правой. Печень выступает из подреберья на 1 см. Голени пастозны. Терапевт направил пациентку на ЭКГ, женщина пешком поднялась на 4-й этаж, сидя в очереди и слушая обычный в женской консультации разговор соседок о тяжелых и неудачных родах, больная внезапно начала задыхаться, дыхание стало поверхностным, шумным, ЧД - 30 в мин, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧСС - 124 в мин, АД - 90/65 мм рт. ст. ОАК. Эр. - 3,3 x 10¹², Нв - 110 г/л, ЦП - 0,8, Тромбоциты - 18,0 x 10¹⁰, Лейкоциты - 7,2 x 10⁹, Э - 2, П - 6, С - 61, Л - 21, М - 10, СОЭ - 31 мм/ч. Сиаловая проба - 0,34 ед., Дифениламинная - 0,28 ед., СРБ - ++ Задание: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза? 3. Окажите неотложную помощь и определите дальнейшую тактику терапевта.

Ответ:

1. Ревматическая лихорадка. Активность 2ст. Митральный порок сердца: стеноз левого а\в отверстия, недостаточность митрального клапана. СН IIА ФК III. Сердечная астма.
2. ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, определение липидов крови, фибриногена, протеинограммы, сиаловой пробы, дифениламинной реакции, СРБ

Задача № 4

20-летний студент обратился в поликлинику с жалобами на сильную головную боль, головокружение, сердцебиение. Подобные состояния периодически возникают с 10-12-летнего возраста, в школе был освобожден от физкультуры с диагнозом НЦД. Объективно: Общее состояние удовлетворительное, физическое развитие хорошее, несколько диспропорциональное (мышцы нижних конечностей развиты хуже), пульсируют подклюничные артерии. В легких везикулярное дыхание, пульс 98 в мин напряженный, АД — 170/110 мм рт. ст. Верхушечный толчок разлитой, усилен. Границы сердца: правая — край грудины, верхняя — треть межреберья, левая — 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. На верхушке короткий систолический шум, на аорте акцент II тона, грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточную область Живот мягкий, безболезненный.

ОАК. Эр.- 4,0 x 10¹², Нв-140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 5,7 x 10⁹, С.- 65, Л - 25, М - 10, СОЭ - 9 мм/ч. Задание: 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных. 2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз? 3. Тактика лечения

Ответ:

1. Коарктация аорты. Симптоматическая артериальная гипертензия.
2. Рентгенография органов грудной клетки (узурация ребер, деформация дуги аорты), МР-томография аорты, аортография, ЭХОКГ.
3. Хирургическая коррекция или ангиопластика.

Задача №5

Больной 28 лет. С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое. Объективно: ЧСС = 80 уд/мин., АД = 120/80 мм рт ст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей. ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд/мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения. ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4,4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ. Задание: 4. Сформулируйте развернутый диагноз пациента. 5. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания? 6. Тактика медикаментозного лечения пациента. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?

Ответ:

1. Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка. Относительная коронарная недостаточность. Предсердная экстрасистолия.
2. Нагрузочный тест, ЭКГ- мониторинг, определение липидов крови. При склонности к повышению АД - исследование глазного дна и АД-мониторирование для исключения артериальной гипертензии и гипертонического сердца.
3. Бета-блокаторы, верапамил, дилтиазем. При наличии нарушений ритма - кордарон. Противопоказаны сердечные гликозиды, нитроглицерин, с осторожностью следует применять диуретики. (в связи с уменьшением преднагрузки или венозного возврата к сердцу).

Задача №6

Мужчина 39 лет. В течение 5 лет отмечал небольшую одышку, сердцебиение. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда на фоне гриппа с высокой температурой и кашлем появилась выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, сердцебиение. В анамнезе - хронический тонзиллит, в 19 лет - тонзиллэктомия. Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧД = 26 в мин., ЧСС 130-150 в мин., дефицит пульса 30 в мин. АД = 100/60 мм рт ст.. Температура тела 37,4. Границы сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные. На верхушке - трехчленный ритм, систолический и диастолический шум. Акцент II тона на легочной артерии. В легких - на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации. Отечность голеней и стоп. В крови СОЭ 37 мм/час, лейкоциты 11,2 x 10⁹, С-реактивный белок - (++++). Задание: 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных. 2. Опишите ожидаемые ЭХОКГ результаты при данном диагнозе.

Ответ:

1. Ревматизм - активная фаза. Ревматический порок сердца: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия и недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий (тахисистолическая форма). Сердечная астма. СН IIБ ст. ФК III.
2. Расширение полостей левого предсердия, левого и правого желудочков. Уплотнение, утолщение и изменение формы и характера движения створок митрального клапана (П-образная форма передней створки, однопнаправленность движений створок). Уменьшение площади левого А-У отверстия (менее 4 кв.см). Расширение полости правого желудочка. Д-ЭХОКГ: высокоскоростной турбулентный диастолический ток и ток регургитации через левое А-У отверстие. Ток регургитации через правое А-У отверстие, как признак относительной недостаточности трикуспидального клапана.

Задача №8

Мужчина 43 лет. Жалобы на одышку, сердцебиение, резкую слабость, отсутствие аппетита, периодические ознобы с повышением температуры тела до 38,5. В течение многих лет ставили диагноз «какого-то порока сердца». Однако, длительное время к врачам не обращался, чувствуя себя здоровым. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы. В анамнезе - хронический тонзиллит с частыми ангинами. Объективно: выраженная бледность кожных покровов. На коже мелкие геморрагические

высыпания. Температура тела 37,9. ЧСС=95 уд/мин.. АД = 140/30 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. В точке Боткина выслушивается диастолический шум, на аорте систолический шум, трехчленный ритм и ослабление 1 тона на верхушке, ослабление 11 тона на аорте. Аускультация легких - без особенностей. Печень и селезенка пальпаторно увеличены в размерах, слегка болезненны при пальпации. Периферических отеков нет.:Анализ Крови: эритроциты 2,9 x 10¹², Нв 108 г/л,лейкоциты 5,1 x 10⁹, СОЭ 52 мм/час.Задание: 1. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.3. Краткосрочная и долгосрочная тактика лечения пациента.

Ответ:

1. ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки, посев крови на стерильность.
2. Подострый септический бактериальный эндокардит. Аортальный порок сердца: стеноз устья аорты, недостаточность аортального клапана.

Первоначально антибактериальная и дезинтоксикационная терапия (в соответствии с результатами посева крови и определения чувствительности к антибиотикам), в дальнейшем - решение вопроса о хирургическом лечении порока

Задача №9

Мужчина 29 лет. Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако, нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт ст.), в связи с чем был освобожден от службы в Армии. Несмотря на рекомендации врачей гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе.Объективно: ЧСС = 78 уд/мин., АД = 200/110 мм рт ст., S = D, АД на нижних конечностях 160/100 мм рт ст., S = D. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам - без особенностей.ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.ЭХОКГ: ЛП=3,2 см, КДР=5,0 см, КСР=3,2 см, Тмжп=1,2 см, Тзс=1,1 см, клапанный аппарат интактен, патологических токов не выявлено. Задание:1.

Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.2. Какие дополнительные исследования позволяют уточнить диагноз?

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Коарктация аорты. Симптоматическая артериальная гипертония.
2. Рентгенография органов грудной клетки (узурация ребер, деформация дуги аорты), МР-томография аорты, аортография.
3. Хирургическая коррекция или ангиопластика.

Задача №10

Мужчина 39 лет. В течение 5 лет отмечал небольшую одышку, сердцебиение. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда на фоне гриппа с высокой температурой и кашлем появилась выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, сердцебиение. В анамнезе - хронический тонзиллит, в 19 лет - тонзиллэктомия. Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧД = 26 в мин., ЧСС 130-150 в мин., дефицит пульса 30 в мин.. АД = 100/60 мм рт ст.. Температура тела 37,4. Границы сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные. На верхушке - трехчленный ритм, систолический и диастолический шум. Акцент 11 тона на легочной артерии. В легких - на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации. Отечность голеней и стоп.В крови СОЭ 37 мм/час, лейкоциты 11,2 x 10⁹, С-реактивный белок - (++++).Задание:1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.2. Опишите ожидаемые ЭХОКГ результаты при данном диагнозе.

Ответ:

1. Ревматизм - активная фаза. Ревматический порок сердца: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия и недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.Сердечная астма. НК 11Б ст. ФК III.
2. Расширение полостей левого предсердия, левого и правого желудочков. Уплотнение, утолщение и изменение формы и характера движения створок митрального клапана(П-образная форма передней створки, однонаправленность движений створок). Уменьшение площади левого А-У отверстия (менее 4 кв.см). Расширение полости правого желудочка.Д-ЭХОКГ: высокоскоростной турбулентный диастолический ток и ток регургитации через левое А-У отверстие. Ток регургитации через правое А-У отверстие, как признак относительной недостаточности трикуспидального клапана.

Практическое занятие № 11

Тема: Лечение острых и хронических бронхитов.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы острого и хронического бронхита, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Бронхит. Определение. Этиология. Классификация.

Острый и хронический бронхит. Особенности течения.

Диагностика. Клиника. Дифференциальная диагностика.

Лечение. Группы препаратов. Показания. Противопоказания к назначению.

Бронходилататоры.

Муколитики.

Показания для назначения антибактериальных препаратов.

Задание.

Задача №1.

Больной П., 41 год, учитель, предъявляет жалобы на кашель с трудно отделяемой мокротой слизистого характера, одышку при умеренной физической нагрузке, слабость, повышение температуры тела до 37,5°C. Больной курит на протяжении 30 лет. Заболеванием легких страдает около 20 лет, постоянно беспокоил кашель, особенно по утрам. Последнее обострение в течение недели. При осмотре: грудная клетка несколько расширена в переднезаднем размере, перкуторный звук с коробочным оттенком. Подвижность н/легочного края по лопаточной линии равняется 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное с обеих сторон сухие рассеянные хрипы. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 84 уд/мин. АД - 120/80 мм рт.ст. Печень не пальпируется, периферических отеков нет. 75 Результаты функционального исследования: спирография: ОФВ1/ФЖЕЛ- 60%. Пневмотахометрия: МОСВД- 4,8 л/сек, МОСВЫД - 2,8 л/сек. Выполните задания: 1.

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3.

Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение пиковой скорости выдоха и рассчитайте индекс суточной вариабельности

Задача №2

Больной В., 45 лет, водитель, предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с кровавистой мокротой, боль в грудной клетке слева, связанную с дыханием. Заболел остро: 2 дня назад внезапно появились сильные боли в грудной клетке,

одышка, день назад повысилась температура. При объективном обследовании: температура тела 37,5°, цианоз губ и кончиков пальцев, набухание шейных вен. Дыхание справа везикулярное. Слева дыхание жесткое, голосовое дрожание усиленное, по передне-подмышечной линии - шум трения плевры. ЧДД - 35 в мин. Тоны сердца учащены, ритмичны, акцент II тона - на легочной артерии. ЧСС - 126 уд. в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Правая голень отечна, болезненна при пальпации. При дополнительном исследовании: рентгенограмма грудной клетки - слева в 1/3 легочного поля в инфильтративное затемнение с нечеткими контурами. ЭКГ: синусовая тахикардия, синдром QIII, I, высокий зубец R во II, III стандартных отведениях, Qv1-v2 смещение сегмента ST ниже изолинии в V1-V2. Анализ крови общий: эр. - 4,3*10¹², лейкоц. - 9,8*10⁹, п - 5%, с - 65%, л - 25%, э - 3%, б - 2%, СОЭ - 21 мм/час. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Выполните практическую манипуляцию: проведите определение верхние границы легкого и запишите результаты в историю болезни.

Задача №3

Больной С., 56 лет, обратился к врачу с жалобами на затрудненное дыхание, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С.

Больной курит 40 лет по 1 пачке сигарет в день. Последние 15 лет его беспокоит кашель, больше по утрам, преимущественно в холодное время года. Около двух лет назад появилась одышка при физической нагрузке, усилился кашель. К врачу ранее не обращался, не обследовался. При ухудшении состояния и повышении температуры принимал аспирин*, анальгин*, травяные сборы. Настоящее ухудшение в течение последних 5 дней, связывает с переохлаждением. В связи с появлением затрудненного дыхания и с усилением одышки, повышением температуры обратился к врачу.

Профессиональный анамнез: работает шофером. Семейный анамнез: мать, 76 лет, страдает гипертонической болезнью, отец, 78 лет - ИБС. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре - состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,6 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Телосложение гиперстеническое, грудная клетка цилиндрическая, над- и подключичные ямки сглажены. Ребра расположены горизонтально, межреберные промежутки расширены. Обе половины грудной

клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 22 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненна, ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких - дыхание с удлиненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются жужжащие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс - 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 130/85 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Верхняя половина живота активно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края реберной дуги. Со стороны органов пищеварения и мочевого выделения патологии не выявлено.

Общий анализ крови: НБ - 155 г/л, эритроциты - 4,9x10¹²/л, лейкоциты - 10,7x10⁹/л, эозинофилы -4%, палочкоядерные -7%, сегментоядерные - 57 %, лимфоциты - 30 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 17 мм/ч.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения, эритроцитов нет.

Рентгенография органов грудной полости: грудная клетка расширена, повышена прозрачность легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, очаговых теней нет.

ФВД: проведена проба с 400 мкг сальбутамола (вентолина*) (табл. 40).

1. Перечислите клинические и лабораторные синдромы, выявленные у больного.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Задача № 2

Больной Г., 31 год, обратился к врачу с жалобами на усиление кашля, увеличение количества отделяемой мокроты до 50-60 мл/сут (мокрота серовато-желтого цвета, без запаха, отделяется легко в течение всего дня), на повышение температуры до 37,7 °С, слабость, повышенную потливость.

Пациент курит 8 лет по 0,5 пачки сигарет в день. Последние 6 лет, преимущественно по утрам, его беспокоит кашель с легко отделяемой мокротой. Настоящее ухудшение состояния наблюдается в течение 4 дней, когда после переохлаждения появились вышеуказанные жалобы.

Работает прорабом на стройке. Семейный анамнез: мать - 56 лет, страдает гипертонической болезнью, отец умер в возрасте 42 лет от несчастного случая. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре - состояние удовлетворительное. Температура тела 37,6 °С. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, влажные.

Конституция нормостеническая, грудная клетка конической формы, обе ее половины равномерно участвуют в акте дыхания. ЧД - 18 в минуту. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная, голосовое дрожание не изменено. При перкуссии легких - звук ясный, легочный, нижняя граница легких: не опущена, подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии ±4 см, по среднеключичной и лопаточной линиям ±3 см. При аускультации легких: дыхание с удлиненным и усиленным выдохом, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 86 уд/мин. Пульс 86 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст.

Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, лейкоциты - 10,6x10⁹/л, эритроциты - 4,6x10¹²/л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 72 %, лимфоциты - 12 %, моноциты - 9 %. СОЭ - 19 мм/ч.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, без запаха, лейкоциты - 40- 50 в поле зрения, эритроцитов, атипических клеток нет.

Посев мокроты: обнаружен рост *Streptococcus pneumoniae*, высокочувствительного к ампициллину, эритромицину.

Рентгенография органов грудной полости: легочные поля прозрачны, корни легких тяжисты, инфильтративных и очаговых теней нет.

ФВД: проведена проба с 400 мкг сальбутамола (вентолина*) (табл. 41).

1. Перечислите клинические и лабораторные синдромы, выявленные у больного.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Задача № 3

Больной Н., 40 лет, обратился к врачу с жалобами на ухудшение состояния в течение 6 дней после переохлаждения, когда появился сильный приступообразный кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты желтоватого цвета, одышка при умеренной физической нагрузке, появилось затрудненное дыхание на холоде, повышение температуры тела до 37,2 °С, разбитость.

Больной курит в течение 12 лет по 1 пачке сигарет в день. Кашель беспокоит около 3 лет, ухудшение состояния ежегодно в течение последних 4-5 лет, обычно в холодное время года.

Профессиональный анамнез: работает в литейном цехе. Семейный анамнез не отягощен: родители и брат здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °С. Кожные покровы нормальной окраски, сухие, чистые. Телосложение нормостеническое. Частота дыханий 20 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. При

перкуссии - звук с коробочным оттенком, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии ± 2 см, по среднелопаточной и лопаточной линиям ± 1 см. При аускультации легких: дыхание везикулярное ослабленное, с удлиненным выдохом, рассеянные свистящие хрипы, на форсированном выдохе. Верхушечный толчок не пальпируется. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС - 96 уд/мин. Пульс - 96 уд/мин. АД 135/75 мм рт.ст. Живот обычной формы. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает на 1 см из-под края реберной дуги, при пальпации печень безболезненная. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Общий анализ крови: НЬ - 160 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $9,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 5 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 73 %, лимфоциты - 11 %, моноциты - 5%. СОЭ - 22 мм/ч. Анализ мокроты: слизисто-гнойная, консистенция вязкая, лейкоциты до 60 в поле зрения. Эритроцитов, эозинофилов, атипичных клеток нет. Посев мокроты: рост *Str. viridans* 5×10^7 КОЕ/мл, чувствительного к левофлоксацину, гентамицину, цефазолину, ципрофлоксацину; устойчивых к эритромицину, оксациллину. Рентгенография органов грудной полости: грудная клетка расширена в передне-заднем размере, инфильтративных и очаговых теней нет, повышение прозрачности легочной ткани. ЭКГ: синусовая тахикардия - 105 уд/мин, высокий зубец R в отведениях II, III, aVF; выраженное отклонение оси QRS вправо, S-тип ЭКГ.

ФВД: проведена проба с 400 мкг сальбутамола (вентолина*) (табл. 42).

1. Перечислите основные клинические симптомы и синдромы, выявленные у больного.

Практическое занятие № 12

Тема: Хроническая обструктивная болезнь легких. Лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы хронической обструктивной болезни легких, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

ХОБЛ. Определение. Классификация по степени тяжести. Факторы риска.

Диагностические пробы. Дифференциальная диагностика.

Обструктивные и рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания.

Ступенчатое лечение пациентов с ХОБЛ в зависимости от тяжести заболевания.

Лечение пациентов с ХОБЛ в стадии обострения.

Лечение пациентов с ХОБЛ в стадию ремиссии.

Профилактика обострений ХОБЛ.

Задание

Задача №1

Больной В., 62 года, поступил в стационар с жалобами на выраженную одышку при небольшой физической нагрузке, при подъеме менее чем на один этаж и при разговоре, постоянный кашель с мокротой. Кашель и одышку при умеренной физической нагрузке отмечает около 15 лет. Состояние ухудшилось около месяца: нарастает одышка, мокрота приобрела гнойный характер, в небольшом количестве, температура субфебрильная. Пользуется сальбутамолом 4-5 раз в день для уменьшения одышки. Курит около 40 лет по 20 сигарет в день и больше, работает преподавателем в училище. По опроснику САТ 17 баллов, последнее обострение год назад. Объективно: цианоз лица, ЧД 22, выдох удлинен через сомкнутые губы, грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии легких коробочный звук, при аускультации свистящие хрипы над всей поверхностью легких. Тоны сердца приглушены, границы сердца не изменены, ЧСС 90 уд/мин, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий при пальпации безболезненный, печень не увеличена, отеков нет. Спирометрия: проводимая ранее до ухудшения состояния ОФВ1 - 56%; ОФВ1/ФЖЕЛ - 66%. от должных значений, после проведения бронхомоторного теста. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 3. Объясните критерии постановки диагноза. 4. С какими заболеваниями провести дифференциальный диагноз? 5. Составьте план лечения.

Эталонные ответы для самопроверки

ДС: ХОБЛ бронхиальная обструкция II степени, MMRC 2 степени, САТ 17 баллов, с редкими обострениями, клиническая группа В, обострение умеренной степени тяжести. 2. а) клинический анализ крови, мочи, мокроты б) спирометрия в динамике, тест с бронхолитиками; в) рентгенография грудной клетки для исключения пневмонии; г) анализ мокроты на бактериальную флору и определения чувствительности к антибиотикам; д) ЭКГ е) определение гематокрита; ж) исследование газов крови; 3. Показатели спирометрии характеризуют 2 степень обструкции ХОБЛ, шкала САТ 17 баллов и редкие обострения относят пациента к клинической группе В. Фаза обострения I типа (обострение характеризуется нарастанием одышки, кашля, появление гнойной мокроты). 4..

Дифференциальный диагноз необходимо провести со следующими заболеваниями: пневмония, бронхиальная астма, туберкулез, учитывая возраст, исключить рак легких. 6. План лечения обострений средней степени тяжести ХОБЛ: • контролируемая оксигенотерапия (через маску Вентури или назальный катетер), через 30 мин контроль газов крови убедиться в адекватной оксигенотерапии без накопления CO₂. • бронхолитическая терапия: б2-агонисты и антихолинэргические препараты (сальбутамол или атровент, или комбинированный препарат - беродуал 2 мл через небулайзер 3-4 раза в день. • добавить пероральные или внутривенные глюкокортикостероиды на 5-10 дней. • есть признаки бактериальной инфекции (появление гнойной мокроты, субфебрильная температура) - пероральные или внутривенное введение антибиотиков • назначить длительно-действующие холинолитики (спирива по 1 ингаляции 1 раз) или длительно-действующие β₂-Агонисты (Индакатерол 1 раз в день).

Задача 2.

На прием в поликлинику обратился мужчина, 65 лет, с жалобами на сухой кашель преимущественно в ночное и утреннее время. Иногда по утрам откашливается 2-3 плевка светлой мокроты. Никогда не болел воспалением легких, простудным заболеваниями не подвержен, даже после значительных охлаждений оставался здоровым. Курит в течение 40 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день. Лет 5 назад стал отмечать одышку при нагрузке, кашель в утреннее время с отделением нескольких плевков слизистой мокроты. Особенно выраженными одышка и кашель стали в последний год, из-за кашля стал просыпаться ночью. Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены. Нижние границы легких опущены на два ребра. Подвижность нижнего легочного края по всем линиям ограничена до 2-3 см. Дыхание ослабленное, "ватное", выдох не удлинен, выслушиваются единичные сухие незвучные хрипы. Частота дыханий в покое 20 в минуту. Границы сердца не изменены, ритм сердца правильный. ЧСС 70 ударов в минуту. Печень не увеличена, отеков нет. ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%; ОФВ1=56%.

1) Выделите ведущие клинические синдромы.

2) Сформулируйте диагноз.

3) Наметьте план обследования.

4) Рассчитать индекс курильщика (ИК).

5) Выписать рецепт на сальбутамол.

Задача 3.

Больной, 47 лет, курит с 14 лет по пачке в день. В течение 4 лет беспокоит надсадный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, одышка при нагрузке. Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторно коробочный звук. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, в боковых отделах дискантовые хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. При функциональном исследовании снижение ОФВ1 до 65% и ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70%. SaO₂ – 91%.

- 1) Поставьте диагноз
- 2) Что такое ОФВ1?
- 3) Объясните механизм формирования бронхообструктивного синдрома?
- 4) Рассчитать ИПЛ.
- 5) Выписать рецепт на беродуал.

Задача 4.

Больной, 62 лет, поступил по поводу нарастающей одышки, преимущественно экспираторного типа. Много лет курит по 1,5 - 2 пачки сигарет в сутки. Несколько лет отмечает кашель с трудно откашливаемой вязкой мокротой, отделение которой ухудшилось за последний месяц. Температура не повысилась. Принимал бета - стимуляторы и эуфиллин без эффекта. Объективно: признаки эмфиземы легких. При аускультации дыхание с удлиненным выдохом, сухие хрипы на выдохе. АД -180/105 мм.рт.ст. Пульс 90 в минуту. При рентгенографии: усиленный легочный рисунок, эмфизема легких. Спирография: ФЖЕЛ 78%, ОФВ1/ФЖЕЛ 55%, ОФВ1 62%.

- 1) Назовите физикальные признаки эмфиземы легких и ее патогенез
- 2) Признаки и главная причина бронхиальной обструкции
- 3) Возможные причины артериальной гипертензии
- 4) Какое лечение следует назначить больному с учетом анамнеза?
- 5) Каков механизм действия эуфиллина?

Задача 5.

Пациент К., 65 лет. Жалобы на одышку при подъеме на 2 лестничных пролета («врачи говорят, что сердце – в порядке»), на изменение цвета мокроты (со светлого на серый) в течение последнего года. Анамнез: В течение многих лет мокрота в небольшом количестве отходила по утрам. Пять лет назад стал замечать одышку при сильной физической нагрузке. В течение последнего года стал беспокоить сухой малопродуктивный кашель. Тогда же изменился цвет мокроты, стала беспокоить одышка при выполнении повседневной нагрузки (подъем по лестнице, долгая ходьба в магазин и пр.). Профессия: пенсионер, ранее работал слесарем. Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 45 лет. ФВД: ФЖЕЛ – 79%; ОФВ1 = 45%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 56%

- 1) Рассчитать ИК и Индекс пачка/лет
- 2) Выделить основные синдромы
- 3) Определить степень тяжести ХОБЛ
- 4) Назначить лечение при стабильном течении
- 5) Выписать рецепт на преднизолон

Задача 6.

Пациент К., 62 лет, автомеханик. Жалобы на: сильную одышку, усиливающуюся даже при минимальной нагрузке (застилание кровати), препятствующую нормальному приему пищи, разговору; эпизодический кашель, отделение мокроты зеленого цвета, ощущение нехватки воздуха, редкие эпизоды головокружения, слабость, разбитость. Профессиональные вредности: работа на холоде, контакт с химическими веществами (бензин и т.д.). Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 35 лет; употребляет алкоголь до 0,5 л/неделю. Никогда не болел, хотя несколько лет назад «...врач говорил о бронхите, прописал антибиотик...». По утрам всегда «надо откашляться, как и любому курильщику, а вообще кашля нет». Привык, что до 3-4 раз в год болеет простудой, при которой «иногда сильно закладывает грудь, и по утрам никак не раздышишься». Но применял народные средства, и «все проходило». ФЖЕЛ – 43%; ОФВ1 – 17%; ОФВ1/ФЖЕЛ – 29%. SaO₂ – 89%.

- 1) Рассчитать ИК и Индекс пачка/лет
- 2) Выделить основные синдромы
- 3) Определить степень тяжести ХОБЛ
- 4) Назначить лечение при стабильном течении
- 5) Выписать рецепт на Спириву.

Ответы к ситуационным задачам:

Задача №2

1. Синдромы: бронхита, бронхообструктивный, эмфиземы, вентиляционной недостаточности.

2. ХОБЛ, II стадия, средней степени тяжести, преимущественно эмфизематозный тип.

3. Клинический и биохимические анализы (СРБ, фибриноген, сиаловые кислоты) крови. Цито и бактериологическое исследование мокроты, Р-графия грудной клетки в прямой и левой боковой проекциях, ФБС, спирография с бронходилатационным тестом, пульсоксиметрия, ЭКГ, эхокардиография.

4. ИК=360.

5. Rp.: Aeros. Salbutamoli N.1

D.S. При приступе удушья 1-2 вдоха, не более 6 вдохов в сутки.

Задача №3

1. ХОБЛ, II стадия, эмфизематозный тип, обострение 3 типа по Anthonisen, ДН 1ст.

2. ОФВ1 - объем форсированного выдоха за первую секунду

3. Отек и воспаление слизистой, мукоцилиарная дисфункция, бронхиальная обструкция, структурные изменения дыхательных путей, системный компонент.

4. ИПЛ=33 пачки/лет.

5. Rp.: Aeros. Fenoteroli / Ipratropium bromidi N.1 (50/20 мкг)

D.S. По 2 вдоха 4 раза в день.

Задача №4

1. Бочкообразная малоподвижная грудная клетка; опущение нижних границ легких; коробочный звук, ослабленное дыхание. Деструкция межальвеолярных перегородок, снижение эластичности легких

2. Экспираторная одышка, дыхание с удлиненным выдохом и сухие хрипы на выдохе; низкие ФЖЕЛ и ОФВ1/ФЖЕЛ.

3. Гипертоническая болезнь; пульмоногенная гипертензия, которая может быть связана с гипоксемией, увеличением сердечного выброса, а также с частым применением вазопрессорных средств

4. Прекращение курения, откашливающие, бронхолитики: тиатропия бромид (спирива)

5. Угнетение фермента фосфодиэстеразы

Задача №5

1. ИК = 240; индекс пачко/лет 45

2. синдромы: бронхообструктивный, бронхитический, дыхательной недостаточности

3. ХОБЛ, III стадия

4. Комбинацию длительнодействующих b2-агонистов и ИГКС, например сальметерол/флутиказон (серетид) 50/500мкг + тиатропия бромид (спирива)

5. Rp.: Tabl. Prednisoloni 0,005 N.20

D.S. Внутрь: 3 таблетки 1 раз в день утром после еды.

Задача №6

1. ИК = 480, индекс пачка/лет 70

2. Синдромы: бронхообструктивный, бронхитический, дыхательной недостаточности, вентиляционной недостаточности.

3. ХОБЛ IV, крайне тяжелый

4. Комбинацию длительнодействующих b2-агонистов и ИГКС, например сальметерол/флутиказон (серетид) 50/500мкг и тиатропия бромид (спирива), оксигенотерапия.

5. Rp.: Caps. Tiotropium bromide 0,0018 N.30

D.S. Для ингаляций через хандихайлер по

1 капсуле 1 раз в сутки.

Практическое занятие № 13

Тема: Лечение бронхиальной астмы.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы бронхиальной астмы, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Бронхиальная астма. Определение. Классификация. Факторы риска.

Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Критерии оценки степени тяжести.

Осложнения бронхиальной астмы.

Приступ бронхиальной астмы и астматический статус.

Принципы лечения. Оценка эффективности лечения.

Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы и астматическом статусе.

Задание.

Задача № 1

Больная С., 36 лет, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья до 8-10 раз в сутки, которые купируются только повторными ингаляциями вентолина*, уменьшение времени между ингаляциями бронхолитика, на одышку при незначительной физической нагрузке, затруднение выдоха, чувство заложенности в груди, затрудненное носовое дыхание, слабость.

У пациентки с 4 лет рецидивирующий риносинусит, с 5 лет частые «простуды», сопровождающиеся длительно сохраняющимся кашлем. В 7 лет прием аспирина* вызывал появление крапивницы, усиление насморка, затруднение дыхания. В 8 лет появились первые приступы удушья. В 25 лет после удаления полипов носа развился астматический статус. С этого момента по настоящее время получает преднизолон внутрь в поддерживающей дозе 10 мг/сут. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 3-4 дней, связывает с использованием мази финалгон* для уменьшения боли в правом локтевом суставе.

Семейный анамнез: у бабушки по материнской линии бронхиальная астма.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Конституция гиперстеническая, лицо лунообразное, гирсутизм. На коже передней брюшной стенки - розовые стрии. Кожные покровы бледные, диффузный цианоз. Дыхание через нос затруднено. Дыхание шумное, хрипы слышны на расстоянии.

Грудная клетка цилиндрическая с увеличением передне-заднего размера, эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание ослаблено. ЧД - 26 в минуту. При перкуссии определяется коробочный звук. Нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, выдох удлиннен, выслушиваются сухие жужжащие и дискантовые хрипы.

Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, тахикардия до 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/90 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, лейкоциты - 8,5x10⁹/л: эозинофилы - 12 %, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 18 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 8 мм/ч. Рентгенография органов грудной полости: повышение прозрачности легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, расширены, умеренный пневмофиброз. ЭКГ: высокий остроконечный зубец R в отведениях I, II. Увеличение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях (V¹ 2) и амплитуды S в левых грудных отведениях (V5 6). 1. Назовите клинические симптомы и синдромы, выявленные у больной. 2. Оцените результаты проведенного обследования, какие еще обследования необходимо провести больной? 3. Сформулируйте развернутый клинический диагноз. 4. Ваша тактика лечения.

Задача № 2

Больной Д., 29 лет, поступил с жалобами на удушье, затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе, одышку, малопродуктивный кашель, чувство заложенности в груди. Впервые эпизоды затрудненного дыхания больной отметил в 12 лет после физической нагрузки, в состоянии покоя они проходили самостоятельно. Не обследовался, не лечился. С 17 до 27 лет приступов не было. В 27 лет вновь появились эпизоды затрудненного дыхания после физической нагрузки, при выходе на холодный воздух, на резкие запахи, которые стали сопровождаться появлением хрипов в груди. Для купирования приступов, по совету знакомых, принимал теплое питье и мегбидролин (диазолин*), приступы заканчивались кашлем с выделением небольшого количества вязкой стекловидной мокроты. Ухудшение состояния в течение последних двух суток связывает с перенесенной стрессовой ситуацией: появились приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель. Теплое питье и диазолин* облегчения не приносили. Во время последнего приступа появилось чувство удушья, ощущение заложенности в грудной клетке. Больной вызвал «скорую помощь» и был доставлен в клинику.

Перенесенные заболевания: корь, воспаление легких 4 раза. Работает инженером, профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери - экзема, у сестры - atopический дерматит. При поступлении состояние больного тяжелое, положение вынужденное: сидит нагнувшись, опираясь на локти, одышка резко выражена, выдох удлиннен, дыхание шумное, свистящее на выдохе.

Кожные покровы бледные, выраженный цианоз губ. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы плечевого пояса, живота, груди.

Грудная клетка «раздута», с расширенными межреберными промежутками. Голосовое дрожание ослаблено. Частота дыхания до 32 в минуту. При перкуссии легких - коробочный звук. Нижние края легких опущены, экскурсия нижнего легочного края снижена. При аускультации: выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, масса сухих, рассеянных, свистящих хрипов. Тоны сердца приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, 120 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/80 мм рт.ст.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Клинический анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, лейкоциты - $7,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 10 %, сегментоядерные - 53 %, лимфоциты - 24 %, моноциты - 13%. СОЭ - 10 мм/ч. Анализ мочи без патологии. Анализ мокроты: эозинофилы в большом количестве, выявлены спирали Куршманна, кристаллы Шарко-Лейдена. Рентгеноскопия органов грудной клетки: легочные поля эмфизематозны, усилена пульсация сердца. Задание:

1. Назовите клинические симптомы и синдромы, выявленные у больного.
2. Оцените результаты проведенного обследования, какие исследования необходимо провести больному дополнительно?
3. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
4. Ваша тактика лечения.

Задача № 3

Больная В., 19 лет, студентка, доставлена бригадой «скорой помощи» с впервые возникшим приступом удушья. Дома внутривенно введено 10 мл 2,4 % раствора аминофиллина, однако приступ не купирован.

До настоящего времени больная считала себя здоровой. Однако в детстве после контакта с кошкой, собакой появлялись кожные высыпания, отмечалась реакция на пыль в виде чихания, вазомоторного ринита, наблюдалась у аллерголога. О проводимой терапии не знает. С возрастом интенсивность аллергических реакций уменьшилась, и больная наблюдать перестала. Три месяца назад устроилась на работу администратором в косметический салон. Через месяц после начала работы у больной появился приступообразный сухой кашель, интенсивность которого постепенно усилилась. Ухудшение состояния наступило вечером, когда после возвращения из гостей, где была собака, усилился кашель, появилось затрудненное дыхание, одышка. В течение ночи интенсивность симптомов увеличилась, появилось чувство нехватки воздуха, затруднение выдоха, удушье, свисты в груди. Семейный анамнез: у отца больной - БА.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Температура тела $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы чистые, влажные. Дыхание с шумным выдохом, свистящие хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка нормостеническая, в акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД - 26 в минуту. При перкуссии - ясный легочный звук. При аускультации - выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих, рассеянных, высококодискантных хрипов.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 90 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $7,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 10 %, палочкоядерные - 3 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 5 мм/ч.

Рентгенография органов грудной полости: патологии не выявлено.

1. Назовите клинические симптомы и синдромы, выявленные у больной.
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
3. Составьте план обследования больной.
4. Ваша тактика лечения.

Практическое занятие № 14

Тема: Лечение нагноительных заболеваний легких.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы нагноительных заболеваний легких, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Нагноительные заболевания легких. Определение. Классификация. Этиология.

Бронхоэктатическая болезнь. Определение. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика.

Абсцесс легкого. Определение. Классификация. Течение. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика.

Гангрена легкого. Определение. Этиология. Особенности клинических проявлений. Диагностика.

Принципы лечения нагноительных заболеваний легких.

Выбор антибактериальных препаратов.

Консервативная терапия.

Показания к хирургическому лечению.

Задание.

Задача №1.

Больной К., 45 лет обратился к врачу с жалобами на кашель с мокротой желто-зеленого цвета, отделяемую в большом количестве в положении лёжа на левом боку в утренние часы, периодически с прожилками крови. Температура - $37,3 - 37,6^\circ\text{C}$. Объективно: концевые фаланги пальцев рук в виде «барабанных палочек»; ногти в виде «часовых стекол». НаR-граммеединичные участки просветления овальной формы, вокруг просветления - тяжистые тени. В ОАК - умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие данные получит врач при пальпации, перкуссии, аускультации.
3. Какие дополнительные методы обследования помогут подтвердить диагноз?
4. Дайте характеристику бронхиальному дыханию
5. Когда над легкими выслушивается бронхиальное дыхание? Причины, примеры.

Задача №2.

Врач, собирая анамнез больного К, 52 лет, выяснил, что после переохлаждения повысилась температура до $37,5^\circ\text{C}$ с ознобом, появились боли в грудной клетке слева под лопаткой, связанные с дыханием, кашель с небольшим количеством слизисто-гноевой мокроты, слабость. Лечился самостоятельно аспирином, горчичниками. Поступил через 10 дней от начала заболевания. При поступлении температура $39,5^\circ\text{C}$ с ознобом, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание усилено слева под лопаткой, перкуторный звук с тимпаническим оттенком, аускультативно - бронхиальное дыхание, влажные хрипы. При кашле отходит большое количество желто - зелёной мокроты с неприятным гнилостным запахом.

1. О каком патологическом процессе должен заподозрить врач?
2. Какие дополнительные методы обследования помогут подтвердить диагноз?
3. На какие слои разделится мокрота при стоянии?
4. Какой тип дыхательной недостаточности выявит спирометрия?
5. Какое исследование поможет назначить эффективное и качественное лечение?

Задача №3.

У 40-летнего мужчины в течение двух недель отмечается слабость, потливость, в последние дни температура тела по вечерам до $38,9^\circ\text{C}$. В первые дни болезни при глубоком дыхании под правой лопаткой появлялась резчайшая боль, затем боли при дыхании исчезли, но, по

словом больного, "что-то мешает глубоко дышать". Перенесенные заболевания не помнит. Всегда считал себя здоровым человеком. Курит редко. При осмотре легкий цианоз губ, лежит на правом боку. Дыхание поверхностное, правая половина значительно отстаёт, межреберные промежутки справа сглажены. Перкуторно справа по лопаточной линии от уровня 5 ребра значительное укорочение легочного звука, дыхание здесь не прослушивается, бронхофония не определяется.

1. Какие рентгенологические изменения в легких Вы ожидаете увидеть?
2. Ваш предполагаемый диагноз?
3. Какие еще методы для диагностики можно применить?
4. Дайте физическую характеристику тупому перкуторному звуку.
5. Что такое треугольник Раухфуса—Грокко (при плевритическом экссудате)?

Задача №4.

Больной С., 25 лет обратился к врачу с жалобами на сильную боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при глубоком вдохе, чувство нехватки воздуха. Заболел остро 3 дня назад. Температура один день 37,10 С, затем нормальная. При обследовании: учащенное поверхностное дыхание, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, перкуторно - легочный звук, аускультативно - шум трения плевры, больше в подмышечной области. Боль усиливается при вдохе, уменьшается в положении на больном боку. В ОАК - небольшой лейкоцитоз, СОЭ – 15 мм/час.

1. Ваш диагноз?
2. Какие данные получит врач при аускультации легких?
3. Как отличить шум трения плевры от шума трения перикарда?
4. Какое число дыхательных движений считается учащенным?
5. Укажите возможные причины данного заболевания

Задача №5.

Больной М., 33 лет, поступил с жалобами на озноб, повышение температуры до 38,5 С в течение 3 дней, к вечеру снижается до 37,4° С, сухой кашель, боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при дыхании и кашле. Объективно: кожные покровы бледные, губы цианотичны. ЧДД до 30 в минуту, левая половина грудной клетки увеличена в объеме, межреберные промежутки сглажены. Перкуторно - слева ниже лопатки тупой звук, при аускультации этой области - дыхание не проводится.

1. Ваш диагноз?
2. Какой меняется перкуторный звук в верхних отделах?
3. Какие данные получит врач при аускультации верхней доли левого легкого?
4. Что такое линия Дамуазо?
5. Какие дополнительные методы обследования помогут подтвердить диагноз?

Задача №6.

Беспокоит резко выраженная одышка при малейшем движении, кашель сухой, редкий. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от 1V ребра по всем топографическим линиям не проводится. При перкуссии на этом участке определяется абсолютно тупой звук. При аускультации дыхание здесь же не прослушивается, бронхофония не проводится. Пространство Траубе не определяется.

1. О каком патологическом синдроме можно думать?
2. Какие дополнительные методы исследования помогут в постановке диагноза?
3. Как определить характер жидкости, находящейся в плевральной полости?
4. Какое исследование позволит исключить опухолевую этиологию плеврита?
5. Что будет с легочной тканью выше IV ребра?

Задача №7.

Врач СМП вызван на дом к больному З., 32-хлет. Больной жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку, боль в правой половине грудной клетки. Заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом.

Объективно: температура 38,5°С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притуплено-тимпанический перкуторный звук. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание бронхиальное, выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Укажите особенности мокроты при данном заболевании.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента.
5. Какой инструментальный метод исследования наиболее важен для диагностики бронхоэктазов?

Задача № 8.

Больная Е., 57 лет. Весной у больной среди полного благополучия при профилактическом осмотре были выявлены какие-то изменения в легких. Больная обследовалась в тубдиспансере. Активный туберкулез легких подтвержден не был. Через 4 месяца в связи с похудением на 12 кг, прогрессирующей одышкой и слабостью больная обследована в

поликлинике. Рентгенологически был обнаружен правосторонний плевральный выпот. Госпитализирована в больницу. Проведена плевральная пункция. Результат: количество 1000 мл, геморрагическая, прозрачная, без запаха. Удельный вес- 1,020. Белок: 24 г/л. Проба Ривальта: слабо положительная. Микроскопическое исследование: БК

– не обнаружено, множество эритроцитов, видны многочисленные клетки мезотелия с признаками атипизма.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Ваша тактика ведения больной?
4. Как отличить трансудат от экссудата?
5. Что такое гемоторакс?

Задача № 9.

Больная И., 19 лет, студентка института. Поступила в клинику 2 февраля с жалобами на резкую общую слабость, кашель с большим количеством гнойной мокроты, одышку, высокую температуру (до 40,0С). Больной себя считает с января. В период экзаменационной сессии перенесла грипп. Эпизодически принимала антибиотики, аспирин и чувствовала себя плохо (температура поднималась до 38-39°С, нарастала слабость, появились боли в грудной клетке). К врачу обратилась спустя месяц от начала заболевания. При осмотре кожные покровы бледные, цианоз губ. Одышка в покое до 24 дыханий в минуту. Перкуторный звук слева от угла лопатки тупой. Дыхание с большим количеством влажных хрипов слева ниже угла лопатки. Справа - везикулярное. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 100 ударов в минуту. На рентгенограмме слева в нижней доле неомогенное интенсивное затемнение без четких контуров с полостями распада. Корни легких уплотнены. Сердце обычных размеров.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Принципы лечения?
4. В какую клиническую стадию долевой (крупозной) пневмонии перкуторный звук тупой?
5. Когда образуются влажные хрипы? Приведите примеры.

Практическое занятие № 15

Тема. Лечение плевритов.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы плевритов, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Плевриты. Определение. Этиология. Классификация.
Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
Плевральная пункция. Показания. Противопоказания.
Осложнения плевритов.
Лечение: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое.

Задание.

Задача №1

Больной 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38° последнюю неделю, боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гноющей мокротой. Самостоятельно принимал ампициллин. При R-графии грудной клетки выявлен левосторонний плевральный выпот. При пункции получен сливкообразный густой гной с гнилостным запахом.

Задание:

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика дальнейшего ведения больного.
3. Определите показания к плевральной пункции.

Ответ:

1. Эмпиема плевры слева.
2. Консультация торакального хирурга. Перевод больного для дальнейшего обследования и лечения в отделение грудной хирургии

Задача №2

Больной 38 лет жалуется на повышение температуры тела до 38°, тяжесть в правой половине грудной клетки, одышку при обычной физической нагрузке, редкий сухой кашель, головокружение. Десять дней отмечал слабость, недомогание, только последние два дня появились указанные выше жалобы.

При осмотре больного правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание в нижней половине грудной клетки справа ослаблено.

При перкуссии в задне-нижнем отделе правой половины грудной клетки притупление. Подвижность нижнего края правого легкого не определяется. При аускультации здесь резко ослаблено дыхание. Голосовое дыхание не определяется.

При R-графии грудной клетки определяется гомогенное затемнение справа до IV ребра.

ОА крови лейкоцитов 20х10⁹ л. СОЭ 22 мм/час

Задание:

1. Ближайшая тактика ведения больного.
2. Если при аспирации плевральной жидкости получен будет экссудат, о каких заболеваниях необходимо думать?
3. О каких заболеваниях необходимо думать, если будет получен трансудат?

Ответ:

1. Провести диагностическую аспирацию плевральной жидкости из правой половины грудной клетки с последующим исследованием характера плеврального выпота для установления его этиологии.
2. Чаще экссудат бывает при инфекциях (бактериальной, туберкулезной), ТЭЛА, злокачественных опухолях (метастазы, мезотелиома), реже при хирургических заболеваниях, системных заболеваниях соединительной ткани.
3. Чаще при застойной сердечной недостаточности, нефротическом синдроме, циррозе печени, микседеме, легочной эмболии.

Задача №3

У больного 35 лет при R-графии грудной клетки, слева выявлено веретенообразное затемнение по ходу междолевой плевры, на фоне относительного благополучия.

Задание:

1. Какая предположительно этиология плеврального выпота?
2. Показано ли диагностическая пункция плевральной полости и если показано, то кто должен ее проводить?

Ответ:

1. Инфекционной этиологии (бактериальной, туберкулезной).
2. Если этиология заболевания неясна, то диагностическую пункцию, необходимо провести. Проводить плевральную пункцию в этом случае должен торакальный хирург.

Задача №4

У больного с пороками сердца массивными отеками нижних конечностей, явлениями асцита появились признаки накопления небольшого количества жидкости в плевральных полостях.

Задание:

1. Решите вопрос о показаниях к проведению диагностической пункции.

Ответ:

1. Показаний к проведению диагностической пункции нет, если этиология выпота ясна. Необходим анализ проводимого лечения больного.

Практическое занятие № 16

Тема: Лечение пневмоний.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы плевритов, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Пневмония. Определение. Классификация. Этиология.

Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Оценка степени тяжести.

Осложнения. Острая дыхательная недостаточность. Острая сосудистая недостаточность. Бактериальный шок.

Тактика ведения пациента в зависимости от тяжести заболевания. Показания к госпитализации.

Нозокомиальная пневмония. Основные возбудители. Выбор антибактериального препарата.

Внебольничная пневмония. Тактика ведения. Антибактериальная терапия.

Пневмония при синдроме иммунодефицита. Особенности этиологии. Выбор антибактериального препарата.

Аспирационная пневмония. Виды возбудителей. Выбор антибактериального препарата.

Задание.

Задача №1

Больной М., 40 лет, слесарь жалуется на кашель с выделением мокроты желто-коричневого цвета, боли в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, на одышку при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,4 °С, общую слабость, головную боль, «ломоту» в мышцах, сердцебиение, снижение аппетита.

Заболел остро, накануне днем, когда появились вышеуказанные жалобы. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. Принимал аспирин*, однако сохранились лихорадка, выраженная слабость и боли в грудной клетке, что послужило причиной госпитализации.

Перенесенные заболевания: детские инфекции (корь, ветряная оспа), ОРВИ, хронический гастрит. Больной курит по 1 пачке в день, алкоголь употребляет 2-3 раза в месяц. Семейный анамнез: у матери - ИБС; у отца - хронический гастрит, хронический панкреатит; брат и сестра - здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,9 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Грудная клетка конической формы. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, большой ее щадит. ЧД - до 28 в минуту. При пальпации грудная клетка эластичная, правая половина грудной клетки болезненна, в нижних ее отделах - умеренное усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии: слева - звук ясный, легочный, справа - ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечным линиям выявлено притупление перкуторного звука. При аускультации легких: над участком укорочения перкуторного звука - бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы, над остальными участками легких - дыхание везикулярное. Бронхофония усилена справа в зоне укорочения перкуторного звука.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. При аускультации сердца: акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный. Пульс ритмичный, ЧСС - до 98 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70 мм рт.ст. Живот обычной формы, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Селезенка не увеличена.

Анализ крови: гемоглобин - 155 г/л, лейкоциты - 20,0x10⁹/л: палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 12 %, моноциты - 9 %. СОЭ - 37 мм/ч. Микроскопия мазка мокроты, окрашенного по Граму, - слизист-то-гнойная, вязкая, лейкоциты 30-45 в поле зрения, эритроциты 10-15 в поле зрения, альвеолярные макрофаги и эпителиальные клетки - единичные в поле зрения, выявляется большое количество грамположительных кокков в виде виноградных гроздей. Рентгенография органов грудной полости: справа, в области проекции нижней доли, участки затемнения разного размера, умеренной интенсивности. Правый корень расширен, синусы свободны. Слева - без патологии. Сердечно-сосудистая тень без патологии. Задание: 1. Перечислите основные клинические синдромы, характерные для данного заболевания. 2. Дайте заключение по данным физикального осмотра и лабораторно-инструментального обследования. 3. Сформулируйте развернутый клинический диагноз. 4. Ваша тактика лечения данного больного.

Задача №2

Больной П., 35 лет, доставлен в стационар бригадой «скорой помощи». Больной жалуется на боль при дыхании в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством «ржавой» мокроты, выраженную слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,5 °С. Заболел остро 2 дня назад, когда после эмоционального стресса и переохлаждения почувствовал озноб, температура тела повысилась до 39,5 °С. Принимал парацетамол. На следующий день присоединились боли в грудной клетке при дыхании и кашле, а также «ржавая» мокрота. Вызвал бригаду «скорой помощи», которой был госпитализирован в клинику. Перенесенные заболевания: ангина, ОРВИ. Больной работает менеджером, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать здорова, отец здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,0 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ, на верхней губе - herpes labialis. Форма грудной клетки нормостеническая, правая половина грудной клетки отстает при дыхании, больной щадит ее. ЧД в покое до 24 дыхательных движений в минуту. Грудная клетка при пальпации эластичная, боли в правой половине груди при сравнении грудной клетки ослабевают, голосовое дрожание справа в нижних отделах грудной клетки усилено, слева - нормальное. При сравнительной перкуссии: справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука, в остальных участках легкого звук ясный легочный. При аускультации легких: слева дыхание везикулярное, справа над участком перкуторной тупости - ослаблено, крепитация на вдохе, бронхофония усилена. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормальных значений. При аускультации акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС - 92 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст.

Живот обычной формы. Верхняя половина живота активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Селезенка не увеличена. В анализе крови: гемоглобин - 140 г/л, лейкоциты - 14,8x10⁹/л: палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 38 мм/ч. В анализе мокроты - эритроциты, фибрин. Рентгенография органов грудной полости: интенсивная инфильтративная тень в проекции нижней доли правого легкого, корень и легочный рисунок не дифференцируются. Значительно утолщена плевра в области преддиафрагмального синуса. Задание: 1. Перечислите основные клинические синдромы, характерные для данного заболевания. 2. Сформулируйте клинический диагноз. 3. Объясните клиническое значение притупления перкуторного звука над пораженными участками легкого.

4. Предложите схему лечения больного.

Задача №3

Больная С., 30 лет, экономист, поступила в стационар с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты желтоватого цвета, слабость, одышку при физической нагрузке, неприятные ощущения в правой половине грудной клетки при кашле, повышение температуры тела до 38 °С. Заболела остро 3 дня назад, когда после переохлаждения появились указанные жалобы. Принимала аспирин*, анальгин*, травяные отвары. Состояние не улучшалось, обратилась к участковому терапевту - была рекомендована госпитализация. Перенесенные заболевания: ангина, ОРВИ. Профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать здорова, отец

здоров. Аллергологический анамнез не отягощен. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38,0 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Форма грудной клетки нормостеническая. Частота дыхательных движений в покое 21 в минуту. Грудная клетка при пальпации эластичная, безболезненная, голосовое дрожание справа в нижних отделах грудной клетки усилено, слева - нормальное. При сравнительной перкуссии: справа ниже угла лопатки притупление, в остальных участках легкого звук ясный легочный. При аускультации легких: слева дыхание везикулярное, справа над участком притупления перкуторного звука - бронхиальное, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне нижнего края III ребра, левая на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации сердца: тоны ясные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС - 85 уд/мин, АД 120/70 мм рт.ст. Живот обычной формы. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Селезенка не увеличена. В анализе крови: гемоглобин - 140 г/л, лейкоциты - 12,8x10⁹/л: палочкоядерные - 6 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 20 мм/ч. Анализ мокроты: мокрота слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты - 20-35 в поле зрения, альвеолярные макрофаги - единичные в поле зрения, выявляются цепочки грамположительных кокков.

Рентгенография органов грудной полости: в проекции нижней доли правого легкого - неомогенные очагово-пятнистые тени. Сердечно-сосудистая тень - без патологии. Задание:

1. Перечислите основные клинические синдромы, характерные для данного заболевания.
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
3. Проведите анализ данных физического и лабораторно-инструментального обследования больной.
4. Предложите тактику терапии.

Практическое занятие № 16

Тема: Лечение легочного сердца.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы легочного сердца, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Легочное сердце. Определение. Этиология. Классификация.
Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
Причины развития острого и хронического легочного сердца.
Принципы лечения в зависимости от стадии заболевания.
Кислородотерапия. Виды лечения. Показания к назначению.

Задание.

Задача 1

Больной 64 года поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, утомляемость, общую слабость, недомогание, раздражительность, нарушение сна (бессонницу по ночам, сонливость в дневное время), отеки голеней. Выкуривает 20 сигарет в сутки на протяжении более 45 лет. В течение многих лет отмечал кашель по утрам со слизистой мокротой. С годами кашель стал более постоянным, беспокоил не только по утрам, но и в дневное время, а также по ночам. Увеличилось количество отделяемой мокроты, она приобрела слизисто-гнойный характер. Около 9 лет назад к указанным симптомам присоединилась одышка при физической нагрузке. В течение последнего года отмечает усиление одышки, которая стала возникать при незначительной физической нагрузке, стали появляться отеки на ногах. При объективном исследовании: общее состояние средней тяжести, число дыханий 28 в минуту. Теплый диффузный цианоз, отечность голеней. Набухание шейных вен сохраняется в положении стоя. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, на фоне ослабленного везикулярного дыхания, единичные сухие свистящие хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум у основания грудины, ЧСС 92 в мин., АД 140/80 мм рт. ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, положительный симптом Плеша. (симптом Плеша - набухание шейных вен при надавливании ладонью на увеличенную печень - Недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу).

Анализ крови: Эритроциты 5,5 x 10¹² /л, Hb 187 г/л, лейкоциты - 7, 6 x 10⁹ /л, СОЭ - 2 мм/час. На рентгенограмме органов грудной клетки усиление и деформация легочного рисунка в нижних зонах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей, выбухание *conus pulmonale*. Показатели ФВД: ЖЕЛ - 87% от должного, ОФВ1 38% от должного, индекс Тиффно 52 % от должного. Задания:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Оцените данные гемограммы и показатели функции внешнего дыхания.
3. Назовите ЭКГ-признаки, характерные для данного состояния.
4. Перечислите клинические признаки правожелудочковой недостаточности.
5. Составьте план лечения больного.

Ответы:

1. ХОБЛ: Хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких.. Дыхательная недостаточность III. Хроническое легочное сердце, СНПБ
2. Эритроцитоз из-за гипоксии. Обструкция. ОФВ1 38%, Тиффно норма 75-83, по этим показателям обструкция тяжелой степени.
3. P-pulmonale: увеличение в 2,3 aVF, V1, V2, увеличение R в V1, V2, смещение переходной зоны в правые грудные отведения. R заостренные, не уширены. В правых грудных могут быть двухфазные, с увеличенной первой положительной фазой. Гипертрофия правого желудочка: дикое отклонение ЭОС вправо или S-тип. В правых грудных –высокий R или появление в них Q. 4. Застой в большом круге кровообращения. Увеличение печени, отеки. 5. Устранение этиофактора, стац. лечение, АБ терапия, улучшение дренажной функции (отхаркивающие), бронходилататоры, массаж грудной клетки, позиционный дренаж, фитотерапия, дезинтоксикация, длительная малопоточная оксигенотерапия, лечение легочной гипертензии, ЛФК. __

Задача №2

Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно: считает себя больным в течение 1,5 мес, когда на фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке (появлялась одышка), а также увеличение отеков нижних конечностей. Данные объективного осмотра. При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочным стволом. ЧСС - 102 в минуту, АД - 140/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней.

Клинический анализ крови: эритроциты - $6,0 \times 10^{11}/л$, Hb - 170 г/л, лейкоциты - $12,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные лейкоциты - 10 %, СОЭ - 7 мм/ч. Электрокардиография: синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, высокий остроконечный P во II, III, aVF отведениях, преобладающий R в V1, V2, глубокий S в левых грудных отведениях.

Данные эхокардиографического исследования: аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм. ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм.

При доплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 38,5 мм рт.ст.).

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дайте оценку полученным результатам объективного обследования больного.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения данного больного.

Ответ: 1. Хронический обструктивный бронхит, в стадии стихающего обострения. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность, III функциональный класс (по классификации NYHA).

2. Систолический шум вдоль левого края грудины выслушивается при возникновении недостаточности трикуспидального клапана. В данном случае имеет место относительная недостаточность вследствие дилатации правых камер сердца. Акцент II тона над легочным стволом характерен для легочной гипертензии.

3. На электрокардиограмме выявляют признаки нагрузки на правое предсердие, гипертрофии правого желудочка. При эхокардиографическом исследовании обращает на себя внимание интактное состояние левых отделов сердца при гипертрофии в сочетании с дилатацией преимущественно правых камер сердца, наличие легочной гипертензии.

4. Оксигенотерапия, бронхолитики (антихолинергические препараты - беродуал, атрент), невысокие дозы ИАПФ или антагонистов рецепторов АТ II под контролем АД, осмотические диуретики (фуросемид - 20-80 мг под контролем диуреза), антагонисты альдостерона (спиронолактон - 25-50 мг в сутки), антагонисты кальция, контроль АД и ЧСС.

Задача №3

Пациент Л., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на сильную прибавку в весе в течение 7 лет, утомляемость, выраженную сонливость, эпизоды внезапного засыпания, храп во сне, одышку в покое смешанного характера, усиливающуюся при физической нагрузке. Объективный осмотр. Рост - 173 см. Вес - 110 кг. Кифоз грудного отдела. Отеки стоп, голеней. Теплый диффузный цианоз. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 19 в минуту. Тоны сердца ритмичны, глухие, ЧСС - 96 в минуту. АД - 140/88 мм рт.ст. Общий анализ крови: Hb - 174 г/л, лейкоциты - $5,5 \times 10^9/л$, эритроциты - $6,7 \times 10^{11}/л$, тромбоциты - 350 000. СОЭ - 4 мм/ч.

Увеличение протромбиновой активности плазмы, снижение фибринолитической активности плазмы, усиление адгезии тромбоцитов. Исследование газов крови: PO_2 - 92 мм рт.ст., PCO_2 - 46 мм рт.ст. Рентгенография органов грудной клетки: высокое стояние диафрагмы, обеднение сосудистого рисунка. Относительное увеличение дуги ПЖ в левом косом положении. Дилатация общего ствола ЛА в правом косом положении. В боковой проекции определяется усиленный кифоз грудного отдела позвоночника.

Исследование функции внешнего дыхания: ЖЕЛ снижена, индекс Тифно - выше 70 %.

На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение ЭОС резко вправо, блокада левой задней ветви пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса. Амплитуды $RV_1 + SV_5$ - более 10,5. Слабоотрицательные зубцы T в V1-V2.

ЭхоКГ. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 12 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 13 мм. ФВ левого желудочка - 60 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 54 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 49 мм в диаметре, по вертикали - 53 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 10 мм.

При доплерографии определяется легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 42,8 мм рт.ст.).

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез нарушения дыхания при ожирении.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения данного больного.

Ответ: 1. Синдром Пиквика. Ожирение III степени. Дыхательная недостаточность III степени. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность III функциональный класс (по классификации NYHA).

2. При чрезмерном ожирении происходят следующие нарушения функции дыхания:

- ограничивается подвижность грудной клетки;
- увеличивается кифоз грудного отдела позвоночника, что вызывает почти горизонтальное положение ребер и в связи с этим бочкообразную форму грудной клетки;
- уменьшается подвижность диафрагмы.

Все вышеперечисленные факторы фиксируют грудную клетку в инспираторном положении (как при эмфиземе), вследствие чего ограничивается пассивный акт выдоха и уменьшается дыхательный объем (ДО) и резервный объем вдоха (РОВв). В результате развивается «поверхностное» дыхание, что приводит к ухудшению притока воздуха к легочным альвеолам. Учащение дыхательных движений - преходящая компенсаторная реакция. При уменьшении ДО на 40 % (250 мл) даже учащение дыхательных движений до 40 в минуту не может поддержать нормальный уровень вентиляции легочных альвеол, что приводит к более или менее устойчивой альвеолярной гиповентиляции.

3. Анализ газового состава крови говорит о наличии синдрома альвеолярной гиповентиляции. В клиническом анализе крови наблюдается вторичный абсолютный эритроцитоз. На электрокардиограмме - признаки легочной гипертензии, гипертрофии правого желудочка. При эхокардиографическом исследовании обнаружены гипертрофия в сочетании с дилатацией правых камер сердца, наличие легочной гипертензии. Спирограмма соответствует рестриктивному типу дыхательной недостаточности.

4. Рекомендуются низкокалорийная диета, ограничение животных жиров, потребление 1 г белка на 1 кг должной массы тела, достаточное количество углеводов для предупреждения кетоза, обогащение витаминами и минералами, снижение потребления поваренной соли.

Показаны анорексигенные средства (диетрин®, изолипан®, минифаж®, фебранон*, теронак®), стимуляторы липолиза (диетпласт®).

Необходимы консультации различных специалистов (эндокринолога, невролога, генетика и др.) для установления возможной причины ожирения. Следует назначить оксигенотерапию, антиагреганты (ацетилсалициловая кислота - 75-125 мг/сут), осмотические диуретики (фуросемид под контролем суточного диуреза), ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов АТ II, антагонисты кальция под контролем АД, ЧСС.

Практическое занятие № 17

Тема: Функциональные заболевания желудка, пищевода, кишечника.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы функциональных заболеваний пищевода, желудка, кишечника, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Функциональные заболевания пищевода, желудка, кишечника. Определение. Критерии постановки диагноза.

Этиологические факторы.

Функциональная диспепсия, постпрандиальный дистресс- синдром. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Лечение функциональной диспепсии, постпрандиального дистресс- синдрома.

Ахалазия пищевода. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Лечение ахалазии пищевода.

Синдром раздраженного толстого кишечника. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Лечение синдрома раздраженного толстого кишечника.

Прогноз заболевания. Профилактика.

Задание.

Задача №1

В больницу поступил больной 60 лет, с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг.

При осмотре больной истощен и ослаблен. В левой надключичной области пальпируется плотный, неподвижный, безболезненный лимфатический узел. Другие лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд вмин, АД 130/80мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 50 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Задание:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

Ответ:1.рак пищевода

2. ФГДС

3.. Консультация онколога

Задача№2

Больная А, 45 лет предъявляет жалобы на чередование запоров и поносов, вздутие живота, боли при акте дефекации, ощущения приливов, отсутствие менструации.

Приступы провоцируются психо- эмоциональным напряжением. Кал с примесью слизи. Больная замкнута, депрессивна.

Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд вмин, АД 120/80мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 130 г/л, эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Задание:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

Ответ:1.Синдром раздраженного кишечника

2. УЗИ внутренних органов, ФГДС, кал на дисбактериоз, общий анализ кала.

3.. Диета, спазмолитики при болях, адсорбенты, лакто- и бифидобактерии.

Задача№3

Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 недели до поступления в больницу появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид.Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 2 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлекссы отсутствуют. Внешних изменений в суставах не определяются.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 ммоль/л, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

Задание:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3. Дальнейшая тактика?

Ответ: 1. Болезнь Крона

2. ректороманоскопия, колоноскопия, ФГДС, рентгеноскопия с барием

3.. Диета, при обострении антибиотик.

Задача №4

Больной, 30 лет. Обратился с жалобами на изменение характера стула, болезненные спазмы в левой подвздошной области, вздутие, ощущение неполного опорожнения после дефекации.

Из анамнеза: 2 года назад был выставлен ошибочный диагноз гепатит С, состоял на учете. После дополнительного обследования с учета был снят. В связи с перенесенным стрессом у пациента развился истерический невроз, по поводу данного диагноза пребывал на амбулаторном лечении в психиатрической больнице. Выписан через 2 месяца.

Пациент отмечает, что кишечные симптомы появились после перенесенного невроза. Больной угнетен, выглядит подавлено. Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 74 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 134 г/л, эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Задание:

1. Предварительный диагноз?

2. План обследования?

3. Дальнейшая тактика?

Ответ: 1. Синдром раздраженного кишечника

2. УЗИ внутренних органов, ФГДС, кал на дисбактериоз, общий анализ кала.

3.. Диета, спазмолитики при болях, адсорбенты, лакто- и бифидобактерии.

Практическое занятие № 17

Тема: Гастрит, язвенная болезнь желудка и 12- перстной кишки, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы гастрита. Язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Гастрит. Этиология. Классификация.

Диагностика гастрита, дифференциальная диагностика.

Осложнения.

Лечение и профилактика обострений.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Осложнения язвенной болезни.

Принципы лечения. Схемы эрадикационной терапии. Профилактика обострений.

Группы антисекреторных препаратов. Классификация. Показания, противопоказания к назначению.

Задание.

Задача № 1

Больной О. 20 лет, обратился с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натошак, нередко ночью, боли проходят после приема молока.

Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

Ответ:

1. Диагноз: Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Обострение.

Обоснование: На основании данных анамнеза (больной много курит, злоупотребляет алкоголем), клинической картины, объективных данных

2. Необходимые исследования: ОАК, ОАМ, Рентгенография желудка с барием, ФГДС, кал на скрытую кровь, копрограмма,

Биохимия крови: АЛАТ, АСАТ, железо сыворотки крови, билирубин, креатинин, общий белок, щелочная фосфатаза.

3. Возможные осложнения: Кровотечение из язвенного дефекта, перфорация язвы, пенетрация, малигнизация.

4. Тактика лечения: Добиться ремиссии язвенной болезни по схеме: постельный режим, диета, приём антацидов; инфузионная терапия; эрадикация *Н.pilory*: Ингибитор протонной помпы (или ранитидин висмут цитрат) в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день. Возможно провести профилактику кровотечения: аминокапроновая кислота, дицинон, викасол. Дальнейшая тактика определяется в каждом конкретном случае.

Профилактика обострений: Отказ от алкоголя, курения, лечебное питание, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. Сезонная профилактика обострений: приём блокаторов протонной помпы и антацидов.

Прогноз: при добросовестном соблюдении рекомендаций врача – благоприятный.

Практическое занятие № 18

Тема: ГЭРБ, заболевания пищевода, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы ГЭРБ, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования

больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

ГЭРБ, этиология, классификация (клиническая, эндоскопическая), факторы риска развития заболевания.

Клинические симптомы и синдромы. Диагностика и дифференциальная диагностика.

Осложнения ГЭРБ.

Пищевод Барретта. Диагностика. Прогностическое значение.

Лечение. Профилактика осложнений.

Группа антацидных препаратов. Классификация. Показания и противопоказания к назначению. Побочные действия. Осложнения.

Антисекреторные препараты. Классификация. Показания и противопоказания к назначению. Побочные действия. Осложнения.

Задание.

Задача № 1

Больная М., 53 лет, обратилась к участковому терапевту в связи с ощущением инородного тела, дискомфорта и болей за грудиной при глотании пищи любой консистенции. Ощущение возникло остро два дня назад, когда в момент приема крупной таблетки витаминного комплекса поперхнулась, закашлялась, возникла кратковременная боль в нижней трети грудины. Последующий обильный прием воды облегчения не принес. Встревожена, что «таблетка застряла в пищеводе». Общее состояние больной не пострадало. Направлена в экстренном порядке на ЭГДС. В ходе исследования в дистальном отделе пищевода обнаружены участки гиперемии, отек, кратковременный спазм кардии.

Задание: Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по профилактике подобных состояний в будущем

Задача № 2

У 6-ной Е., 64 лет, при ЭГДС обнаружена картина поражения пищевода с наличием белых творожистых масс в виде бляшек диаметром 3-4 мм в верхней и средней трети пищевода на фоне гиперемированной слизистой оболочки. Исследование предпринято в связи с жалобами на упорный неприятный запах изо рта свыше 2-х месяцев. В анамнезе 7 лет сахарный диабет II типа, компенсирован диетой и приемом манинил. Три месяца назад проводилось лечение инфекции мочевого тракта цефуроксимом и нолицином.

Задание: Дайте оценку обнаруженным изменениям в пищеводе. Постройте этиологическую теорию их возникновения. Назначьте лечение.

Практическое занятие № 19

Тема: Хронические гепатиты. Лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы хронического гепатита, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Этиология хронического гепатита. Классификация. Роль вирусов, токсических, аутоиммунных агентов в развитии хронического гепатита.

Клиника, ведущие синдромы. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Осложнения и исходы вирусного гепатита.

Принципы лечения. Базисная терапия. Симптоматическая терапия.

Гепатопротекторы. Классификация. Показания к назначению. Противопоказания.

Практическое занятие № 20

Тема: Цирроз печени, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы цирроза печени, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

1. Цирроз печени. Определение. Этиология. Классификация.

2. Клиника. Оценка степени тяжести по Чайлд- Пью. Диагностика, дифференциальная диагностика.

3. Осложнения цирроза печени.

4. Портальная гипертензия. Печеночная энцефалопатия. Клиника, диагностика.

5. Принципы лечения. Базисная терапия. Симптоматическая, патогенетическая терапия.

6. Профилактика осложнений.

7. Показания для трансплантации печени.

Задание

Задача № 1

Больной Г 42 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад. Объективно температура 37,3 С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120 /80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

Ответ:

1. Диагноз: Хронический гепатит. Обострение.

На основании данных анамнеза: острый вирусный гепатит в анамнезе. На основании объективных данных: синдром желтухи, астеноневротический синдром, симптомы гепатоцеллюлярной недостаточности, синдром гепатомегалии. На основании жалоб указанных в задаче: общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошнота.

2. Дополнительные исследования: ОАК, ОАМ, биохимия крови: АЛАТ, АСАТ, общ. Билирубин, щелочная фосфатаза, общ. белок., анализ крови на гепатиты, УЗИ печени и желчевыводящих путей.

3. Возможные осложнения: Цирроз печени, паренхиматозная желтуха, нарушение синтеза в печени белков крови, факторов свёртывания, желчных пигментов, нарушении детоксикационной функции печени.

4. Тактика: Госпитализация в стационар, симптоматическое лечение, полный отказ от алкоголя, устранение диспептических явлений, дезинтоксикационная терапия, этиологическое лечение после уточнения гепатита. Прогноз относительно благоприятный.

Задача № 2

Больной Б 58 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве. Объективно температура 36,9 С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета.

Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабо болезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабо болезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

Ответ:

Диагноз: Цирроз печени. Обострение. Асцит. Портальная гипертензия. Паренхиматозная желтуха.

На основании данных анамнеза : много лет злоупотребляет алкоголем; На основании объективных данных: синдром гепатоцеллюлярной недостаточности, гепатоспленомегалии, астеноневротический синдром, геморрагический синдром, синдром портальной гипертензии, синдром желтухи.

2. ОАК, ОАМ, биохимия крови: АЛАТ, АСАТ, общ. Билирубин, щелочная фосфатаза, общ. белок., анализ крови на гепатиты, УЗИ печени и желчевыводящих путей, копрограмма, ФГДС и исследование прямой кишки на выявление расширенных вен.
3. Возможные осложнения: Кровотечение из варикозно расширенных вен, печёночная энцефалопатия, кома.
4. Симптоматическое лечение, диета с ограничением потребления соли и белка, приём мочегонных. Для уменьшения кожного зуда можно применять Холестирамин, гепатопротекторы. Прогноз неблагоприятный.

Задача № 3

Больной Б., 58 лет. Обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура тела – 36,9°C. Общее состояние – средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки – желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка – расширенные и извитые подкожные вены.

Отмечаются отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 92 уд./мин, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабобезболезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабобезболезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

Задание. Сформулируйте предварительный диагноз.

Ответ: Цирроз печени алкогольной этиологии. Синдром желтухи. Синдром портальной гипертензии. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. Синдром холестаза.

Практическое занятие № 21

Тема: Сахарный диабет, лечение

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы сахарного диабета, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Сахарный диабет. Определение. Этиология. Классификация.

Особенности клинических проявлений и течения сахарного диабета I и II типов.

Микроангиопатии, макроангиопатии. Характеристика клинических проявлений.

Диагностика и дифференциальная диагностика.

Осложнения сахарного диабета.

Принципы лечения. Определение целевого уровня гликированного гемоглобина.

Сахароснижающие препараты. Классификация препаратов. Показания к назначению. Противопоказания.

Задание.

Задача №1

Больной, 16 лет, доставлен бригадой скорой помощи в хирургическое отделение с острыми болями в животе. Заболел сутки назад. Хирурги заподозрили острый живот, однако заметили запах ацетона изо рта. Сахар крови 20 ммоль/л. В разовой порции мочи 8% сахара, ацетон +++ , удельный вес 1043. Состояние тяжелое. Заторможен. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Язык яркий сухой. Ангулярный стоматит. Пародонтоз. Дыхание шумное. В легких жесткое дыхание. Пульс 100, ритмичный. Тоны сердца глухие. АД-90/50 мм рт ст. Брюшная стенка напряжена. Пальпация живота резко болезненная во всех отделах. Симптом Щеткина +. Печень перкурторно + 6см. Масса тела больного 60 кг. От рвотных масс резкий запах ацетона.

1. Какое предположение о диагнозе будет наиболее правильным?
2. Обоснуйте диагноз

3. Чем объяснить тяжесть состояния и развитие «острого живота» у пациента?

4. С какими заболеваниями дифференцировать данное состояние?

5. Наметьте план лечебных мероприятий.

Задача № 2.

Больная, 73 лет, доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом: сахарный диабет, кетоацидотическая кома. Сознание смутное. Со слов родственников, страдает сахарным диабетом 4 года. Раньше лечилась только диетой. Последние два месяца стала принимать манинил по 1 табл. до завтрака и 1 табл. до ужина. Лечение манинилом вызвало повышенный аппетит. 3 дня назад по советам эндокринолога родственники резко ограничили больную в еде. К вечеру у больной развилось неадекватное поведение, агрессивность, дурашливость. На следующий день был приступ судорог, перестала ориентироваться в окружающем, стала отказываться от еды. Галлюцинировала. Сегодня утром потеряла сознание. Все эти дни лечение манинилом проводилось. Губы цианотичные. Кожные покровы влажные. Язык влажный. Тоны сердца глухие. В подлопаточной области выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Мерцательная аритмия. ЧСС 120 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Печень +5см, отеки голеней. Тонус мышц повышен. Клонические и тонические судороги. Симптомы Бабинского ±. Сахар крови 2,0 ммоль/л. В моче ацетон ±, сахар отрицательный.

1. Поставьте предварительный диагноз: основное заболевание, его осложнение, сопутствующее и его осложнения.

2. Какова причина развития данного состояния?

3. Какие должны быть мероприятия?

4. Дайте рекомендации по дальнейшей сахарпонижающей терапии.

5. Выписать рецепт на Глибенкламид (Манинил).

Задача № 3.

Пациент, 76 лет, в коме бригадой СМП доставлен в приемный покой БСМП. Мужчина живет один, со слов соседей болен сахарным диабетом много лет, злоупотребляет алкоголем. В квартире найдены препараты: манинил, сиофор. При осмотре: сознание - сопор, ригидность мышц затылка нет, мидриаз, тонические судороги. Влажная кожа и слизистые оболочки, гиперсаливация, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет, ЧДД-18 в минуту, сердечные тоны приглушены, ритмичные с ЧСС-100 в минуту, АД= 80/40 мм рт. ст. При исследовании: сахар крови - 1,7 ммоль/л, кетоновые тела - 15 мг%, алкоголь 1% 1. Сформулируйте диагноз.

2. С какими состояниями нужно проводить дифференциальный диагноз?

3. Какой из сахарпонижающих препаратов мог спровоцировать данное состояние?

4. Наметьте план обследования.

5. Наметьте план лечения.

Задача № 4.

Больная, 73 лет, доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом: сахарный диабет, кетоацидотическая кома. Анамнез неизвестен. Давность комы выяснить не удалось. В кармане одежды найден «паспорт больного диабетом», где указано, что больная получает глюренорм по 1 табл. после завтрака и после ужина. Температура 38,6. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки сухие. Тактильная и болевая чувствительность сохранены. Тонус глазных яблок снижен. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 120, аритмичный слабого наполнения. Тоны сердца глухие. Мерцательная аритмия. Дыхание поверхностное - 36 в мин. Изо рта застойный запах. Печень +5 см, плотной консистенции, тонус мышц снижен. Симптом Бабинского +. Ригидность затылочных мышц. При катетеризации мочевого пузыря моча не получена. Сахар крови 42 ммоль/л. Анализ крови: Лейкоциты 16,0x10⁹, СОЭ 50 мм/час. Кетоновые тела 5 мг%. Ацетон (-).

1. Какой тип диабета у больной?

2. Какой вид комы наиболее вероятен у больной?

3. Чем объяснить нормальные показатели кетоновых тел и отсутствие ацетона в моче при высокой гликемии?

4. Составить план дальнейшего обследования.

5. Какие должны быть неотложные мероприятия?

Задача № 5

Женщина, 72 лет, доставлена в отделение интенсивной терапии. Шесть дней назад - вирусная инфекция, после которой появилась и нарастала слабость, жажда, полиурия, анорексия. При исследовании: состояние очень тяжелое, ступор, частое поверхностное дыхание, кашель. Сухие кожа и слизистая. АД 130/95 мм рт. ст. Пульс 140 в 1 мин., мерцательная аритмия. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Лабораторные данные: Нв-16 г%, лейкоциты 22,0x10⁹, калий крови 5,5 ммоль/л, креатинин-0,5 ммоль/л, глюкоза в крови 65 ммоль/л. Глюкозурия 2%, ацетон (-).

1. Сформулируйте диагноз.

2. Что спровоцировало развитие данного осложнения?

3. Чем объяснить нормальные показатели кетоновых тел и отсутствие ацетона в моче при высокой гликемии?

4. План обследования.

5. Назначьте лечение.

Задача № 6

Пациентка 36 лет обратилась по поводу приступов потери сознания, которым предшествует чувство голода, дрожание тела, профузная потливость. Приступы наблюдаются чаще в утренние часы, а также при больших перерывах в приеме пищи. В последние недели сопровождаются судорожным синдромом.

При обследовании выявлено: гликемия натощак 1,2 - 2,0 ммоль/л, в течение суток-2,3-3,3 ммоль/л. Во время приступов изменений на ЭКГ не выявлено, при осмотре очаговой неврологической симптоматики не отмечено.

1. О каком заболевании следует подумать в первую очередь?

2. С какими заболеваниями эндокринной системы дифференцировать?

3. Какое обследование следует провести для подтверждения диагноза?

4. Какова интенсивная терапия описанных кризов?

5. Какой метод лечения требуется?

Задача № 7

Пациентка 30 лет. В течение 12 лет страдает сахарным диабетом, получает инсулин в суточной дозе 40-44 ед. Доставлена в инфекционное отделение с диагнозом пищевой токсикоинфекции. Накануне в течение 3-х суток у нее наблюдался частый жидкий стул, боли в животе, неоднократная рвота, повышение температуры. Не могла есть, поэтому 2 дня перестала вводить инсулин. При осмотре выражены явления дегидратации: кожа сухая, тургор ее снижен, язык обложен белым налетом. ЧСС 110 в мин., АД 80/50 мм рт. ст. Дыхание шумное, глубокое. Больная заторможена, вялая, на вопросы отвечает медленно, с трудом. При обследовании выявлено: сахар крови 20 ммоль/л, ацетон++

1. Какой тип диабета у больной?

2. Какое осложнение диабета возникло у больной?

3. Какие анализы необходимы для постановки диагноза?

4. Как называется, и что явилось причиной развития шумного, глубокого дыхания у пациентки?

5. Представьте основные направления интенсивной терапии.

Задача № 8

Пациентка 70 лет, страдающая сахарным диабетом, получает таблетки Манинил 5, перенесла экстракцию зуба утром. После экстракции длительно не останавливалось кровотечение. В 17 часов стала жаловаться на нарушение речи и резкое ухудшение зрения, затем стала бессвязно говорить, метаться по квартире. Врачом «Скорой медицинской помощи» отмечено повышение АД до 175/100 мм.рт. ст., очаговой неврологической симптома-тики не выявлено.

1. О каком состоянии следует думать в первую очередь?
2. С чего нужно начать лечение?
3. Каковы особенности гипогликемии у лиц пожилого возраста?
4. Что явилось причиной данного осложнения?
5. Какой должна была быть профилактика гипогликемии в данном случае?

Задача № 9

В приемное отделение хирургической клиники доставлен пациент 32 лет с жалобами на боли в животе, неукротимую рвоту, жажду, выраженную слабость- не может даже сидеть. Из анамнеза выяснено, что за последние 3 месяца начал худеть (всего на 10 кг), жаловался на жажду. Резкое

ухудшение в течение последних дней. Данные осмотра: пониженного питания, тургор кожи снижен, кожные покровы и слизистые сухие, заеды в углах рта. Язык обложен коричневым налетом. ЧСС 102 в мин., АД 85/60 мм.рт. ст. Живот при осмотре не вздут, при пальпации болезненный во всех отделах с наибольшей выраженностью в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины положительны. При осмотре возникла рвота «кофейной гущей».

1. Между какими состояниями следует провести дифференциальный диагноз?
2. Какие лабораторные данные необходимы?
3. Уточните диагноз при следующих результатах обследования: Нв 146г/л, лейкоцитоз 16 млн, сдвиг формулы влево, гликемия 34 ммоль/л, кето-новые тела более 1000 мг %.
4. Чем можно объяснить наличие абдоминального синдрома?
5. Составьте план лечения на первые 6 часов.

Задача № 10

Больной, 30 лет, доставлен в приемное отделение больницы с жалобами на выраженную слабость, вялость, жажду, боли в эпигастриальной области, рвоту. Ухудшение состояния после перенесенного острого респираторного заболевания. Объективно: заторможен, вял, запах ацетона изо рта, кожа сухая, язык обложен грязно-коричневым налетом. Пульс -100 в минуту. АД - 100/60 мм.рт. ст. Пальпация живота болезненная в эпигастриальной области, симптомов раздражения брюшины нет.

1. Какой диагноз можно заподозрить?
2. Обоснование диагноза. Какой симптом наиболее характерен?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Как вводить инсулин?
5. Показания для ощелачивающей терапии?

Практическое занятие № 22

Тема: Диабетическая кома, гипогликемическая кома, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы сахарного диабета, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Диабетическая кома. Причины развития, провоцирующие факторы.

Клиника диабетической комы. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Неотложная помощь. Схема инсулинотерапии.

Гипогликемическая кома. Причины развития. Провоцирующие факторы.

Клиника гипогликемической комы. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Оказание неотложной помощи при гипогликемической коме. Профилактика гипогликемических состояний.

Задание.

Задача №1.

Больной Б., 17 лет, учащийся 11 класса, в течение 11 лет страдает инсулинозависимым сахарным диабетом, доставлен в хирургическую клинику (сопор). Больной в тяжелом состоянии, сознание сохранено. Частая рвота, сильные боли в животе. Объективно: состояние тяжелое. Сухая кожа, язык сухой, обложен желто-коричневым налетом. Гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс 120 в мин., слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. В легких дыхание ослаблено. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительны симптом Щеткина. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Оцените глюко-тест.

Задача №2

Больная Ф., 55 лет, инвалид II группы, надомный труд. Доставлена дежурной бригадой в психиатрическую больницу. Со слов родственников 2 часа назад у больной появилось возбуждение, агрессивное настроение, ругала детей, пыталась поджечь дом. Два года больная страдает сахарным диабетом. Делает сама инсулин. В приемном покое у больной появились судороги, она потеряла сознание. При осмотре кожа бледная, влажная, ЧСС 52 уд. в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Сухожильные рефлексы снижены, корнеальный вызывается слабо. Живот без особенностей. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Оцените гликемический профиль.

Практическое занятие № 23

Тема: Заболевания щитовидной железы, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы тиреотоксикоза, гипотиреоза, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Диффузно-токсический зоб. Определение. Этиология. Классификация.

Клиника тиреотоксикоза. Поражение сердечно-сосудистой системы, нервной систем, желудочно-кишечного тракта, глазные симптомы.

Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Осложнения тиреотоксикоза.

Лечение. Тиреостатическая терапия. Терапия радиоактивным йодом. Показания, противопоказания.

Показания для хирургического лечения.

Гипотиреоз. Этиология. Первичный и вторичный гипотиреоз.

Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Осложнения гипотиреоза.

Лечение. Заместительная гормональная терапия. Показания, противопоказания к назначению. Побочные действия препаратов.

Задание.

Задача №1

За медицинской помощью обратился больной К., 37 лет с жалобами на неприятные ощущения в области шеи. Сам на передненаружной поверхности шеи слева пропальпировал опухолевидное образование. Других жалоб не предъявляет. Из семейного анамнез установлено, что по материнской линии были онкологические заболевания. При осмотре в левой доле щитовидной железы пальпируется узел размерами 3x4 см плотноватый. Лимфоузлы на шее не определяются. При УЗИ исследовании получены данные за узловую зоб. Выполнена ТАБ – пролиферирующий зоб.

Определите лечебную тактику у больного.

Если Вы решили больного оперировать, перечислите какие показания к операции при узловом зобе?

Назначьте предоперационное обследование.

Укажите объём операции и какие исследования следует выполнить в процессе операции?

Если при окончательном гистологическом исследовании диагностирован рак (папиллярный, фолликулярный) щитовидной железы, какая должна быть лечебная тактика?

Задача №2

Больная К., 64 лет обратилась с жалобами на беспричинный кашель, чувство давления в области шеи справа. При обследовании в зоне правой доли щитовидной железы определяется узел плотно-эластической консистенции в диаметре до 3 см. Лимфоузлы шеи не увеличены

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Назначьте план обследования больной.

3. Какую информацию может дать рентгенография грудной клетки при заболевании Щитовидной железы?

4. С какой целью в настоящее время применяется радиоизотопное исследование при заболеваниях щитовидной железы?

Назовите принятые этапы морфологического исследования железы.

Практическое занятие № 24

Тема: Анемии, лечение

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы анемий, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Анемия. Определение. Этиология. Классификация.

Клиника. Особенности клинических симптомов железодефицитной анемии, В12- дефицитной анемии, апластической анемии, гемолитической анемии.

Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Стернальная пункция. Подготовка больного к процедуре. Техника выполнения. Показания к проведению стеральной пункции.

Осложнения.

Лечение анемий. Группы препаратов. Классификация. Показания, противопоказания к назначению.

Показания к гемотрансфузии. Противопоказания. Осложнения гемотрансфузионной терапии.

Задание.

Задача №1.

У 34-летней женщины при определении параметров гемограммы с использованием гематологического анализатора выявлены:

RBC: 3.96 x 10¹²/л, HGB: 106 г/л, HTC: 34.1 %, MCV: 49.0 фл, MCH: 15.0 пг, MCHC: 31.1 г/дл, RDW: 21.3 %. При дополнительных биохимических исследованиях получены следующие результаты: сывороточное железо - 3 мкмоль/л, ОЖСС – 100 мкмоль/л, ферритин - 3 мкг/л. После 10-дневного курса терапии пероральными препаратами железа отмечено увеличение RDW, а также появление на гистограмме распределения эритроцитов по объему второго пика в области нормоцитов.

Задание:

1. Поставьте диагноз. 2. Оцените результаты исследований. 3. Оцените назначенную терапию адекватна?

Ответ Железодефицитная анемия, легкой степени. Назначенная терапия адекватна, о чем свидетельствует гистограмма распределения эритроцитов.

Задача №2.

Пациент - мужчина 77 лет. В анамнезе – месяц тому назад небольшое гастродуоденальное кровотечение. В анализе крови: RBC: 6.94 x 10¹²/л, HGB: 133 г/л, HTC: 43.0 %, MCV: 68.0 фл, MCH: 19.0 пг, RDW: 24.0%. Результаты биохимических исследований: сывороточное железо 6 мкмоль/л, ферритин 10 мг/л.

Задание:

Оцениваете результаты анализов. 2. Определите тактику лечения.

Ответ

По данным гемограммы анемия отсутствует. Однако, в картине крови преобладают микроциты с низким содержанием гемоглобина.

Наиболее вероятный диагноз – латентный дефицит железа. Пациенту показан прием препаратов железа.

Задача №3.

У 11-летней девочки долгое время определялась гипохромная микроцитарная анемия.

RBC: 2.49 x 10¹²/л, HGB: 88 г/л, HTC: 26.4 %, MCV: 106.0 фл, MCH: 35.0 пг, MCHC: 33.2 %. Пациентку лечили препаратами железа. Эффекта не было. После проведения дополнительных исследований получены следующие результаты: Количество ретикулоцитов - 261 x 10⁹ (N 75 - 170 x 10⁹). Результаты биохимических исследований: нормальный уровень сывороточного железа, трансферрина и ферритина, существенное повышение HbA - 6.3 % (N 2.0-2.8 %), HbF 1.5 % (N < 1 %).

Задание: 1. Поставьте диагноз. 2. Оцениваете результаты анализов. 3. Определите тактику лечения

Ответ

β-талассемия.

Задача №3

Мужчина 74 лет с жалобами на повышенную усталость. В общем анализе:
RBC: 2.13 x 10¹²/л, HGB: 91 г/л, HTC: 25.8 %, MCV: 121.0 фл, MCH: 42.0 пг, MCHC: 35,0 г/дл. В мазке крови - нейтрофилы с гиперсегментированным ядром, эритроциты - анизоцитоз, пойкилоцитоз. Данные биохимических исследований: ферритин - 317 мкг/л, витамин В12 - 10 пмоль/л.

Задание:

Поставьте диагноз. Какой должна быть лечебная тактика?

Ответ

В12-дефицитная анемия. Требуется назначение витамина В12

Задача №4

Больной Б. 57 лет поступил с жалобами на слабость, головокружение, одышку, ломкость ногтей и волос, выпадение волос. Из анамнеза больной много лет страдает язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, периодически отмечает черный стул.

На момент поступления по ФГДС язвенного кровотечения нет, каллезная язва, трофический гастрит. Проба Грегерсена положительна.

Задание:

1. Какими синдромами обусловлены жалобы

2. Определите дальнейшую лечебную тактику

Ответ

анемический, сидеропенический

Задача №5

Больная Т. 24 лет находится на - стационарном • лечение по поводу маточного кровотечения. После остановки кровотечения в течении 12 суток предъявляет жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение, одышку. Объективно у больной кожные покровы бледные, сухие. Лабораторные данные: гемоглобин-75г\л, ЦП-1, сывороточное железо-снижено, Ре-связывающая способность-повышена, тромбоциты-норма, лейкоциты-норма.

Задание:

Каким синдромом обусловлено данное состояние? Дальнейшая тактика?

Ответ острая тяжелая постгеморрагическая анемия

Задача №6.

Больная К. 54 лет поступила в стационар в тяжелом состоянии. У больной жалобы на выраженную слабость головокружение, обмороки, сердцебиение, одышку, сухость кожи, ломкость ногтей и волос, выпадение волос, изменение вкуса, пристрастие к употреблению в пищу мела.

Из анамнеза - больная состоит на учете в онкологическом диспансере по поводу рака желудка.

Задание:

Каким синдромом обусловлено данное состояние Дальнейшая тактика?

Ответ хроническая железодефицитная анемия

Задача №7

Больная К. 54 лет находится в стационаре в тяжелом состоянии. По показаниям было проведено перелевание крови. После гемотрансфузии появились боли в пояснице, повысилась температура тела до 39,5, жалобы на выраженную слабость головокружение, сердцебиение, одышку. Из анамнеза - поллиноз, аллергия на шерсть кошек. Объективно: кожные покровы бледные с желтушностью. Лабораторные данные: гемоглобин-55г\л, прямой билирубин-85ммоль\л, ЦП-норма, тромбоциты-норма, лейкоциты-норма

Задание:

Каким синдромом обусловлено, данное, состояние?

Дальнейшая тактика?

Ответ острая гемолитическая анемия

Задача №8.

Больной Б. 54 лет поступил с жалобами на слабость, головокружение, одышку, ломкость ногтей и волос, выпадение волос.

Лабораторные данные: гемоглобин-35г\л, ЦП-1, ретикулоциты, лейкоциты, тромбоциты-снижены, сывороточное Ре повышено.

При лечении препаратами железа, витамином В12 эффекта нет.

Задание:

Какая анемия у данного больного?

Дальнейшая тактика?

Ответ апластическая анемия

Задача №9

Больная 40 лет. Жалобы на отсутствие аппетита, слабость, похудание. Больна около 6 месяцев.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, питание снижено. В левой надключичной области пальпируется плотный лимфоузел 0,5 x 0,5 см. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке.

Пульс 84 уд. в минуту, ритмичный. АД – 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Печень, селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв – 33 г/л, эр.-1,7.10.12/л, цв.показ. – 0,97, лейкоциты – 9,8.10.12/л, э-1, п-6, с-62, л-15, м-6. Соед-30 мм/час. Ретикулоциты – 18 о/оо, тромбоциты –106.10.9/л. Анизоцитоз (++) , пойкилоцитоз (++) .

Железо сыворотки –10,5 ммоль/л. ЖСС-67%. Общий белок –65г/л, альбумины –35,5%. Глобулины – 64,5%. Реакция Грегерсена отрицательна.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2. План обследования.

Ответы:

1. Провести дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся анемическим синдромом. С учетом тяжелой анемии, отсутствие явных причин кровотечений, локальной лимфоаденопатии у больной требует исключение онкопатологии, в первую очередь ЖКТ.

2. ЭГДС, колоноскопия, Р-графия легких, ОАМ, УЗИ внутренних органов. Осмотр гинеколога. При необходимости стерильная пункция.

Полученный результат дополнительного обследования:

ЭГДС – рак желудка, подтвержденный биопсией.

Задания:

3. Подтвержденный диагноз.
4. Дальнейшая тактика.

Ответы:

3. Рак желудка
4. Направить к врачу-онкологу. Паллиативная помощь.

Задача № 10

Больной 25 лет, студент, вскоре после противогриппозной вакцинации отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – $2,0 \times 10^9$ /л, цветной показатель – 0,9 г, ретикулоциты – 40, тромбоциты – 215×10^9 /л, лейкоциты – $15,0 \times 10^9$ /л, в формуле палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 78%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ – 17 мм/ч. Общий билирубин – 60 мкмоль/л, прямой – 10 мкмоль/л, непрямой – 50 мкмоль/л, сывороточное железо – 20 мкмоль/л. Общий анализ мочи: белок – 0,002%, реакция на гемосидерии в моче – отрицательная. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2000/1 мл, эритроциты – 1000/1 мл. Проба Кумбса +++ . Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга, эритрокарициты – 57%, соотношение лейкоциты/эритроциты – 1/1.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Каков предположительный механизм вызванной анемии?

Ответы

1. Предварительный диагноз: гемолитическая анемия.
2. Аутоиммунная или гетероиммунная, связанная с появлением в организме больного антител к эритроцитам, что доказывается положительной пробой Кумбса.

Практическое занятие № 25

Тема: Лейкозы, лечение

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы лейкозов, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Лейкозы. Этиология. Классификация.

Острые лейкозы. Клинические синдромы. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Хронические лейкозы. Клинические синдромы. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Осложнения лейкозов.

Принципы лечения. Группы лекарственных препаратов для лечения лейкозов.

Показания для пересадки костного мозга.

Задача 1

Больной 20 лет. Жалобы на резкую слабость, одышку при ходьбе, ноющие боли в суставах, боль в горле при глотании, носовые кровотечения, повышение температуры до 38°C. Анамнез: болен 2 месяца. Лечился у оториноларинголога по поводу лакунарной ангины, обследовался у ревматолога с подозрением на ревматизм.

Объективно: состояние средней тяжести. Питание снижено. Кожные покровы бледные. Единичные кровоизлияния мелкоточечные на туловище, на слизистой щек, языке. Кровоизлияния «гематомного» типа в местах инъекций и наложения жгута. Лимфоузлы мелкие, плотные, подвижные, подчелюстные, шейные от 0,5 до 1 см в диаметре. В легких изменений не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на всех точках. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезнен. Печень не пальпируется. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, край мягкий.

Анализ крови: Нв – 54 г/л, эр. $2,7 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3,8 \cdot 10^9$ /л, ю-4, п-4, с-40, л-20, м-4, бласты – 28%. Тромбоциты $49 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 40 мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. План обследования больного.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Тактика ведения больного.

Ответы:

1. О. миелобластный лейкоз.
2. КМ пункция – миелограмма, бластов > 5%, цитохимическое исследование, иммунофенотипирование бластов, миелопероксидаза крови и костного мозга, посевы из носоглотки, коагулограмма, т. к. мелкоточечные кровоизлияния. Исследование ликвора, РГ грудной клетки. УЗИ печени, селезенки, б/х крови
3. С хроническим и другими лейкозами. (увеличение л/у при о., нет увеличения селезенки, относительно невысокий лейкоцитоз), ВИЧ инфекция.
4. Антибактериальная – АБ широкого спектра, лечение анемии – переливание Эр массы, купирование геморрагического синдрома – СМЖ, концентрат ТЦ Цитостатики по схеме + переливание крови.

Задача 2

Больной 62 лет, жалобы на слабость, потливость, повышение Т тела до 37,5 °С, увеличение шейных л/у, одышка в покое. Болен около года, состояние прогрессивно ухудшается.

Объективно: сост. средней тяжести, кожные покровы несколько бледны. Пальпируются мягкой консистенции шейные, подмышечные, паховые л/у размером до 2-5 см, б/б, не спаяны. В легких справа с VI ребра по лопаточной линии определяется тупость, дыхание ослаблено. ЧДД 24 в минуту. Границы относительной тупости сердца: левая - на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм прав., короткий сист. шум на верх., акцент II тона над лег. артерией. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край средней плотности, безболезнен. Селезенка на 3 см выступает из-под края реберной дуги, средней плотности, безболезненна.

Анализ крови: Нв – 96 г/л, эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $38 \cdot 10^9$ /л, э-2, п-2, с-4, я-90, м-2, СОЭ – 38 мм/час. Тромбоциты – $150 \cdot 10^9$ /л.

Задания:

1. Поставьте предв. диагноз.

2. Составьте план обследования.
3. Назовите этиологию и патогенез.
4. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Хр. Лимфолейкоз II стадии (I лимфоаденопатия, II спленомегалия, III аутоиммунная гемолитическая анемия, IV ТЦ пения)
2. ОАК – тени Боткина-Гумпрехта, ретикулоцитоз, тромбоцитопения, б/х крови – непрямая гипербилирубинемия, повышение ЛДГ, пункция КМ, цитогенетический анализ опухолевых клеток, прямая проба Кумбса +, при этом выявляют антиэритроцитарные Ig G, PГ грудной келтки, УЗИ брюшной полости.
3. Опухоль из CD5+ серопозитивных В клеток наследственного характера. 2 варианта. Клетки из Т независимого пути дифференцировки и клетки т зависимого пути дифференцировки (Т-память). Патогенез – трисомия 12 хромосомы или структурные нарушения в 11, 13, 14, 6 хромосомах.
4. Алкилирующие средства (хлорамбуцил в сочетании с ГК), флударабин (аналог пурина). Моноклональные антитела (маптера), спленэктомия, и тотальное облучение всего организма в малых дозах.

Задача 3

Больной 52 лет. Жалобы на слабость, боли в поясничном отделе позвоночника, периодические носовые кровотечения. Болен около 8 месяцев. Постепенно нарастала слабость, беспокоили боли в поясничном отделе позвоночника. Лечился у невропатолога по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, но без эффекта.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. В легких перкуторно - легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Пальпация поясничного отдела позвоночника (L 2 и L 3 – резкая болезненность). Отеков нет.

Анализ крови: Нв – 108 г/л, эритроциты – 2,78.10¹²/л, лейкоциты 4,7.10⁹/л, э-2, п-5, с-73, л-15, м-5. СОЭ – 60 мм/час. Анализ мочи: уд.вес – 1013, белок – 0,66 г/л, лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. – 3-4 в п/зр. Белок Бенс-Джонса – отр.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Миеломная болезнь.
2. Рентген позвоночника, черепа (определить стадию), белки крови, КМ пункция (плазмоциты), ОАК – анемия, лейкопения, сильное ускорение СОЭ, ОАМ – белок Бенс-Джонса, б/х крови – повышение общего белка, гипергаммаглобулинемия, повышение кальция, иммунохимическое исследование – обнаружение патологического парапротеина Ig G, коагулограмма.
3. Остеохондроз, опухоли неуточнённой локализации,
4. Химиотерапия – мелфолан, циклофосфамид, преднизолон. Альфа интерферон во время ремиссии, плазмаферез, анаболики, алло или аутотрансплантация КМ

Задача №4

Больная О., 32 лет, поступила с жалобами на боли в левом подреберье, общую резкую слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза установлено: около двух лет назад при обследовании в крови был выявлен нейтрофильный лейкоцитоз без клинической симптоматики. От дальнейшего обследования отказалась. Ухудшение состояния около месяца назад, когда стала нарастать общая слабость и утомляемость при обычной физической нагрузке. Около недели стали беспокоить боли в левом подреберье.

Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые чистые, розовые. Периферические лимфоузлы доступны пальпации, не увеличены, б/болезненны, подвижны. Со стороны органов дыхания и сердечно сосудистой системы на момент осмотра патологических изменений не выявлено. При пальпации органов брюшной полости определяется болезненность в левом подреберье в области увеличенной селезёнки, выступающей из-под рёберной дуги на 5 см., здесь же определяется локально симптом раздражения брюшины. Пальпация для остальных отделов брюшной полости на момент осмотра б/болезненна.

Размеры печени по Курлову 8х9х10 см. Физические отправления без особенностей.

Вопросы.

1. Выделите основные синдромы в клинике заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите синдромосходные заболевания.
4. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза. Их результат.
5. Назовите и охарактеризуйте основные синдромы заболевания.
6. Морфологические изменения в исследованиях, верифицирующих диагноз.
7. Механизм изменения биохимических параметров.
8. Объясните изменения в селезёнке.
9. Имеются ли показания для оперативного лечения у данной больной. Хирургическая тактика в данном случае.
10. Этиофакторы развития данной группы заболевания. Их гигиеническая и социальная значимость.
11. Назначте лечение. Фармакокинетика назначенных препаратов.

Ответы

1. Спленомегалия, болевой, интоксикационный.
2. Больше данных за хронический миелолейкоз - нейтрофильный лейкоцитоз, спленомегалия, давность заболевания 2 года.
3. Хр. миелолейкоз: сублейкемический миелоз. Тромбофлебическая селезёнка.
4. ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом до юных форм, возможно до бластов.

Стернальная пункция: инфильтрация незрелыми гранулоцитами.

Трепанобиопсия - гиперплазия красного костного мозга, лейко: эритро -10:1-20:1.

Биохимия - повышение уровня гистамина, В12 связывающей способности сыворотки, и вит. В12, отсутствие щелочной фосфатазы в зрелых нейтрофилах.

Цитогенетика - Ph - хромосома.

5. Пролiferативный - увеличение селезёнки, печени, очаги вне костномозгового кроветворения. Интоксикационный - слабость, потливость, быстрая утомляемость. В терминальную стадию присоединяются геморрагический, анемический.
6. Стернальный пунктат и трепанобиопсия - инфильтрация К.М. незрелыми гранулоцитами. Ph-хромосома в гранулоцитах.

7. Повышение уровня базофилов, эозинофилов - повышение уровня гистамина. Клетки гранулоцитарного ряда секретируют трансболамин-1 - повышение уровня вит. В12 связывающей способности сыворотки.
 8. Вследствие нарушения микроциркуляции в селезёнке развился инфаркт, её, и, как следствие этого, - переспленит.
 9. Хирургия. Спленэктомия на настоящий момент не используется т.к. продолжительность жизни не увеличивается, высокая вероятность послеоперационных осложнений.
 10. Гигиена и социальная гигиена.
 11. Гидроксимочевина - оптимально. Доза от уровня лейкоцитоза в крови. Тормозит синтез ДНК за счёт снижения активности РНК-редуктазы.
- Осложнения - индуцированная миелосупрессия.
Мукозиты, изменение ногтей.
Бусульфан (миелосон) - алкилирует ДНК дозозависимая лейко-тромбо анемия. Интерстиционный легочный фиброз. Катаракта.
Гиперпигментация кожи.

Задача №5

Больной Р., 30 лет, поступил с жалобами на боли в костях, преимущественно в нижних конечностях, лихорадку с ознобами, высыпания геморрагического характера на нижних конечностях, общую резкую слабость, быструю утомляемость, повышенную потливость. * Больным себя считает около двух месяцев, в течение которых появилась вышеописанная симптоматика и состояние прогрессивно ухудшалось. В последние сутки отмечает изменение цвета кала на чёрный.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На нижних конечностях в области стоп и до с/3 голени мелкоточечные геморрагии склонные к слиянию, не возвышающиеся над поверхностью кожи, не исчезающие при надавливании. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, увеличены в подчелюстных, надключичных и подмышечных областях, подвижны, б/болезненны, мягко-эластичной, консистенции, кожа над ними не изменена. Дыхание везикулярное, хрипов не ... выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке.

Полость рта - единичные кровоизлияния в слизистую, дёсны разрыхлены, кровоточивость, миндалины не изменены.

Печень: край закруглён, безболезненный, ровный, размеры по Курлову 8x9x10 см. Селезёнка не пальпируется, область её б/болезненна. Дизурии нет. При ректальном осмотре - на перчатке чёрные каловые массы.

Задания:

1. Выделите основные синдромы в клинике заболевания и назовите синдромосходные заболевания.
2. Предварительный диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза их результат.
4. Назовите и охарактеризуйте основные синдромы заболевания.
5. Объясните механизм геморрагического синдрома.
6. Роль свёртывающей и антисвёртывающей системы в поддержании гемостаза.
7. Морфологические изменения в исследованиях, верифицирующих диагноз.
8. Имеются ли показания к оперативному лечению у данного больного. Если да, то какие. Хирургическая тактика в данном случае.
9. Факторы риска их социальные и гигиенические аспекты.
10. Назначьте лечение больному. Какова фармакокинетика назначенных препаратов.

Ответы :

1. Интоксикационный. Лимфопролиферативный. Геморрагический и анемический. Данные синдромы характерны для гемобластозов, а именно для острых лейкозов.
 2. ОАК - для ОЛ характерна норма- гиперхромная анемия за счёт угнетения кроветворения в костном мозге, но вследствие геморрагического синдрома она становится гипохромной. Ретикулоцитопения. Тромбоцитопения. М.б. лейкоцитоз или лейкопения, наличие бластов и лейкоэмического провала. При отсутствии бластов на периферии при лимфобластном увеличении числа лимфоцитов, при ... нелимфобластномтрофилемном лейкозе со сдвигом до юных форм. Стерильная пункция: угнетение в той или иной степени ростков кроветворения, наличие бластов > 30%. ОНЛ - > 10% бластов положительная реакция на миелопероксидазу ШИК (PAS) - реакция диффузное расположение глыбок в цитоплазме. ОЛЛ - ШИК (PAS) реакция - клетки в виде ожерелья вокруг ядра. Миелопероксидаза - отр. Более точная диагностика варианта - цитогенетическое исследование или фенотипирование бластов.
 3. О. лейкоз, т.к. лимфопролиферативный синдром не характерен для аплазии кроветворения, м.б. при МДС и тромбоцитопении, но для них не характерна интоксикация.
 4. Интоксикация: температура - 38 - 39°C, снижен аппетит, тахикардия, адинамия, нарастающая слабость, повышенная утомляемость, нарушение сна, эмоциональная лабильность. Лимфопролиферативный - увеличены периферические и висцеральные л/у, печень и селезёнка, очаги внестромозового кроветворения. Геморрагический - кровоизлияние в кожу, слизистые, внутренние органы. Анемический - повышенная утомляемость, слабость, головокружение, снижено АД, тахикардия, систолический шум на верхушке и в т. Боткина.
 5. Патология свёртывающей системы.
 6. Физиология свёртывающей системы.
 7. Стерильная пункция - угнетение нормальных ростков кроветворения увеличение бластов. Трепанобиопсия - обеднена клеточными элементами, уменьшение в объёме красного костного мозга.
 8. Хирургия ЖК ... Кровотечения.
 9. Гигиена.
 10. ОНЛ - 7+3 - цитозор - ... антимиетоболит, нежелательные явления диспепсия, гепатотоксичен.
- Рубомицин - антрациклин, нарушает синтез РНК и ДНК полимеразы, вызывает образование свободных радикалов, нежелательные эффекты - ... кордикотоксичен, кумуляция - панцитопения, обратимая алоpecia, диспепсия, некроз - при попадании под кожу.
ОЛЛ - Схема ... Хельцера. I фаза - винкристин - митотический яд. периферические нейропатии, энтеропатии, алоpecia. Рубомицин L - аспарагиназа - антиферментный препарат, приводит к истощению L -аспарагина и торможению синтеза белка. Осложнение аллергические реакции, крапивница, гипотония, лихорадка, отёк гортани, бронхоспазм. Диспепсия (тошнота и рвота), угнетение фибриногена - нарушение свёртываемости. Гепатотоксичность, сонливость и депрессия, психозы.
Преднизолон - угнетает пролиферацию лимфоидной ткани и повышает чувствительность бластов к цитостатикам. Осложнения: Кушингоид, нарушение водно-солевого обмена, жирового обмена, стероидный диабет, гастропатия, остеопороз, гнойничковые осложнения.

Практическое занятие № 26

Тема: Геморрагический васкулит, лечение

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы геморрагического васкулита, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объём

лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Геморрагический васкулит. Этиология.

Клиника. Формы заболевания (кожная, суставная, абдоминальная, почечная). Течение.

Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Осложнения геморрагического васкулита

Принципы лечения. Показания к госпитализации.

Задание.

Задача №1.

У больного 56 лет с острым трансмуральным инфарктом миокарда появились признаки желудочно-кишечного кровотечения. С момента госпитализации получал гепарин по 2,5 тыс. ЕД 4 раза в день под кожу живота. При гастроскопии выявлены острые эрозии желудка.

Задание:

Какая патология, вероятнее всего, лежит в основе нарушения гемостаза?

А. Передозировка гепарина

Б. Наследственный дефицит антитромбина III

В. Активация фибринолиза

Г. ДВС-синдром

Д. Острая тромбоцитопения

Ответ: Г- ДВС-синдром

Задача №2

У 32-летней больной имеется геморрагический синдром в виде редких носовых кровотечений, легко образуются синяки. В анамнезе 4 беременности, закончившиеся самопроизвольными выкидышами, внутриутробной гибелью плода. На коже ног отмечается сетчатое ливедо. В крови тромбоцитов $120 \times 10^9/\text{л}$, МНО 1,3, фибриноген 2,0 г/л.

Задание:

Каков возможный механизм нарушения гемостаза в данном случае?

А. Антифосфолипидный синдром.

Б. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.

В. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура.

Г. Тромбоцитопатия.

Д. Хронический ДВС-синдром.

Ответ: А- ДВС-синдром

Задача №3

У 39 летнего больного с постнекротическим циррозом печени после алкогольного эксцесса отмечается неостанавливающееся кровотечение из лунки удаленного зуба. Доставлен в стационар, в произведенном срочно исследовании крови тромбоцитов $180 \times 10^9/\text{л}$, МНО 1,3, фибриноген 3,5 г/л.

Задание:

Какова вероятная причина развития кровоточивости?

А. Тромбоцитопения. Б. Тромбоцитопатия.

В. Дефицит К-зависимых факторов свертывания крови.

Ответ: В- Дефицит К-зависимых факторов свертывания крови

Задача №4.

У женщины, страдавшей в период беременности нефропатией, в родах отмечено появление кровотечения. Проведено ручное обследование полости матки, введен хлористый кальций, викасол; с целью восполнения кровопотери произведена гемотрансфузия в объеме 1500мл. За сутки состояние ухудшилось, продолжалось кровотечение из родовых путей, появилась температура до $38,5^\circ$, диурез уменьшился до 500 мл за сутки.

Задание:

Каковы диагностические и лечебные ошибки были допущены в данном случае?

А. Не дана правильная интерпретация геморрагическому синдрому как проявлению ДВС

Б. Не проведено элементарного лабораторного обследования для подтверждения диагноза ДВС.

В. Гемотрансфузия не должна была производиться, так как она является фактором, стимулирующим развитие ДВС.

Г. Ручное обследование полости матки, назначение хлористого кальция и викасола являются необоснованными с точки зрения терапии ДВС. Д. Все перечисленные моменты являлись ошибкой.

Ответ: Д- Все перечисленные моменты являлись ошибкой

Задача №5

Больной 35 лет, поступил в хирургическое отделение с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. Кроме присутствия в каловых массах темной крови,

отмечается суставной синдром в виде болей в коленных и тазобедренных суставах,

высокая до 38° температура. Больному в течение суток проводилась гемостатическая терапия, признаки кишечного кровотечения прекратились, однако появилась четко ограниченная сыпь на туловище. При динамическом наблюдении

выявлено уменьшение суточного диуреза до 200 мл при значительной дезинтоксикационной терапии и приеме жидкости внутрь.

Задание:

А. Какое биохимическое исследование необходимо обязательно провести?

Б. Какая патология может дать подобную клиническую картину?

Ответы: креатинин крови; геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

Ответ:

А-креатинин крови;

Б-вирусная геморрагическая лихорадка

Задача №6.

Больной 36 лет, перенес ОРВИ. По совету родственников, уже после выздоровления стал принимать БАД. Через день появились боли в суставах, боли в животе, боли в пояснице. Состояние прогрессивно ухудшалось, повысилась до 38 градусов температура тела. Боли в суставах усилились, на третий день к вечеру появился кожный зуд. Утром на теле (на нижних конечностях и туловище) обнаружил мелкоточечную сыпь. Проконсультирован инфекционистом и госпитализирован в терапевтическое отделение. Состояние продолжало ухудшаться, элементы сыпи стали сливаться с образованием корочек. Больному проводилась дезинтоксикационная терапия, назначен преднизолон 80 мг внутрь. После проведенной гастродуоденоскопии назначен гепарин. Улучшение состояния отмечается через три недели с полным исчезновением всех симптомов, но сохранением остаточной пигментации бурого цвета. Выписан на амбулаторное долечивание.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз:

- А. болезнь Верльгофа
- Б. болезнь Шенлейна-Геноха
- В. Гемофилия
- Г. Лекарственная аллергия

2. Был ли высокий риск развития желудочно-кишечного кровотечения:

- А. Да
- Б. Нет

3. Какой гепарин и в какой дозе предпочтительно назначить:

- А. Нефракционированный в лечебной дозе
- Б. Низкомолекулярный профилактической дозе
- В. Низкомолекулярный в лечебной дозе

Ответ: 1 – Б- болезнь Верльгофа;

2- А- Да;

3- В- Низкомолекулярный в лечебной дозе.

Задача №7

Больной 68 лет радикально прооперирован по поводу рака сигмовидной кишки с наложением анастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной получал нефракционированный гепарин по 10 тысяч единиц в сутки подкожно для профилактики тромбоэмболических осложнений. На пятый день после операционного лечения отмечается ухудшение состояния с развитием болей в грудной клетке, одышки. На ЭКГ - данных за острую коронарную патологию нет, отмечаются признаки перегрузки правого желудочка сердца. Больному проводится обезболивающая терапия. Несмотря на некоторое улучшение состояния больной скончался на восьмой день после операции. При вскрытии тромбоз в ветвях легочной артерии не найден. В забрюшинной жировой клетчатке обнаружены две гематомы округлой формы примерно 3 см в диаметре.

Задание:

Какое осложнение послеоперационного периода более вероятно?

- А. ДВС-синдром
- Б. Кровотечение из-за несостоятельности швов.

Нефракционированный гепарин для профилактики тромбоэмболических осложнений назначается в дозе;

- А. 10 тыс. ед. подкожно
- Б. 5 тыс. ед. подкожно
- В. 15 тыс. ед. подкожно

Г. Не назначается вообще.

Ответ: Не назначается вообще.

Задача №8

Больная 45 лет прооперирована десять лет назад по поводу ревматического порока сердца с протезированием митрального клапана. После хирургического лечения было рекомендовано пожизненное применение фенилина. Последние два года больная переведена на варфарин. Последние два дня стала отмечать повышенную кровоточивость из десен. Утром появился черный стул. Доставлена скорой помощью с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. После проведенной гастродуоденоскопии выявлена острая кровоточащая язва в теле желудка и принято решение о проведении хирургического вмешательства. Вызван дежурный терапевт на консультацию.

Задание:

- А. Оперативное лечение должно проводиться только по жизненным показаниям?
- Б. Возможна ли нормализация МНО в первые 24 часа наблюдения в хирургическом отделении ?

Ответ:

А - да; Б - нет

Задача 9.

Пациентка Р., 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на петехиальные высыпания и синячки на коже нижних конечностей, передней поверхности туловища, возникающие спонтанно или из-за малейшей травматизации, меноррагию, носовые кровотечения.

Из истории болезни известно, что в течение последнего месяца трижды были спонтанные кровотечения из носа и синячки на коже после незначительных ушибов. 3 дня назад после экстракции зуба сразу же началось кровотечение, которое удалось купировать только через 12 ч. В связи с этим событием больная решила обследоваться в стационаре.

Из истории жизни известно, что в детстве болела корью, ОРВИ, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, на коже нижних конечностей и передней поверхности туловища петехиальные высыпания, не выступающие над поверхностью кожи, безболезненные при надавливании, и небольшое количество синячков неправильной формы. В других органах и системах патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, лейкоциты - 6,5x10⁹/л, эритроциты - 4,5x10¹²/л, тромбоциты - 50x10⁹/л. Биохимический анализ крови без патологии. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - 4,5 мин.

Задание:

- 1. Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2. Определите тип кровоточивости у данной больной.
- 3. Составьте последовательный план лечения этой пациентки.

Ответ: 1. У пациентки, вероятно, тромбоцитопеническая пурпура (отсутствие отягощенной наследственности, проявлений болезни в детском возрасте, отсутствие увеличения печени и селезенки, снижение количества тромбоцитов до 50x10⁹/л). 2. Петехиально-пятнистый тип кровоточивости. 3. Показано лечение кортикостероидами. Если в течение 3-4 мес. лечение кортикостероидами будет неэффективно, показана спленэктомия, а при неэффективности последней показано назначение сочетания цитостатиков и кортикостероидов.

Задача 10.

Больная С., 25 лет. В течение четырех дней беспокоят кашель с мокротой, насморк, температура до 38,2. Принимала парацетамол. На пятый день появились кровоизлияния на коже груди, конечностях, были повторные носовые кровотечения. Объективно: множественные петехиальные подкожные кровоизлияния. Положительный симптом щипка и жгута, в остальном без особенностей. В ОАК: Нб - 115 г/л, лейкоциты - 6,6x10⁹/л, тромбоциты - 80x10⁹/л.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие ожидаются изменения в показателях свертывающей системы крови?
3. Лечебная тактика.

Ответ: 1. Тромбоцитопеническая пурпура, возможно в связи с приемом парацетамола. 2. Удлинение времени кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка. 3. Кортикостероиды (преднизолон), иммунодепрессанты.

Задача 11.

Больной К., 20 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 38,8 °С, геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность коленных и голеностопных суставов, болезненность при движении. Из истории заболевания известно, что 3 нед. назад заболел ОРВИ, лечился самостоятельно доксициклином и аспирином. На фоне приема лекарственных препаратов появилась мелкопятнистая сыпь на коже голеней, отечность коленных суставов, болезненность в них при движении. Вызванный из поликлиники врач-терапевт распенила симптомы как аллергическую реакцию на лекарственную терапию. Больному было рекомендовано прекратить прием противовоспалительных средств. Назначены антигистаминные препараты. Через 2-3 дня исчезли высыпания и отечность суставов, прекратилась артралгия. Неделю назад в связи с ринитом и субфебрильной температурой (37,2 °С) пациент самостоятельно возобновил прием аспирина. Однако состояние ухудшилось: повысилась температура тела до 38,8 °С, появились геморрагические высыпания на нижних конечностях, бедрах, ягодицах, отеки и болезненность в коленных и голеностопных суставах при движении, усилились головная боль, слабость. Через 2 дня после госпитализации внезапно появились схваткообразные боли в животе, тошнота, повторная рвота и диарея с кровью.

Объективно: состояние больного тяжелое, температура тела - 38 °С. Кожные покровы бледные, сухие. На коже разгибательных поверхностей стоп, голеней, бедер геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны. Острая схваткообразная боль в животе каждые 5-7 мин, во время которой больной мечется и стонет. В легких дыхание везикулярное, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, тахикардия - 100 в минуту, ритм правильный, АД - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при поверхностной пальпации болезненный, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Стул до 15 раз в сутки с примесью крови, почти без каловых масс; повторная рвота цвета «кофейной гущи».

Клинический анализ крови: Нб - 90 г/л, лейкоциты - 12,6x10⁹/л, палочкоядерные лейкоциты - 12 %, СОЭ - 34 мм/ч, тромбоциты - 180x10⁹/л. Клинический анализ мочи: относительная плотность - 1015, белок - 0,33 мг/л, эритроциты - 0-1 в поле зрения. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - норма.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Определите тип кровоточивости у данного больного.
3. Какие провоцирующие факторы могли быть у больного.
4. Назначение какой группы препаратов показано в данной ситуации.

Ответ: 1. Геморрагический васкулит (пурпура Шенляйна-Геноха) с поражением кожи (пурпура), суставов (артрит коленных и голеностопных суставов), ЖКТ (ишемический энтерит, осложненный желудочно-кишечным кровотечением). 2. Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости. 3. В анамнезе ОРВИ, прием антибиотиков и аспирина. 4. Абдоминальный синдром - основное показание для назначения кортикостероидов (преднизолон).

Задача 12.

Пациент К., 16 лет предъявляет жалобы на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах, а также появление обширных экхимозов после незначительных травм. Подобные жалобы есть и у родного брата. Объективно: температура 36,80С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

При лабораторном обследовании обнаружено удлинение времени свертывания крови до 30 минут, время кровотечения по Дьюку, протромбиновое время, количество тромбоцитов, содержание протромбина, фибриногена и антипротромбина III в пределах нормы.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите наиболее частые осложнения данного заболевания.
3. Определите лечебную тактику.

Ответ: 1. Гемофилия (на основе жалоб, объективного статуса, лабораторных исследований - удлинения времени свертывания крови при отсутствии других изменений). 2. Гемартрозы приводящие к инвалидизации, анемии, кровотечения. 3. Заместительная терапия препаратами фактора VIII, IX, XI в зависимости от типа гемофилии. В urgentных ситуациях при развитии кровотечения - внутривенное введение эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, ингибиторов фибринолиза (аминокапроновая кислота).

Задача 13.

Больная Д., 20 лет, поступила в клинику с профузным кровотечением из раны после удаления зуба, произведенного 5 часов назад. В анамнезе - частые носовые кровотечения, длительно не останавливающиеся кровотечения при поверхностных повреждениях кожных покровов, меноррагии.

Объективно: кожные покровы бледные, на ногах - петехиальные высыпания. ЧСС - 120 в мин; АД - 100/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабораторного исследования: Нб - 80 г/л, эритроциты - 3,6x10¹²/л; цветовой показатель 0,62; тромбоциты - 40x10⁹/л. Многие тромбоциты имеют атипичную форму (грушевидную, хвостатую), срок их жизни сокращен до нескольких часов. Время свертывания крови - 8 мин, длительность кровотечения (проба Дьюка) - 15 мин, симптом жгута (+), ретракция кровяного сгустка резко замедлена. В крови повышен титр IgG.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Каковы причины данного заболевания?
2. Укажите тип кровоточивости.

Ответ: 1. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). В детском возрасте развивается при вирусных инфекциях, повреждающих Т-лимфоцитарную систему и при аутоиммунных заболеваниях, у взрослых преимущественно на фоне приема некоторых лекарственных препаратов. В результате дефектов в иммунной системе или изменения антигенных свойств тромбоцитов образуются

цитолитические аутоантитела типа G против мембранных гликопротеидных рецепторов собственных тромбоцитов, которые адсорбируются на их поверхности и разрушают кровяные пластинки, обуславливая тромбоцитопению. 2. Петехиально-синячковый тип кровоточивости, вызванный повышенной проницаемостью и ломкостью капилляров.

Задача 14.

Больной В., 30 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в суставах, мелкоточечные высыпания по всему телу, повышение температуры тела до 38°C. Заболел 2 недели назад после ангины, по поводу которой не лечился и продолжал работать.

Объективно: голени и коленные суставы припухшие. На коже туловища, рук, ног мелкоточечные геморрагические высыпания, симметричные, несколько приподнимающиеся над поверхностью. В анализе крови СОЭ 40 мм/ч, в остальном без патологии. В общем анализе мочи – белок 1,15 г/л, множество эритроцитов.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ответ: 1. Геморрагический васкулит, кожно-суставно-почечная форма. 2. Кортикостероиды, дезагреганты, иммунодепрессанты, гепарины и свежемороженая плазма.

Задача 15.

Больной В., 25 лет, поступил в клинику с жалобами на головокружение, шум в ушах, жидкий дегтеобразный стул, боли в коленных суставах и припухлость в них. Болен с детства: периодически бывают носовые кровотечения, гематурия, боли в коленных и локтевых суставах.

Родители клинически здоровы. Объективно: кожа и видимые слизисты бледные. Коленные суставы увеличены в объеме, левый заметно напряжен. Систолический шум над всеми точками аускультации сердца.

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.

Ответ: 1. Гемофилия. Гемартроз левого коленного сустава. Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия. 2. ОАК, ВСК, коагулограмма, определение уровня VIII, IX, XI факторов, ЭГДС.

Практическое занятие № 27

Тема: Пиелонефрит, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы пиелонефрита, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Пиелонефрит. Определение. Этиология. Классификация.

Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Осложнения пиелонефритов.

Лечение. Выбор антибактериальных препаратов. Длительность лечения. Профилактика обострений.

Задание.

Задача № 1

Больная 47 лет доставлена бригадой «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, частое и болезненное мочеиспускание, тупые, ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, периодическое познабливание. 20 лет назад, на сроке 30-36 недель беременности, наблюдались изменения в моче, исчезнувшие после родов. Около 12 лет назад выявлено повышение АД до 180/100 – 200/120 мм рт. ст.

При осмотре больной патологических изменений не обнаружено. При перкуссии – расширение левой границы относительной тупости сердца кнаружи на 1 см. АД - 190/120 мм рт. ст. Положительный симптом Пастернацкого справа.

Общий анализ мочи: количество – 150,0; плотность – 1007, белок – 0,099 г/л, эпителий – большое количество, лейкоциты – 40-60 в п/зр, эритроциты – 3-4 в п/зр, цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/зр.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.
3. Сформулируйте предв. диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Гипертензия. Лихорадка. Почечный, мочевои. Воспалительный, лейкоцитурия.
2. По мочевои – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия. По АД- диабетическая нефропатия, поражение почек при ГБ.. Цистит
3. Обострение хр. пиелонефрита.
4. УЗИ почек, проба Зимницкого, пробы Роберга-Тареева ОАМ, по Земницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови – снижение белка, проба Реберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии., Исследование глазного дна, биопсия почек. РГ
5. Диета. Уроантисептики.

Задача № 2

Больной 49 лет, инженер. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы. Выяснено, что около 3-х месяцев назад стал отмечать отечность лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после перенесенного ОРВИ, появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке. Десять лет назад – открытый перелом бедра слева, неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре. Объективно: общее состояние средней тяжести, адинамичен, кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на 3 см короче правой, в средней трети бедра – послеоперационные рубцы. Отмечается притупление легочного звука в задне-нижних отделах легких с уровня VII ребра с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в области притупления – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст., пульс – 82 уд. в мин. Язык обложен белым

налетом. Живот мягкий безболезненный, несколько увеличен в размерах. Определяется притупление в отлогих местах с обеих сторон от срединной линии.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$; Нв - 100 г/л, цв. показ. - 0,95; лейкоциты - $5,0 \times 10^9$, э-1, п-4, с-61, л-29, м-5, СОЭ-60 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0; цвет - светло-желтый, реакция - кислая; плотность - 1020, сахар - нет, белок - 5,3 г/л, эпителиальные клетки - 2-3 в п/зрения, эритроциты - 0, гиалиновые цилиндры 3-4 в п/зрения.

Креатин крови - 88 мкмоль/л (N 40-150), мочевины - 6,8 (3-7) мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Отечный, анемический, воспалительный, мочевого (нефротический).
2. По мочевому - ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия.
3. Амилоидоз вторичный.
4. Биопсия слизистой прямой кишки, электрофорез и иммуноэлектрофорез сыворотки крови и мочи для выявления миеломной болезни. ОАМ, по Земницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови - снижение белка, проба Реберга-Тареева - снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии. Исследование глазного дна, УЗИ почек.
5. Постельный режим, исключить или ограничить соль, ограничить воду, белок. Диета. Лечение фонового заболевания. Ограничение синтеза предшественника амилоида: колхицин, аминохинолины (хлорохин по 0,25-0,5 г в сут на ранних стадиях, диметилсульфоксид 1% - 10 мл 3 р в сут), лечение ХПН: гемодиализ, лучше перитонеальный, трансплантация почек, трансплантация печени - устаревания места синтеза предшественника амилоида - транстретина, спленэктомия при развитии геморрагического синдрома.

Задача № 3

Больной 35 лет. Жалобы на общую слабость, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, постоянные ноющие боли в поясничной области, появление отеков на лице по утрам. Болен в течение 1-1,5 лет, четких сроков начала заболевания указать не может.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы бледные. Отеки на лице, на нижних конечностях отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук, границы легких в пределах нормы, дыхание везикулярное. ЧДД - 15 в мин. Прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, ригидный разлитой. Граница относительной сердечной тупости: левая совпадает с верхушечным толчком, правая - у правого края грудины, верхняя - край 3 ребра. Сердечный ритм правильный, на верхушке короткий систолический шум, акцент II тона во II межреберье справа. ЧСС - 76 уд. в мин., АД - 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная, плотность - 1010, белок - 0,4 г/л, лейкоциты - 4-5 в п/зр, эритроциты - 25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры 8-12 в п/зр. Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}$; Нв - 127 г/л, цв. показ. - 0,9; лейкоциты - $8,9 \times 10^9$, э-3, п-7, с-39, л-41, м-10, СОЭ-28 мм/час.

Креатин крови - 86 мкмоль/л, мочевины - 6,6 мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите основные синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом выявленных синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Гипертонический, почечный, отечный, мочевого.
2. По мочевому - ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия. По АД - диабетическая нефропатия, поражение почек при ГБ.
3. Хр.гломерулонефрит, гипертоническая форма
4. УЗИ почек, проба Зимницкого, пробы Реберга-Тареева ОАМ, по Земницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови - снижение белка, проба Реберга-Тареева - снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии. Исследование глазного дна, биопсия почек.
5. Диета малобелковая. Поваренную соль ограничить до 6-8 гр в сутки. Белок 1г/кг веса в сутки. Ограничительный режим: избегать переохлаждения, ОРЗ. Иммуносупрессивная терапия. Преднизолон 60 мг в сутки - 3-6 месяцев. Гепарин 10 тыс 4р/день. Курантил 400-600 мг в сутки. Цитостатики (имуран или циклофосфамид) Антигипертензивная терапия. Диуретики.

Задача № 4

Больной С 62 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на выраженные отеки ног, головные боли при повышении АД максимально до 190/110 мм рт ст., общую слабость.

Из анамнеза стало известно, что АД повышается около 15 лет, но пациент по этому поводу не обследовался, гипотензивные не получал.

Отеки появились 3 месяца назад. Обратился по месту жительства, получал фуросемид, знам, эгилек без особого эффекта. Направлен к нефрологу ООКБ.

При поступлении состояние тяжелое. Бледный. Кожные покровы чистые, суховаты на ощупь. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца ритмичны, глухие. ЧСС 90 в мин. АД 180/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, определяется жидкость. Симптом Пастернацкого положит с обеих сторон. Отеки стоп, голеней, бедер, нижней части живота.

Обследование:

ОАК: Нв - 72 г/л, ЦП 0,88, эритроциты - $2,85 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $13,4 \cdot 8,7 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 258×10^9 /л, СОЭ-28-61 мм/ч, п/я-1% с/я-74%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, эоз-1%.

БАК: сахар крови-4.51, ммоль/л; мочевины 24 ммоль/л; креатинин - 519 мкмоль/л, общ.белок - 42 г/л; РМП на сифилис, гепатиты отрицат, билирубин общ-8.3 мкмоль/л, холестерин 6,4 ммоль/л. Ревмат. ф-р-отр, С реакт белок-отр., АЛАТ-6, АСАТ-14, гаммаТ-16.1, АБР-68.8, АФП-6.8, СА19.9-Оед\мл, СА-15.3-8.7ЕД/МЛ. онкомаркеры в норме.

РМП на сиф отр. Протромбиновое время-13.1, протром. индекс-104, фибриноген-5.6, LE клетки не обнар. ПСА-0.7 НГ/мл, Аутоантител к денатуриров ss днк в крови положит, аутоантитела к денатуриров ds днк ig Остриц, прямая проба Кумбса отриц. Ревм фактор 3,5 норма, антитела к модифицированному цитруллинированному виментину не обнаружены. ОАМ : уд.вес-1006, белок-4,2, эпителий поч-0-1 лейкоциты 30-40 в п/зр, эритроциты нет в п/зр., цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/зр, зер-0-1в п/зр Исследование стерильного пунктата: костный мозг содержит повышенное количество ядерных элементов, неравномерно распределённых по препарату. Бласти 1% ядерного сое

тава Зернистый росток составляет 71 % преобладают молодые формы нейтрофилов (ПСИ 1,02) Лимфоциты 13.0 % ядерного состава. Красный росток сужен, сосавляет 13,1% ИСАО, 88. Кроветворение по нормобластическому типу. Мегакариоцитарный росток активно функционирует. Гематолог: В настоящее время данных за заболевание крови нет. Лейкемоидная реакция миелондного типа. Патогистологическое исследование полипа сигм. кишки: кусочки железистого полипа толстой кишки. Окраска на амилоид отрицательная. Посев мочи: Рост бакфлоры не обнаружен. УЗИ почек : правая 119 х 62 х 22-23 мм, левая 124 х 60 х 22-23 мм, контуры неровные положение типичное, паренхима выражено неоднородна, синусы расширены, пирамидки набухшие. Узи внутренних органов: признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы, признаки гепатомелии, признаки реактивных изменений стенок желчного пузыря, двустороннего гидроторакса. Рентгеноскопия легких: Эмфизема легких. Пневмосклероз. Выпот в синусы. Рентгеноскопия пищевода, желудка: Признаки гастрита, бульбита. Рентгеноскопия органов грудной полости: лёгочные поля без добавочных теней. В пределах синусов сохраняется жидкость.аключ: эмфизема лёгких. Пневмосклероз. Выпот в синусы. Рнтгеноскопия желудка, пищевода и 12 п кишки: акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим, контуры его ровные.Ампула формируется, кардия смыкается. Свод и газовый пузырь желудка не изменён. В положении лёжа расположен под куполом диафрагмы. Желудок обычно расположен, содержит слизь и жидкость .Перистальтика обычной глубины, симметричная . Эвакуация своевременная, привратник проходим.Луковица 12п кишки с розовыми контурами. Отмечается с-м воздуха в ловушке: пассаж по 12 п кишке не нарушен.

ЭГДС: без патологии.

УЗИ предстательной железы: Эхографические признаки ДГПЖ небольших размеров, задержки мочи.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 80 в мин., ЭОС горизонтальная, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКС: Склероз аорты. Умеренная concentрическая гипертрофия стенок левого желудочка. Нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка по модели аномальной релаксации. Краниограмма: без патологии. Колоноскопия: полип сигмовидной кишки.

Лор: Без видимой патологии.

Окулист: ангиопатия сетчатки.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответ:

Хронический нефрит, смешанная форма, обострение. Атеросклероз аорты, хронический простатит. Хроническая анемия средней степени тяжести (железодефицитная, эритропоэтинзависимая). ХПН III ст. ХБП 5 ст.

Задача № 5

У больной Л., 37 лет, внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадирующая в бедро: поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анализе мочи свежие эритроциты.

Задание

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

Ответы

1. Почечная колика справа.
2. Для уточнения диагноза целесообразны УЗИ и обзорный снимок мочевых путей, хромоцистоскопия.

Практическое занятие № 28

Тема: Гломерулонефрит, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы гломерулонефрита, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Гломерулонефрит. Этиология. Классификация.

Клинические и морфологические варианты.

Клинические симптомы. Диагностика лабораторная и инструментальная.

Дифференциальная диагностика.

Лечение. Глюкокортикоиды, иммунодепрессанты. Дозы препаратов, схемы лечения.

Задание.

Задача № 1

Больной 28 лет, рабочий, жалоб не предъявляет. Поступил в клинику для обследования в связи с выявленным на проф. осмотре повышением артериального давления. В анамнезе: частые обострения хронического тонзиллита. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/110 мм рт. ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Общий анализ крови: эритроциты 4,2 х 10¹²; Нв – 120 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 6,0 х 10⁹, э-1, п-4, с-64, л-26, м-5, СОЭ-10 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – кислая, цвет – светло-желтый; плотность – 1012, белок – 0,8 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, лейкоциты – 5-6 в п/зрения, эритроциты – 8-10 в п/зрения. Консультация окулиста: ретинопатия. Креатин крови – 283 мкмоль/л, мочевины – 11,4 мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Гипертензивный, мочевого синдром, синдром почечной недостаточности.
2. По мочевому – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия.
3. Хр гломерулонефрит, гипертоническая форма, хпн, консервативная стадия (повышен креатинин)
4. ОАК (лейкоцитоз, СОЭ), б/х (гипопротеинемия), электролиты (гиперкалиемия) крови, ОАМ, по Земницкому – никтурия, гипостенурия, полиурия, снижение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови – снижение белка, проба Реберга-Тареева - снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии. Биопсия почек. Исследование глазного дна, УЗИ почек. Укажите ожидаемые результаты лабораторных и инструментальных обследований. См п 4

5. Режим, избегать ОРЗ, переохлаждения, диета (малобелковая), иммуносупрессивная терапия. Комбинированная терапия (цитостатики, ГК, антиагреганты, гепарин,

антигипертензивная терапия, диуретики).

Задача № 2

Больной 38 лет поступил с жалобами на общую слабость, сонливость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при физической нагрузке, постоянные головные боли и отечность лица. Год назад начали беспокоить головные боли, общая слабость. К врачу не обращался. Последние 2 месяца усилилась общая слабость, появился кожный зуд, одышка, сонливость, тошнота, снижение аппетита, ноющие боли в животе, склонность к поносам.

Объективно: Общее состояние ср.тяжести, сонливость. Положение тела активное. Геморрагические высыпания на голенях. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в V м/р слева на 2,0 см наружи от срединно-ключичной линии, границы отн. сердечной тупости: верхняя – край 3 ребра, правая – правый край грудины, левая совпадает с верх. толчком. Серд. ритм правильный, акцент II тона во 2 межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 210/120 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Печень и селезенка не увеличены. С-м поколачивания «-» с обеих сторон.

ОАК: эр- 3,1х 10¹²; Нв – 94 г/л, цв. показ. – 0,8; Л – 7,4 х 10⁹, э-2, п-9, с-41, л-39, м-9, СОЭ-15 мм/час.

ОАМ: цвет – светло-желтый, сахара нет, белок – 0,1 г/л, плотность 1006, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эритроциты – 5-8 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

Креатинин крови – 915 мкмоль/л, мочевины – 24,2 мкмоль/л.

ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка, метаболические изменения в миокарде.

Задания:

1. Выделите осн. синдромы.
2. Укажите диф-диагн. ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования целесообразно провести больному.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Интоксикационный, гипертонический, отечный, анемический, мочевого, ПН.
2. По мочевоу – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериоурия. По АД- диабетическая нефропатия, поражение почек при ГБ.

Практическое занятие № 29

Тема: Острая и хроническая почечная недостаточность, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы острой и хронической почечной недостаточности, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Почечная недостаточность. Определение. Этиология. Факторы риска.

Классификация. Понятие – хроническая болезнь почек.

Клиника. Диагностика. Расчет скорости клубочковой фильтрации по уровню сывороточного креатинина. Оценка результата.

Дифференциальная диагностика.

Лечение. Лечение с учетом основного заболевания, коррекция электролитных нарушений, кислотно-основного равновесия.

Профилактика осложнений.

Показания к гемодиализу.

Задание.

Задача № 1.

40-летний бизнесмен обратился с жалобами на отеки лица и нижних конечностей, головную боль, слабость. 10 мес назад лечился по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением; проводилось переливание крови. В настоящее время принимает ранитидин в поддерживающей дозе. При осмотре выявлены отеки голеней, периорбитальные отеки. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в минуту. АД

160/100 мм рт.ст. Печень плотноэластической консистенции, пальпируется на 5 см ниже правой реберной дуги. Перкуторные размеры селезенки 7х9см. Общий анализ крови: содержание Нв 122 г/л, лейкоциты 4,4 • 10⁹/л; лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 32 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,018, содержание белка 1,22 г/л, лейкоциты 9—10 в поле зрения, эритроциты 1—2 в поле зрения. Концентрация в крови АЛТ 2,8 ммоль/л, АСТ 2,8 ммоль/л, креатинин 200 мкмоль/л. Тест на HBsAg отрицательный; обнаружены АТ к вирусу гепатита С; АТ к ВИЧ не обнаружены. Выберите заболевание, в рамках которого развилось поражение почек.

Задание:

- а. Гепаторенальный синдром.
- б. Синдром Гудпасчера.
- в. Гломерулонефрит, вызванный вирусом гепатита С.
- г. Системная красная волчанка.
- д. Лекарственная нефропатия, вызванная приёмом ранитидина.

Задача № 2

Женщина 23 лет, заболела месяц назад после путешествия по Африке: появились отеки на лице и нижних конечностях. В настоящее время жалобы на головные бо-ли. Объективно: температура тела 37°С. Кожа имеет желтушный оттенок. Несколько мелких безболезненных язв обнаружено на слизистой оболочке полости рта. В лучезапястных и коленных суставах отмечают экссудативные изменения. В лёгких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 68 в мину-ту. АД 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, се-лезёнка 6х10 см. При исследовании глазного дна обнаружены признаки угрозы от-слойки сетчатки. Общий анализ крови: содержание Нв 102 г/л, эритроциты 3 • 10¹²/л, ретикулоциты 2%, лейкоциты 3,5 • 10⁹/л. Лейкоцитарная формула: 3% палочкоядерных, 79% сегментоядерных нейтрофилов, 10% лимфоцитов, 4% эозинофилов, 4% моноцитов. СОЭ 42 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,010, содержание белка 2,66 г/л, эритроциты 8—10 в поле зрения, лейкоциты 5—6 в поле зрения, единичные гиалиновые и эритроцитарные цилиндры. Суточная протеинурия 1,8 г. Концентрация в крови креатинина 430 мкмоль/л, непрямого билирубина 40 мкмоль/л, прямого би-лирубина 4,7 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации 45 мл/мин. Обнаружены LE-клетки в периферической крови. АТ к ВИЧ, маркёры вирусов гепатита не обнару-жены. Исследование толстой капли на плазмодии дало отрицательный результат.

Задание:

Выберите вариант иммунодепрессивной терапии.

- а. Монотерапия преднизолоном.

- б. Монаотерапия циклофосфамидом.
- в. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом.
- г. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом с ежемесячным повторением курса.
- д. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом с ежемесячным повторением курсов, между которыми продолжают лечение преднизолоном внутрь и еженедельным назначением циклофосфамида.

Ответ: Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом с ежемесячным повторением курсов, между которыми продолжают лечение преднизолоном внутрь и еженедельным назначением циклофосфамида.

Задача № 3

Больной М., 50 лет, поступил с жалобами на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. Болен более 20 лет, когда был поставлен диагноз хронического пиелонефрита. Периодически отмечал боли в поясничной области, находили изменения в анализе мочи (характер изменений не знает). Регулярно у врача не наблюдался и не лечился. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы. Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, следы расчесов на туловище и конечностях. Границы сердца расширены влево, тоны ясные, акцент II тона на аорте, АД - 250/130 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено. Клинический анализ крови: Нб - 82 г/л, эритроциты - 2,6x10¹²/л, лейкоциты - 5,6x10⁹, СОЭ - 12 мм/ч, гематокрит - 26 %.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1005, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Проба Зимницкого: дневной диурез - 300 мл, ночной диурез - 480 мл, колебания относительной плотности - 1002-1007. Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 15 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 95 %. Задание: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному для подтверждения диагноза? 3. Какие изменения вы предполагаете обнаружить в биохимическом анализе крови у больного?

4. Определите наиболее подходящую терапевтическую тактику

Ответ:

1. Хронический пиелонефрит в анамнезе, отсутствие системных проявлений, олигурия, никтурия, гипоизостенурия, снижение скорости КФ до 15 мл/мин - все перечисленное позволяет предположить диагноз: хронический пиелонефрит, ХПН, терминальная стадия.
2. Любые инструментальные методы исследования почек для подтверждения уменьшения их размера.
3. Нарушение азотистого обмена: повышение уровня креатинина и мочевины. Возможны нарушения электролитного баланса.
4. Заместительная терапия, коррекция артериальной гипертензии и анемии.

Задача № 4

Больной К., 35 лет, поступил с жалобами на головную боль, легкую слабость и утомляемость. В анамнезе частые ангины в детстве и юношеском возрасте. Со слов больного, 8 лет назад в моче обнаружили гематурию. Так как в последующем количество эритроцитов в анализе мочи уменьшилось, больной далее не обследовался. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, веки отечны. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД - 180/10 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Нб - 94 г/л, эритроциты - 3,6x10¹²/л, гематокрит - 28 %, лейкоциты - 4,6x10⁹, СОЭ - 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1008, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты - 1-3 в поле зрения. Суточная протеинурия - 1,1 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 950 мл, ночной диурез - 1500 мл, колебания относительной плотности - 1004-1010. Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 40 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98 %. Биохимический анализ крови: креатинин - 305 мкмоль/л, мочевина - 19 ммоль/л, холестерин - 5,4 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л. Задание: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какое исследование позволит установить окончательный диагноз и определить тактику лечения больного? 3. Имеются ли у больного показания к гемодиализу? 4. Имеются ли показания к лечению анемии эритропоэтином?

- Ответ: 1. Хронический пиелонефрит в анамнезе, отсутствие системных проявлений, олигурия, никтурия, гипоизостенурия, снижение скорости КФ до 15 мл/мин - все перечисленное позволяет предположить диагноз: хронический пиелонефрит, ХПН, терминальная стадия.
2. Любые инструментальные методы исследования почек для подтверждения уменьшения их размера.
 3. Нарушение азотистого обмена: повышение уровня креатинина и мочевины. Возможны нарушения электролитного баланса.
 4. Заместительная терапия, коррекция артериальной гипертензии и анемии.

Задача №5

Больной Ю., 39 лет, доставлен из дома в коматозном состоянии. Кожа больного бледно-серо-желтая, со следами расчесов. Рвота. Амичный запах изо рта. При осмотре обращает на себя внимание асимметрия мимической мускулатуры. Зрачки узкие, их реакция на свет вялая. Корниальные и конъюнктивальные рефлексы не вызываются. Имеются фибриллярные подергивания мышц туловища и конечностей. Симптомы Кернига, Брудзинского, Ригидность мышц затылка положительные. Дыхание шумное, типа Чейн-Стокса, АД - 150/90 мм рт.ст. Пульс 90 уд/мин., ритмичный. Диурез 300 в сутки. В ОАК Нб - 90 г/л., Эр - 2,0 млн. Остаточный азот 35 ммоль/л, мочевина - 26 ммоль/л, креатинин - 0,3 ммоль/л. ОАМ : УВ - 2008, белок - 1,8%, сахара нет, 10 - 15 Эр в п/з. Осмолярность плазмы крови - 225 мосмоль/л. После введения бикарбоната натрия 200,0 в/в развились тонические судороги. Задание:

1. Поставьте клинический диагноз? 2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать это состояние? 3. Лечебная тактика?

Ответ: 1. Диагноз: Острая почечная недостаточность. Уремическая кома. Менингеальный синдром. Судорожный синдром. 2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с менингитом, субарахноидальным кровоизлиянием, ишемическим или геморрагическим инсультом, острой почечной недостаточностью. 3. При установлении причины данного состояния - прекращение воздействия этиологического фактора. Скорейшее восстановление функции почек - гемодиализ. Борьба с водно-электролитными нарушениями, изменениями кислотно-щелочного равновесия; коррекция реологических свойств крови. Противосудорожная терапия. Стабилизация гемодинамики

Практическое занятие № 30

Тема: Остеоартроз, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы остеоартроза, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Остеоартроз. Этиология. Факторы риска.

Клиника. Диагностика. Рентгенологические и УЗИ признаки остеоартроза.

Дифференциальная диагностика с суставным синдромом другой этиологии.

Осложнения. Оценка функциональной недостаточности суставов.

Лечение: симптоматическое и патогенетическое. Показания и противопоказания к назначению.

Реабилитация больных.

Задание.

Задача №1.

Больная 65 лет, жалуется на постоянные ноющие боли в мелких суставах кистей, усиливающиеся после работы, к концу дня, ограничение движений пальцев рук. Утром скованность в пределах 10-15 минут. Периодически использует НПВС мази с кратковременным положительным эффектом. При осмотре кисти слегка пастозные, пальцы деформированы, прослеживаются узелки Гебердена. На рентгенограммах кистей сужение суставных щелей межфаланговых суставов, субхондральный остеосклероз.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие лабораторные и рентгенологические изменения характерны для данной патологии.
3. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Какие методы лечения возможно использовать при данном заболевании.

Задача №2. Больная 77 лет, жалуется на постоянные боли в коленных суставах в состоянии покоя, по ночам, усиливающиеся после механической нагрузки (ходьба), хруст в суставах при движении.

Объективно: коленные суставы увеличены в объеме, деформированы, кожа над ними бледно-розовая, ограничение объема движений в суставах за счет неполного сгибания и разгибания, крепитация в суставах. На рентгенограммах коленных суставов признаки остеоартроза 3 степени.

1. Сформулируйте диагноз.
2. План обследования.
3. Какие рентгенологические изменения характерны для данной патологии
4. Какие методы лечения возможно использовать при данном заболевании.

Практическое занятие № 31

Тема: Ревматоидный артрит, лечение.

Цель: Формирование и развитие у студента компетенций, направленных на формирование клинического мышления, способности и готовности выделить ведущие признаки, симптомы, синдромы ревматоидного артрита, распознать заболевание, выбрать оптимальные методы обследования больного, оценить тяжесть течения, составлять алгоритм дифференциальной диагностики, проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях; выбирать оптимальные схемы лечения.

Вопросы:

Ревматоидный артрит. Этиология. Факторы риска.

Клиника. Особенности поражения суставов. При ревматоидном артрите.

Поражение других органов и систем.

Диагностика. Место серологических маркеров в диагностике ревматоидного артрита.

Рентгенологические и УЗИ признаки ревматоидного артрита.

Осложнения ревматоидного артрита.

Лечение. Базисная и симптоматическая терапия.

Реабилитация больных

Задание.

Задача № 1

В поликлинику обратилась женщина 24 лет, у которой через 3 мес. после родов появились артриты мелких суставов кисти, непродолжительная утренняя скованность, слабость, утомляемость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр во 2-й половине дня, усиленное выпадение волос. Давность вышеперечисленных жалоб – около 1 мес. Похудела на 5 кг.

Задание:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие методы необходимо использовать для обследования пациентки?
3. Какова будет лечебная тактика в данном случае?

Ответы

1. Молодой возраст пациентки, связь дебюта заболевания с беременностью и родами, клиническая картина в первую очередь позволяющая предположить дебют ревматического заболевания – ревматоидный артрит или системную красную волчанку (СКВ).

2. В первую очередь следует подробно проанализировать анамнестические данные и провести тщательное физикальное обследование.

Обязательным является рутинное лабораторное обследование: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, при показаниях – рентгенография органов грудной клетки. Для верификации диагноза необходимы специальные лабораторные тесты – определение уровней С-реактивного белка высокочувствительным методом, антител к циклическому цитруллинированному пептиду, анти-ДНК, антинуклеарного фактора, ревматоидного фактора. Рентгенография заинтересованных суставов может оказаться малоинформативной ввиду небольшой давности болезни.

3. Лечебная тактика зависит от предполагаемого диагноза. При невозможности верификации (отсутствуют убедительные данные в пользу достоверного диагноза ревматоидного артрита или СКВ) целесообразны наблюдение, назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, аминоксилиновых производных.

Задача № 2

Больная Е., 31 год, почталыон. Жалобы при поступлении: на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов, на боли при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14–15 ч дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 мес., выраженную общую слабость.

Из анамнеза: около 7 мес. назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала метамизол натрия без существенного эффекта. Состояние ухудшилось в последние 4 мес. (скованность, субфебрилитет, похудание), значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы. По совету соседки принимала ацетилсалициловую кислоту, индометацин с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5х0,5 см. Отмечаются припухлость и гиперемия пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставов, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы деформированы, увеличены в объеме, определяются гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД – 17/мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС – 78/мин. АД – 132 и 80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилорoduоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин – 99,4 г/л, лейкоциты – 9,1 тыс., тромбоциты – 519 тыс., СОЭ – 46 мл/ч. Электрофорез белков: альбумины – 43,7%, глобулины:

α_1 – 4,9%, α_2 – 12,8%, β – 12,4%, γ – 26,2%. С-реактивный белок +++, фибриноген – 4,38 мг/дл, реакция Ваалера – Роуза – 1:1028. Железо – 152 мг/дл.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II–III пястных костей справа, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II–IV слева и II–III пястно-фаланговых суставов справа.

Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка, складки слизистой утолщены. Эрозий и язв не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ответ:

Клинический диагноз: ревматоидный артрит:

серопозитивный полиартрит II рентгенологической стадии, III степени активности с системными проявлениями (ревматоидные узелки), функциональная недостаточность II ст. НПВП-ассоциированная гастропатия.

План лечения: учитывая высокую активность процесса и наличие системных проявлений, целесообразно назначить преднизолон 10 мг/сут внутрь и метотрексат 10 мг/нед. в/м. Учитывая наличие гастропатии, в качестве НПВП следует предпочесть селективные ингибиторы ЦОГ-2: мелоксикам, нимесулид или целекоксиб в комбинации с ингибитором протонной помпы омепразолом в дозе 20–40 мг/сут.

Задача № 3

Больная А., 32 года, домохозяйка, обратилась к терапевту с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, «припухание» пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, затруднения при попытке сжать кисти в кулаки, длящиеся до середины дня, общую слабость, периодическую потерю чувствительности кончиков пальцев рук на холоде. Вышеуказанные симптомы появились около 4 нед. назад.

При осмотре: температура тела 36,7°C. Симметричное увеличение в объеме всех пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, боли при пассивных движениях в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, положительный симптом сжатия стопы, побеление дистальных фаланг пальцев кистей на холоде, сменяющееся их посинением в тепле. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 уд./мин. ЧСС 76/мин. АД 115 и 75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин – 14,7 мг/дл, лейкоциты – 6,2 тыс., тромбоциты – 210 тыс., СОЭ – 29 мм/час. Креатинин – 1,0 мг/дл, глюкоза – 101 мг/дл, АСТ – 18 ед./л, АЛТ – 20 ед./л. С-реактивный белок – 1,5 мг/дл. АНФ – отрицательно. РФ в реакции Ваалера – Роуза – 1:160.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ответы:

Клинический диагноз: ревматоидный артрит: суставная форма, серопозитивный, (?) рентгенологической стадии, II степени активности, функциональная недостаточность I ст. Синдром Рейно.

План лечения: учитывая умеренную активность процесса, целесообразно назначить метотрексат 10 мг/нед. в/м под контролем уровня лейкоцитов и тромбоцитов. Для лечения проявлений синдрома Рейно необходимо использовать ангиопротекторы с курсовым приемом, курсы гипербарической оксигенации

2.2. МДК.02.02 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЗАНЯТИЕ №1.

Тема: «Введение в клинику. Десмургия».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме «Введение в клинику. Десмургия»

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. *Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме:* «Введение в клинику. Десмургия»

Форма контроля знаний: фронтальный опрос

1. Назовите основные типы повязок и дайте им краткую характеристику.
2. Назовите виды мягких повязок с учетом их функционального назначения.
3. Перечислите основные правила бинтования.
4. Каковы разновидности бинтовых повязок с учетом техники их наложения?
5. Какие существуют правила использования индивидуального перевязочного пакета?
6. Укажите виды повязок, применяемых на конечностях пострадавшего?
7. Назовите виды повязок, применяемых на голове пострадавшего.

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. **Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация сестринского ухода при проведении десмургии».**

Методы контроля: Самостоятельная работа

1. Вы-фельдшер. К вам поступил пациент с ранением теменной части головы. Определите вид необходимой повязки и правильно наложите её.

Наложение повязки «Шапочка Гипократа»

Показание: Повязку накладывают для остановки кровотечения и фиксации перевязочного материала при ранениях и ожогах теменной части головы.

Оснащение: два бинта шириной 10 сантиметров

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
Взять 2 бинта, развернуть их на длину 15 см, наложить конец одного бинта на конец другого (свернуть один навстречу другому); получится бинт с двумя головками.	Приготовление бинта с двумя головками
Взять бинт с двумя головками в левую и правую руку. Приложить бинт к затылочной части головы и вести обе головки бинта к лобной области.	Приготовление бинта с двумя головками
Сделать перегиб и вести обе головки бинта к затылочной области.	Приготовление бинта с двумя головками
Сделать перегиб. Переложить головки бинта: левую головку – в правую руку, а правую головку – в левую руку.	Приготовление бинта с двумя головками
Бинт в левой руке вести через теменную область головы к лобной, бинт в правой руке вести вокруг головы к лобной части. Сделать перегиб в области лба.	Приготовление бинта с двумя головками
Бинт в правой руке вести через теменную область головы к затылку (закрывая 1/2 предыдущего тура), бинт в левой руке ведем вокруг головы к затылку.	Приготовление бинта с двумя головками
Переложить головки бинта из правой руки в левую и наоборот. Бинтовать так до тех пор, пока не закроется теменная область головы.	Приготовление бинта с двумя головками
Зафиксировать бинт в левой руке в области затылка.	Приготовление бинта с двумя головками
Бинтом в правой руке сделать закрепляющий тур вокруг головы	Приготовление бинта с двумя головками
Сделать перегиб в области затылка, вести бинт правой и левой рукой навстречу друг другу к лобной части. Завязать на узел. Срезать остатки бинта.	Закрепление повязки.

2. Вы- фельдшер. К Вам обратился пациент с ранением теменной части головы. Вам нужно наложить повязку «Чепец»

Наложение повязки «Чепец».

Показание: повязку накладывают при ранении лобной и затылочной части головы.

Оснащение: бинт средней ширины и бинтовая полоска.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
Взять кусок бинта длиной 80—90 см, положить его на область темени так, чтобы концы спускались вертикально вниз впереди ушных раковин.	
Натянуть оба конца бинта.	
Сделать 2—3 закрепляющих тура вокруг головы цельным бинтом, перекрывая полоску. Провести бинт по лобной поверхности до завязки.	
Обогнуть завязку в виде петли и вновь направить бинт на лоб.	
Повторить циркулярные ходы вокруг головы, прикрывая предыдущий ход на 1/2 или 2/3 до полного покрытия головы.	
Закончить бинтование двумя закрепляющими турами и зафиксировать конец бинта у одной из завязок.	Закрепление повязки.
Завязать под подбородком отрезок бинта, концы которого удерживал пациент.	Закрепление повязки.

3. Вы- фельдшер. К Вам обратился пациент с повреждением подбородка. Вам нужно наложить повязку «Уздечка».

Наложение повязки «Уздечка».

Показания: повязку накладывают при повреждении лица, нижней челюсти, лобной части головы.

Оснащение: бинт шириной 7 – 10 см, булавка или лейкопластырь, ножницы.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
Сделать 2 циркулярных закрепляющих хода вокруг головы через затылочные и лобные бугры.	
Провести бинт косо по затылочной области, под ушной раковиной к подбородку и провести вертикально вверх на противоположной стороне лица спереди от противоположной ушной раковины.	
Сделать несколько вертикальных круговых ходов через теменную и подбородочную области, спереди ушных раковин.	
Из-под подбородочной области вывести бинт на затылок, провести косо вверх, выйти на лоб.	
Сделать циркулярные ходы вокруг головы через затылочные и лобные бугры	
Зафиксировать конец бинта на лобной части головы вне раневой поверхности булавкой или лейкопластырем.	Обеспечение фиксации повязки.

4.Вы- фельдшер. К Вам обратился пациент с переломом левой ключицы. Вам нужно наложить повязку «Дезо».

Наложения повязки «Дезо»

Показание: повязка применяется для фиксации верхней конечности при травмах ключицы, плечевой кости.

Оснащение: широкий бинт, ватно-марлевый валик, ножницы, булавка или лейкопластырь.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
Положить ватную подушечку в подмышечную впадину поврежденной верхней конечности.	
Придать поврежденной конечности среднефизиологическое положение (согнуть в локтевом суставе и привести к груди) очень осторожно.	
Прибинтовать плечо к грудной клетке циркулярным ходом, начиная со «здоровой стороны» — I тур.	
Направить бинт из «здоровой» подмышечной впадины к надплечью «больной» руки косо вверх, перекинуть через него назад и спустите вертикально вниз до локтевого сустава — II тур	
Обогнуть локтевой сустав, поддерживая предплечье и кисть поврежденной руки, направить бинт косо вверх подмышечную впадину «здоровой» стороны, провести его на заднюю поверхность грудной клетки — III тур.	
Направить бинт косо вверх по спине на «больное» надплечье, перекинуть через него и провести спереди вдоль плеча вниз к локтевому суставу. Подхватить руку в верхней трети предплечья и направить бинт на заднюю поверхность грудной клетки — IV тур	
Направить бинт в подмышечную впадину «здоровой» стороны по спине	
Повторить туры несколько раз до полной фиксации руки.	
Закрепить бинт одним из способов.	Закрепление повязки.

5.Вы- фельдшер. К Вам обратился пациент с отморожением всех пальцев левой кисти. Вам нужно наложить повязку «Варежка».

Наложение повязки «Варежка»

Показание: повязка применяется при отморожениях, ранениях, ожогах всех пальцев кисти.

Оснащение: бинт шириной 7-10 см, стерильные салфетки.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
При наложении повязки уложить стерильные салфетки между пальцами	Предупреждение опрелостей.
Сделать циркулярный закрепляющий ход вокруг запястья.	
Провести бинт косо к концевым фалангам по тыльной поверхности кисти. Перекинуть бинт через пальцы, и провести бинт по ладонной поверхности кисти к запястью.	
Сделать несколько возвращающихся ходов, полностью закрывая пальцы (одной рукой бинтовать, другой придерживать повязку со стороны ладони).	
Направить бинт косо к концевым фалангам и поменять направление бинта.	
Вести бинт спиральными ходами от лучезапястного сустава к концам пальцев. Сделать несколько поперечных циркулярных ходов к запястью, кисти.	
Провести бинтование большого пальца руки.	
Закрепить бинт вокруг запястья.	Закрепление повязки.

6. Вы- фельдшер. К Вам обратился пациент с отморожением 2, 3, 4 пальцев кисти. Вам нужно наложить повязку «Перчатка».

Наложение повязки «Перчатка»

Цель: Фиксация части тела в определенном положении (накладывается при ожогах, ранениях и воспалительных заболеваниях пальцев кисти).

Показание: повязка применяется при отморожениях, ранениях, ожогах всех пальцев кисти.

Оснащение: почкообразный тазик со стерильными салфетками; пинцет; стандартный бинт шириной 3-5 см; ножницы.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
Встать лицом к пациенту и повернуть его кисть ладонью вниз	
Наложить стерильные салфетки на раны пальцев	
Сделать первый циркулярный (фиксирующий) тур вокруг запястья;	
Начинать повязку на левой руке с пятого пальца, а на правой - с большого пальца	
Провести второй тур косо по тыльной поверхности кисти к ногтевой фаланге соответствующего пальца	
Сделать несколько туров вокруг пальца от его конца до основания	
Возвращаться от основания пальца по тылу кисти на запястье	
Сделать циркулярный тур вокруг запястья и вести бинт к ногтевой фаланге следующего пальца. Чередовать ходы бинта, пока не забинтуются все пальцы. Фиксировать повязку циркулярным туром на запястье. Излишки бинта срезать ножницами.	Закрепление повязки

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

ЗАНЯТИЕ № 2

Тема: «Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика».

Форма контроля знаний: фронтальный опрос

Дайте определение асептики

Приведите примеры организационного метода асептики

Расскажите о методах обработки рук медицинского персонала

Приведите пример химического метода асептики

Приведите примеры физического метода асептики

Каковы режимы работы автоклава?

Перечислите методы обработки хирургических инструментов

Расскажите о ведущем методе стерилизации хирургических инструментов

Назовите препараты, используемые для холодной стерилизации

Перечислите физические методы контроля качества стерилизации

В чем состоит химический метод контроля качества стерилизации?

Дайте определение антисептики

Перечислите методы антисептики

Приведите примеры механической антисептики

Приведите примеры физической антисептики

Перечислите основные группы химических антисептиков

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Профилактика внутрибольничной хирургической инфекции. Асептика и антисептика».

Методы контроля: Самостоятельная работа

1. Вы- фельдшер. Вам необходимо продемонстрировать универсальную укладку бикса.

Укладка бикса.

Цель: подготовка к стерилизации в автоклаве операционного белья, перевязочного материала, инструментария.

Показания: подготовка стерильного рабочего материала к накрытию стерильного стола, перевязкам, операциям, различным манипуляциям.

Оснащение: металлическая коробка (бикс), дезраствор для обработки бикса, простыни, салфетки, халаты, перевязочный материал, индикаторы контроля стерильности -3, клеёнка для маркировки бикса.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Проверить детали на герметичность определяя: -плотность закрытия крышки - легкость передвижения пояса и плотность совпадения отверстий корпуса с отверстиями пояса -прочность фиксации металлического пояса к корпусу зажимным устройством	Обеспечение сохранности стерильности.
Закрепить пояс в положении, при котором отверстия корпуса открыты.	Обеспечение сохранности стерильности.
Протереть бикс изнутри и снаружи 3% раствором хлорамина дважды, с интервалом 15 минут.	Дезинфекция. Уничтожение микрофлоры.
Застелить дно и стенки бикса салфеткой или наволочкой так, чтобы края ее свисали наружу.	Подготовка к закладке материала.
Уложить в бикс одним из способов операционное белье, перевязочный материал и др.	Подготовка к стерилизации.
Разместить в биксе индикаторы стерильности на трех уровнях	Контроль стерильности материала на 1 всех уровнях.
Закрыть крышку.	Подготовка к стерилизации.

Подготовка к стерилизации.	Доставка бикса по назначению, определение срока стерильности.
----------------------------	---

2. Вы- фельдшер. Вам необходимо продемонстрировать технику обработки рук 0,5% раствором хлоргексидина.

Обработка рук 0,5% раствором хлоргексидина

Цель: подготовка рук к работе в стерильных условиях, профилактика ВБИ.

Показания: накрытие стерильного стола, перевязки ран, помощь хирургу при операциях и перевязках.

Оснащение: стерильные салфетки, стерильный лоток, раствор хлоргексидина биглюконата 0,5%.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Руки вымыть под проточной водой с мылом до локтей.	Механическая очистка кожи
Ополоснуть чистой водой.	Удаление мыльного раствора.
Осушить руки стерильной салфеткой или полотенцем.	Подготовка к обработке.
Взять в руки салфетку, смоченную 0,5% раствором хлоргексидина, слегка отжать ее в ладонь и смочить полученной жидкостью обе ладони (умыть), затем взять салфетку в правую руку и обработать ей левую руку до локтевого сгиба, последовательно: ладонная поверхность кисти, тыльная, межпальцевые промежутки, ногтевые ложа, предплечья. Затем переложить эту салфетку в другую руку и точно так же обработать ей правую руку до локтевого сгиба. Выбросить салфетку.	Последовательность первичной обработки кожи рук
Взять вторую салфетку, смоченную раствором и в той же последовательности обработать ей обе руки до уровня лучезапястных суставов. Выбросить салфетку. Продолжительность обработки 2-мя салфетками - 2-3 мин	Окончательное обеззараживание кожи.
Высушить руки	
Надеть стерильные перчатки	

3. Вы- фельдшер. Вам необходимо продемонстрировать одевание стерильного халата на себя.

Одевание стерильного халата (на себя).

Цель: соблюдение правил асептики при работе в перевязочной, операционной, профилактика ВБИ.

Показания: накрытие стерильного стола, работа со стерильным столом, перевязки, манипуляции, операции.

Оснащение: шапочка, маска, бикс с операционным бельем и перевязочным материалом, кожный антисептик для обработки рук, стерильный лоток, стерильный корнцанг или пинцет.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Обработайте руки одним из способов	Обеспечение асептических условий
Проверьте индикатор стерильности.	Профилактика ВБИ
Возьмите из бикса халат левой рукой за край ворота на вытянутой руке так, чтобы он не касался окружающих предметов и вашей одежды, разверните халат на всю длину, не загрязняя левую кисть, которая должна быть прикрыта халатом.	Обеспечение асептики.
Наденьте халат на правую вытянутую руку.	Обеспечение асептики.
Правой рукой возьмите за левый край ворота с лицевой стороны и наденьте халат на левую руку.	Обеспечение асептики.
Вытяните обе руки вперед и вверх, откиньте заднюю часть халата назад.	Обеспечение асептики.
Попросите помощника завязать тесемки халата сзади.	Обеспечение асептики.
Плотно оберните обшлага рукавов вокруг кистей и завяжите тесемки.	Обеспечение асептики.
Возьмите из кармана пояс и держа его так, чтобы помощник сзади мог взять концы его не касаясь халата и ваших рук и завязать пояс сзади.	Обеспечение асептики.
	Профилактика ВБИ и перекрестной инфекции.

4. Вы- фельдшер, работающий в перевязочном кабинете. Вам необходимо продемонстрировать надевание стерильных перчаток на себя

Надевание стерильных перчаток (на себя)

Цель: профилактика ВБИ, личная защита, соблюдение правил асептики.

Показания: работа со стерильным столом, перевязки, участие в операциях.

Оснащение: стерильные перчатки из стерильного бикса или из стерильной упаковки.

Стерильные перчатки надеваются на предварительно вымытые и обработанные одним из антисептиков руки.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Развернуть стерильную упаковку с перчатками	Подготовка к манипуляции

Взять правую перчатку левой рукой, подведя 2,3,4,5 пальцы левой кисти под отворот перчатки	Техника манипуляции.
Сомкнуть пальцы правой кисти и ввести их в перчатку.	Техника манипуляции.
Разомкнуть пальцы правой кисти и натянуть перчатку на пальцы.	Техника манипуляции.
Завести отворот перчатки на манжет халата	Техника манипуляции.
Взять левую перчатку правой рукой и надеть её в той же последовательности.	Техника манипуляции.
Обработать перчатки шариком со спиртом.	Удаление талька.

5. Вы- фельдшер, работающий в перевязочном кабинета. Вам необходимо продемонстрировать технику накрывания стерильного стола.

Накрывание стерильного стола.

Цель: подготовка к работе перевязочной, операционной.

Показания: перевязки, операции, манипуляции с соблюдением правил асептики.

Стерильный стол накрывается утром, перед началом работы. Стол сохраняет стерильность в течение рабочей смены (6 часов) Если стерильным столом не пользовались - он сохраняет стерильность в течение суток.

Оснащение: стол, дезраствор для обработки стола, кожный антисептик, бикс со стерильными простынями -2, халатами-2, пеленки-4, перевязочным материалом; стерильные инструменты, цапки-2.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Надеть шапочку, тщательно убрыв волосы под шапочку, маску. Протереть стол дважды ветошью с дезраствором	Предупреждение попадания микроорганизмов на стерильный стол. Дезинфекция рабочей поверхности стола.
Проверить герметичность бикса, маркировку.	Убедиться в возможности использования данного бикса.
Вмыть руки, обработать их одним из способов.	Уничтожение микроорганизмов на коже рук.
Открыть педалью бикс, проверить индикаторы, Осторожно отвернуть края стерильной наволочки или салфетки наружу, прикрыв нестерильные края бикса, достать стерильный халат и одеть его.	Соблюдение правил асептики.
Надеть стерильные перчатки	Соблюдение правил асептики.
Достать сложенную в 2 слоя простыню и накрыть ею стол так, чтобы края простыни свисали на 20-30 см ниже поверхности стола	Создание барьера для проникновения микрофлоры с поверхности стола.
Возьмите из бикса вторую простыню, сложенную в 4 слоя и положите на стол так, чтобы 2 слоя лежали на поверхности стола, а 2 верхних слоя сложите гармошкой к задней поверхности стола.	Создание барьера для проникновения микроорганизмов из внешней среды.
Находящиеся в биксе пеленки, перевязочный материал положите на стол	Подготовка стерильного стола к работе. При строго определенном порядке раскладывания вырабатывается навык быстрого и правильного применения их.
Достаньте из сухожарового шкафа сетку со стерильными инструментами, поставьте на стерильный стол и разложите инструменты в нужном порядке.	Подготовка стерильного стола к работе. При строго определенном порядке раскладывания вырабатывается навык быстрого и правильного применения их.
Стерильными цапками захватите 2 отвернутых кзади края простыни и закройте стол так, чтобы края простыни с цапками свисали вниз.	Защита стерильного материала от внешней среды.
Прикрепите бирку с датой и часом накрытия стола и подписью медсестры.	Контроль сохранения стерильности.
Все предметы со стерильного стола берутся стерильными пинцетами или корнцангами.	Сохранение стерильности и предупреждение инфицирования обеспечивается при бесконтактном методе работы.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Занятие №3. Тема: «Асептика-антисептика. Оперативная хирургическая техника»

Тип занятия: совершенствования знаний, умений и навыков

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, умений и навыков обучающихся по теме «Асептика-антисептика. Оперативная хирургическая техника»

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Форма проведения: Практическое занятие, клиническая практика

Место проведения занятия: учебная комната, перевязочная, операционная.

Оснащение занятия: тематические больные с разными видами ран, набор хирургического инструментария; перевязочный материал, перчатки, слайды, видеофильм

Учебные вопросы практического занятия:

1. Изучить классификацию хирургического инструментария .
2. Познакомится с основными наборами хирургических инструментов, применяемых при проведении хирургических операций.
3. Отработать практические навыки подачи хирургических инструментов врачу, технику наложения и снятия узловых кожных швов, обработки операционного поля.

Цели занятия:

Образовательная:

- сформировать у студентов представление о видах хирургических инструментов принципах их стерилизации и хранении;
- сформировать у студентов знания по классификации хирургического инструментария, способах их подачи во время операции;

Студент должен закрепить знания:

- о понятии хирургическая операция и хирургический инструментарий;
- о соблюдении СЭР в операционной, способах и методах стерилизации хирургического инструментария ;
- о современных методах обработки рук и операционного поля;
- о способах подачи хирургического инструментария врачу во время операции.

Студент должен иметь практический опыт:

- применения хирургического инструментария в практической работе

Студент должен знать:

- названия хирургических операций;
- назначение хирургического инструментария

Студент должен уметь:

составлять наборы инструментов для:

- ПХО ран;
- снятия швов;
- трахеостомии;
- аппендэктомии;
- трепанации черепа;
- венесекции;
- лапароцентеза.

Развивающие цели: Развить у студентов умения, которые относятся к общим и профессиональным компетенциям:

ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом.

ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.

ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности

Воспитательные цели:

- воспитать аккуратность и внимательность при выполнении работ с больными хирургического профиля;
- воспитать высокую творческую активность при изучении данной темы
- воспитать творческое отношение к избранной профессии.

Межпредметные связи: анатомия, физиология, основы патологии, латинский язык, основы сестринского дела, пропедевтика и диагностика в терапии, педиатрии, акушерстве и гинекологии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть. Организационный момент – предусматривает проверку внешнего вида студентов, подготовку аудитории к занятию и отметка отсутствующих.

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Вспомните, пользуясь своим конспектом, содержание лекции по оперативной хирургической технике, изучите рекомендуемую литературу, выполните контрольные задания по теме и решите ситуационные задачи

2. Начальная мотивация учебной деятельности.

Современная хирургия имеет не только год или месяц, но и день своего рождения: 16 октября 1846 года. В данный день в главной больнице Массачусетса зубной врач William P. Morton серным эфиром усыпил молодого человека, которому хирург John C. Warren проводил операцию по поводу субмандибулярной сосудистой опухоли. В ходе операции больной был без сознания, не реагировал на боль, а после окончания вмешательства начал просыпаться. Тогда-то Warren и произнес свою знаменитую фразу: **Дженгльмены, это не трюк!** Введение наркоза повлекло за собой грандиозные перемены в области хирургии. Раньше оперативные вмешательства могли продолжаться всего несколько минут, ибо больные были не в состоянии переносить боль в течение длительного времени. Блестящие хирурги-операторы, работавшие до появления наркоза, были настоящими волшебниками. (Lagrey), военный хирург Наполеона, в 1812 году, в битве при Бородине, в полевых условиях провел экзартикуляцию нижней конечности в бедренном суставе за 4 минуты! (Liston) ампутировал конечность за 25 секунд, Н. И. Пирогов проводил удаление камня мочевого пузыря за 2 минуты. **Наркоз внес в операционную спокойствие и тишину**, больше не нужно было торопиться. В связи с широким распространением наркоза, началось бурное развитие хирургии. Для успешной работы в операционной, были нужны хорошие, многофункциональные инструменты, соответственно возросли требования к хирургической оперативной технике. Совершенствование оперативной хирургической техники, развитие и совершенствование

технологий, в конечном итоге не только увеличило возможность хирурга в лечении различных видов заболеваний, но и соответственно требование к подготовке хирурга.

Изучая историю современной хирургии, можно видеть, что все еще существует опасность проведения хирургами безрассудных вмешательств, чрезмерной власти над ними инструментов и современного оборудования. Чудодейственное средство – не нож хирурга, даже не электронное оборудование, а постоянный учет способности живой ткани, переносить наши вмешательства. Важнейшим инструментом хирурга и сегодня являются два мозговых полушария наблюдающего, думающего человека, связывающего действия с логикой мышления. Хирургия, которая когда-то была, просто ремеслом, сейчас невозможна без использования достижений физиологии, биохимии и других фундаментальных наук.

Сейчас хирургия – высокое мастерство, искусство и одновременно прикладная наука, которой в минувшее столетие удалось разгадать не одну тайну природы. В наши дни, хирургия – это способности хирурга – оператора, обогащенные сведениями об оперативной технике, доступах, знаниях топографической анатомии и целого ряда других дисциплин. Для подготовки зрелого хирурга, медсестры хирургического профиля, требуется значительно больше времени, чем для подготовки специалистов любой другой отрасли. В конце раздела я, хотел бы сказать словами Гиппократа: ”Жизнь так коротка, и так много времени крайне важно, чтобы освоить наше ремесло”.

Важным моментом любого оперативного вмешательства, являются инструменты, которые тщательно подбирают для каждой операции. При этом крайне важно выработать правильные навыки обращения с инструментами, огромное значение имеет упорная, систематическая тренировка. Тренировку нужно начинать еще в студенческие годы, применяя самые не сложные приспособления. Используют, к примеру, в качестве объекта упражнений кусок плотной ткани, можно научиться накладывать и снимать швы, накладывать кровоостанавливающие зажимы, действовать иглодержателем и иглой и т. д. При этом можно выработать и крайне важное для хирурга умение пользоваться в работе одинаково свободно обеими руками. На тренировку не нужно жалеть времени, оно с лихвой окупится в работе.

3. Атуализация опорных знаний студентов с элементами проверки домашнего задания.

Контроль знаний:

Фронтальный опрос

Что такое хирургическая операция?

Перечислите этапы хирургических операций.

Опишите виды хирургических операций.

Какие операции называются лечебными, диагностическими, радикальными и паллиативными?

Дайте определение и приведите пример кровавых и бескровных операций?

Назовите показания и противопоказания к операции.

Назовите классификацию хирургического инструментария.

Приведите примеры экстренных, срочных и плановых операций.

Перечислите способы подачи хирургического инструментария.

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Решите входные тесты.

Выберите один правильный ответ:

Вариант №1

1. Предоперационный период начинается с:

- 1) начала заболевания
- 2) момента поступления в хирургический стационар
- 3) установления диагноза
- 4) начала подготовки к операции

2. Вид санитарной обработки перед плановой операцией:

- 1) обтирание кожи и смена белья
- 2) частичная санитарная обработка
- 3) полная санитарная обработка
- 4) санитарная обработка не производится

3. Основная задача предоперационного периода:

- 1) провести санацию очагов инфекции
- 2) обследовать сердечнососудистую систему
- 3) улучшить состояние пациента
- 4) подготовить больного к операции

4. Время бритья кожи перед плановой операцией:

- 1) за сутки до операции
- 2) накануне вечером
- 3) утром в день операции
- 4) на операционном столе

5. Бритье операционного поля перед экстренной операцией осуществляется:

- 1) непосредственно перед операцией в санитарной комнате
- 2) на операционном столе
- 3) не производится
- 4) накануне

6. Вид санитарной обработки, выполняемой перед экстренной операцией:

- 1) полная санитарная обработка
- 2) частичная санитарная обработка
- 3) не осуществляется
- 4) только бритье операционного поля

7.Если больной принимал пищу за 40 минут перед экстренной операцией, то следует:

- 1) отложить операцию на сутки
- 2) удалить содержимое желудка через зонд
- 3) вызвать рвоту
- 4) ничего не предпринимать

8.Перед экстренной операцией очистительная клизма ставится:

- 1) противопоказана
- 2) в любое время
- 3) за 1 час
- 4) непосредственно перед операцией

9.Премедикацию больному перед общим обезболиванием назначает:

- 1) врач приемного покоя
- 2) врач-анестезиолог
- 3) лечащий врач
- 4) сестра-анестезистка

10.Для профилактики послеоперационных бронхолегочных осложнений больному назначают:

- 1) дыхательную гимнастику
- 2) интубацию трахеи
- 3) диету, богатую белком
- 4) УВЧ на грудную клетку

11.При подготовке пациента к экстренной операции необходимо:

- 1) определить рост пациента
- 2) дать стакан сладкого чая
- 3) по назначению врача удалить содержимое желудка через зонд
- 4) сделать очистительную клизму

12.Осложнение раннего послеоперационного периода:

- 1) рвота
- 2) эвентрация кишечника
- 3) бронхопневмония
- 4) лигатурный свищ

13.Признаки нагноения послеоперационной раны:

- 1) побледнение краев
- 2) гиперемия, отек, усиление боли
- 3) промокание повязки кровью
- 4) выхождение кишечных петель под кожу

14.При появлении признаков нагноения послеоперационной раны необходимо:

- 1) наложить сухую стерильную повязку
- 2) наложить повязку с ихтиоловой мазью
- 3) снять несколько швов, дренировать рану
- 4) ввести наркотический анальгетик

15.Профилактика послеоперационных тромбозов заключается в:

- 1) соблюдении строгого постельного режима
- 2) применении баночного массажа на грудную клетку
- 3) применении солевых кровезаменителей
- 4) активном послеоперационном ведении больного, применении антикоагулянтов

16.Основное в уходе за больным с ИВЛ:

- 1) противокашлевые средства
- 2) санация трахеобронхиального дерева
- 3) профилактика пролежней
- 4) питание через зонд

17.Срок окончания послеоперационного периода:

- 1) после устранения ранних послеоперационных осложнений
- 2) после выписки из стационара
- 3) после заживления послеоперационной раны
- 4) после восстановления трудоспособности

18.Для борьбы с послеоперационным парезом кишечника не применяют:

- 1) гипертоническую клизму
- 2) сифонную клизму
- 3) введение в/в гипертонического комплекса
- 4) введение раствора прозерина п/к

19.При задержке мочеиспускания после аппендэктомии прежде всего необходимо:

- 1) вызвать мочеиспускание рефлекторно
- 2) произвести катетеризацию мочевого пузыря
- 3) ввести мочегонные средства
- 4) применить теплую грелку на низ живота

20.Для профилактики пневмонии в послеоперационном периоде необходимо:

- 1) назначить противокашлевые средства
- 2) следить за соблюдением строгого постельного режима
- 3) проводить дыхательную гимнастику, массаж; ставить горчичники на грудную клетку
- 4) запретить курить

Вариант №2

1.Положение больного в постели в первые часы после общего обезбоживания:

- 1) лежа с опущенным головным концом
- 2) полусидя

3) лежа на боку

4) лежа на спине без подушки, голова повернута набок

2. В первые 6 часов после операции на желудочно-кишечном тракте запрещается прием жидкости, так как:

1) возможна провокация рвоты

2) больной не хочет пить

3) возможно увеличение ОЦК

4) необходимо предупредить мочеиспускание

3. При транспортировке в операционную больного нужно:

1) посадить на коляску

2) положить на каталку

3) отвести под руку

4) отправить самостоятельно

4. Инструмент, разъединяющий ткани:

1) бельевые зажимы

2) корнцанг

3) зажим Кохера

4) скальпель

5. Инструмент для защиты тканей от случайного повреждения:

1) ножницы остроконечные

2) зонд Кохера

3) иглы круглые

4) пинцет хирургический

6. Корнцанг применяют для:

1) наложения швов

2) остановки кровотечения

3) подачи перевязочного материала

4) фиксации операционного белья

7. Для остановки кровотечения используют:

1) зажимы Пеана и Кохера

2) зубчато-лапчатый пинцет

3) цапки

4) зажим Микулича

8. Иглы Дешана применяются для:

1) укрепления белья вокруг операционной раны

2) ушивание раны

3) проведения лигатуры под сосуд

4) наложения швов на сосуд

9. В набор для ПХО раны входит:

1) проволочная пила Джигли

2) роторасширитель

3) лопатка Ревердена

4) пинцет хирургический

10. Инструмент, расширяющий раны:

1) ножницы остроконечные

2) роторасширитель

3) крючки Фарабефа

4) костные кусачки Люэра

11. Желобоватый зонд используют для:

1) защиты тканей от случайного повреждения

2) разрезания мягких тканей

3) прокола мягких тканей

4) кройки перевязочного материала

12. Инструмент из набора для проведения трахеостомии:

1) языкодержатель

2) пила дуговая

3) трахеорасширитель

4) окончатый зажим

13. В набор для скелетного вытяжения входит:

1) дрель для введения спиц

2) брюшное зеркало

3) ножницы пуговчатые

4) игла Дешана

14. Инструмент для соединения тканей:

1) ножницы

2) иглодержатель

3) скальпель

4) кусачки Люэра

15. К захватывающим инструментам не относится:

1) корнцанг

2) пинцет анатомический

3) зажим кровоостанавливающий

4) скальпель

16. Предоперационная подготовка больного с разлитым перитонитом не требует:

1) промывания желудка

2) дезинтоксикационной терапии

3) кислородотерапии

4) обезболивания

17. При проведении анестезии у экстренно оперируемых больных возникает проблема:

- 1) полного желудка
- 2) острой сердечной недостаточности
- 3) острой дыхательной недостаточности
- 4) выраженной интоксикации

18. С целью профилактики аспирационного синдрома в экстренной хирургии необходимо:

- 1) придать больному положение Транделенбурга
- 2) положить больного на левый бок
- 3) опорожнить желудок с помощью зонда
- 4) вызвать рвоту

19. Осложнение раннего послеоперационного периода:

- 1) пролежни
- 2) нагноение
- 3) кровотечение
- 4) лигатурный свищ

20. Активное ведение больного в послеоперационном периоде проводится для:

- 1) удлинения послеоперационного периода
- 2) профилактики легочных осложнений
- 3) профилактики инфицирования раны
- 4) предупреждения вторичного кровотечения

Эталон ответа

1-в	1-2	2-3	3-4	4-3	5-1	6-2	7-2	8-1	9-2	10-1	11-3	12-1	13-2	14-3	15-4	16-2	17-4	18-2	19-1	20-3
2-в	1-4	2-1	3-2	4-4	5-1	6-2	7-2	8-1	9-4	10-3	11-1	12-3	13-1	14-2	15-4	16-1	17-1	18-3	19-3	20-2

4. Инструкция по выполнению программы учебного занятия:

Проверьте рабочее место на предмет наличия всего необходимого для Вашей работы. При необходимости обратитесь к преподавателю.

При отработке 1-го учебного вопроса занятия - Классификация хирургического инструментария - обратите внимание на группы хирургического инструментария, отдельно изучите инструментарий для проведения эндовидеохирургических операций

При отработке 2-го учебного вопроса - Познакомьтесь с основными наборами хирургических инструментов, применяемых при проведении хирургических операций – обратите внимание на то, что выделяют пять основных групп инструментария из которых в последствии комплектуют основные наборы хирургических инструментов. Заострите свое внимание на инструментах для эндовидеохирургических оперативных вмешательствах.

При отработке 3-го учебного вопроса - Обратите внимание на отработку практических навыков подачи хирургических инструментов врачу, технику наложения и снятия узловых кожных швов, способов обработки операционного поля.

По выполнению программы занятия представьте преподавателю отчет о выполненной работе. Выясните то, что у Вас вызвало затруднения.

5. При проведении заключительной части учебного занятия

Решите ситуационные задачи (приложение). Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий. Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично. Обратите внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой.

5. Изучение нового материала.

5.1. «Оперативная хирургическая техника» (Аннотация ,приложение 1).

5.2. Отработка практических манипуляций (обработка операционного поля, техника подачи хирургических инструментов, наложение и снятие кожных узловых швов с послеоперационной раны).

5.2. Демонстрация больных по теме.

Приложение 1

АННОТАЦИЯ**Хирургическая операция**

Хирургической операцией (operatio - работа, действие) называется производимое врачом физическое воздействие на ткани и органы, сопровождающееся их разъединением для обнажения больного органа с целью лечения или диагностики, и последующее соединение тканей. Хирургическая операция состоит из трех основных этапов: оперативного доступа, оперативного приема и завершающего.

Оперативным доступом называют часть операции, обеспечивающую хирургу обнажение органа, на котором предполагается выполнение оперативного приема.

Некоторые доступы имеют специальные названия - лапаротомия, люмботомия, торакотомия, трепанация черепа и пр.

Оперативный прием - главный этап операции, во время которого осуществляется хирургическое воздействие на патологический очаг или пораженный орган: вскрытие гнойника, удаление пораженного органа или его части (желчный пузырь, аппендикс, желудок и т.д.). В некоторых случаях оперативный доступ одновременно является и оперативным приемом, как, например, при проведении разрезов для дренирования клетчаточных пространств или трепанации сосцевидного отростка при мастоидите.

Название хирургической операции часто формируется из названия органа или другого анатомического образования и оперативного приема.

При этом используются следующие термины: "-томия" - рассечение органа, вскрытие его просвета (гастротомия, энтеротомия, холедохотомия и др.); "Эктомия" - удаление органа (аппендэктомия, гастрэктомия и др.); "-стомия" - создание искусственного сообщения полости органа с внешней средой, т.е. наложение свища (трахеостомия, цистостомия и др.).

Названия других операций часто не связываются с определенным органом:

пункция - прокол;

биопсия - иссечение участка ткани для гистологического исследования;

резекция - удаление или иссечение части органа на его протяжении (резекция желудка);

ампутация - удаление периферической части органа или конечности (надвлагалищная ампутация матки, ампутация голени и т.д.);

экстирпация - полное удаление органа вместе с окружающими тканями (экстирпация матки с придатками, экстирпация прямой кишки и др.);

анастомозирование - создание искусственного соустья полых органов (гастроэнтероанастомоз, сосудистый анастомоз и др.);

ушивание - наложение швов на ткани с целью закрытия естественного или искусственного отверстия;

пластика - ликвидация дефектов в органе или тканях с использованием биологических или искусственных материалов (пластика пахового канала, пластика пищевода тонкой кишкой и др.);

трансплантация - перемещение (пересадка) органов или тканей одного организма в другой (трансплантация почки, костного мозга и др.);

протезирование - замена патологически измененного органа или его части искусственно созданными аналогами (протезирование тазобедренного сустава металлическим протезом и др.);

реплантация - присоединение к организму отсеченной в результате травмы части тела;

трепанация - образование отверстия в костной ткани с целью доступа к подлежащей полости (трепанация черепа).

Некоторые названия операций сложились исторически - "кесарево сечение", "высокое сечение мочевого пузыря", "грыжесечение", "первичная хирургическая обработка раны" и др.

Завершение операции - последний этап. На этом этапе производится восстановление нарушенных в процессе выполнения доступа анатомических соотношений органов и тканей (перитонизация, плевризация, послойное ушивание операционной раны и т.д.), производится осушение раны, устанавливается дренаж и пр. Тщательность выполнения всех манипуляций, хорошее ориентирование в слоях мягких тканей имеют большое значение для предупреждения осложнений и обеспечения благоприятного исхода операции.

На всех этапах операции хирург выполняет основные элементы оперативной техники:

разъединение тканей;

остановку кровотечения;

соединение тканей.

Разъединение тканей может производиться разнообразными приемами. Для разъединения мягких тканей применяют: прокол (пункционной иглой, троакаром), рассечение (ножом, ножницами), разделение тупым методом (каким-либо инструментом или даже пальцами), разъединение физическими методами (лазерный луч, ультразвук и пр.). При разъединении костей используют способы распила (пилами разной конструкции), выдалбливания (долотом и молотком), сверления (колесоворотом или дрелью с фрезами).

Остановка кровотечения. Остановка кровотечения может быть временной и окончательной.

Временная остановка кровотечения. При наружном венозном и капиллярном кровотечении его останавливают с помощью давящей повязки. Временная остановка артериального кровотечения на конечностях достигается наложением резинового жгута выше места повреждения.

В операционной ране временная остановка кровотечения может быть достигнута прижатием кровоточащих сосудов стерильным тампоном или пальцем. Чаще же кровотечение останавливают путем наложения на сосуд кровоостанавливающего зажима.

Окончательная остановка кровотечения. Обычно производится путем перевязки сосудов на месте повреждения или, реже, на протяжении. Поврежденный сосуд захватывают кровоостанавливающим зажимом и перевязывают лигатурой. Для перевязки сосудов применяют шелк, кетгут и синтетические материалы (капрон, лавсан, дакрон и др.). В ригидных тканях иногда не удается наложить кровоостанавливающий зажим; в этих случаях кровотечение останавливают методом прошивания тканей кровоточащего участка через его толщу. Применяемый в хирургии электронож (диатермокоагуляция) надежно останавливает кровотечение из мелких и даже среднего диаметра сосудов, что позволяет экономить время, затрачиваемое на остановку кровотечения. При повреждении крупных сосудов следует прибегать к наложению сосудистого шва и возможно реже - к их перевязке.

Для соединения тканей чаще всего используют следующие способы: наложение швов (ручных или механических) различным шовным материалом (шелк, кетгут, капрон, металл и др.), использование технических приспособлений (металлические стержни, скобы, проволока и др.). Реже используются сварка (ультразвуковая и пр.), склеивание различными клеями и т.д.

Хирургический инструментарий

Хирургические инструменты по их назначению можно условно разделить на инструменты общего назначения (общий инструментарий):

- инструменты для разъединения тканей;

- вспомогательные инструменты (расширяющие, фиксирующие и пр.);

- кровоостанавливающие (зажимные) инструменты;

- инструменты для соединения тканей и специальные инструменты (для трепанации черепа, для трахеотомии и пр.).

Используемые при манипуляциях хирургические инструменты должны быть стерильными. При работе с хирургическими инструментами передавать их из рук в руки следует тупыми концами в сторону принимающего, чтобы режущие и колющие части не травмировали рук. При этом передающий должен держать инструмент за середину.

В подавляющем большинстве хирургические инструменты изготавливаются из хромированной нержавеющей стали и представлены различными по назначению конструкциями, число которых в настоящее время достигает нескольких тысяч.

Далее описаны самые употребляемые инструменты указанных выше групп общего инструментария и примеры наборов специальных инструментов для проведения некоторых частных операций.

1. Общий хирургический инструментарий (общий набор).

I — режущие инструменты: 1 — скальпель брюшистый; 2 — скальпель остроконечный; 3 — нож резекционный прямой; 4 — нож ампутационный; 5 — ножницы тупоконечные; 6 — ножницы остроконечные; 7 — ножницы Купера; 8 — ножницы Рихтера; 9 — ножницы сосудистые;

II — кровоостанавливающие инструменты: 10, 11 — зажим Кохера прямой и изогнутый; 12, 13 — зажим Бильрота прямой и изогнутый; 14, 15 — зажим „москит" прямой и изогнутый; 16 — диссектор; 17 — сосудистая клемма Блелока;

III — инструменты фиксации: 18 — пинцет хирургический; 19 — пинцет анатомический; 20 — пинцет лапчатый; 21, 22 — острый и тупой зубчатые крючки; 23 — пластинчатый С-образный крючок Фарабефа; 24 — острый однозубый крючок; 25 — зонд желобоватый; 26 — зонд пуговчатый; 27 — зонд Кохера; 28 — лопаточка Буальского; 29 — цапка для белья; 30 — корнцанг;

IV — инструменты для соединения тканей: 31 — игла Дешана; 32 — игла Ревердена; 33 — иглодержатель Гегара; 34 — иглодержатель Троянова; 35 — иглодержатель Матье; 36 — иглы колющие; 37 — иглы режущие; 37а — игла прямая; 38 — скобочник Мишеля; 39 — пинцет для снятия скобок; 40 — скобки Мишеля.

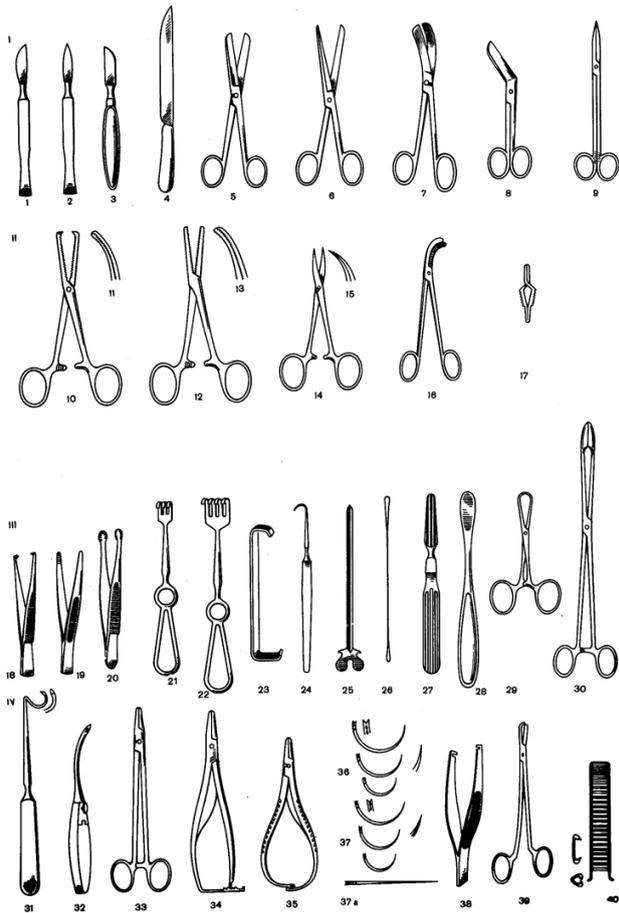


Рис № 1.бщий хирургический инструментарий.

2.Специальный хирургический инструментарий

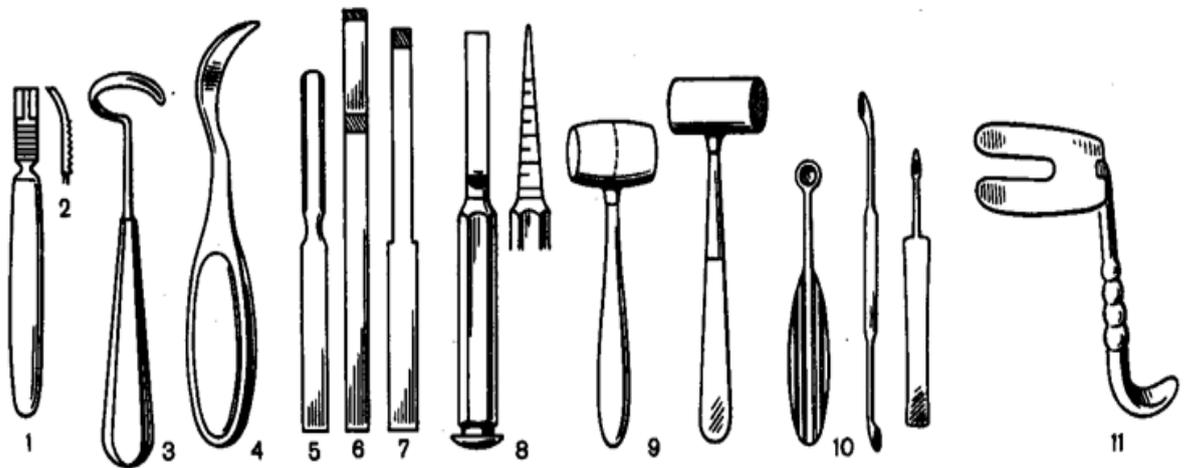


Рис. №2. Хирургические инструменты:

1,2 — распатор прямой и изогнутый Фарабефа; 3 — распатор реберный Дуайена; 4 — элеватор; 5—7 — долота; 8 — остеотом; 9 — молотки; 10 — костные ложки; 11 — ретрактор;

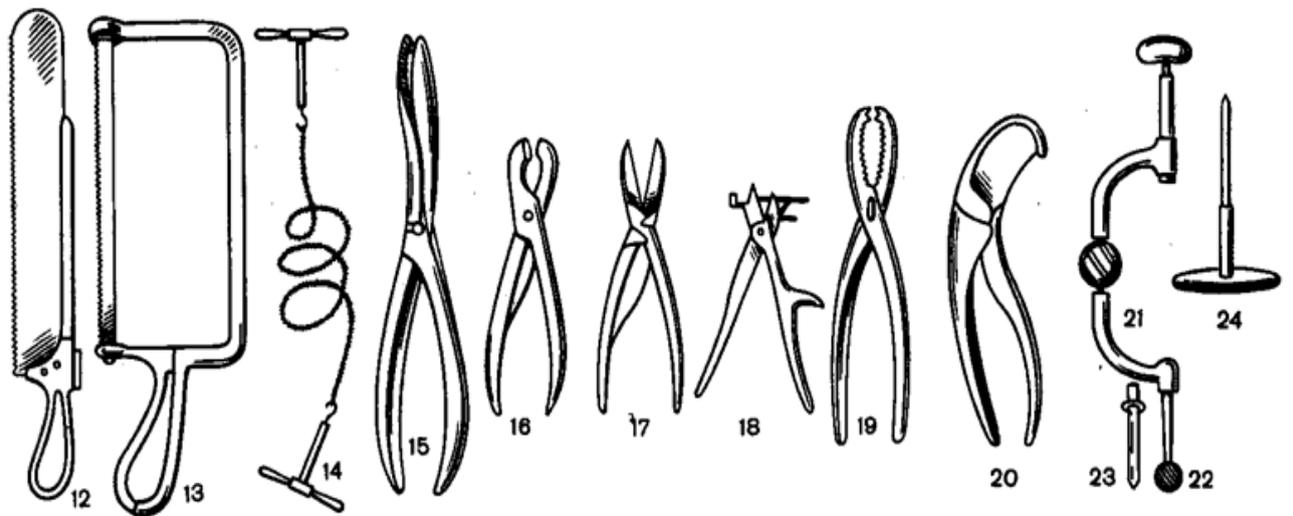


Рис.№ 3. Хирургические инструменты:

12 — пила листовая; 13 — пила дуговая; 14 — проволочная пила Джили—Оливекрона; 15 — секвестральные щипцы; 16 — костные щипцы Люэра; 17 — костные щипцы Листона; 18 — костные щипцы Дальгрена; 19 — костодержатель; 20 — реберные ножницы Дуайена; 21 — трепан ручной; 22 — фреза шаровидная; 23 — фреза копьевидная; 24 — буровчик;

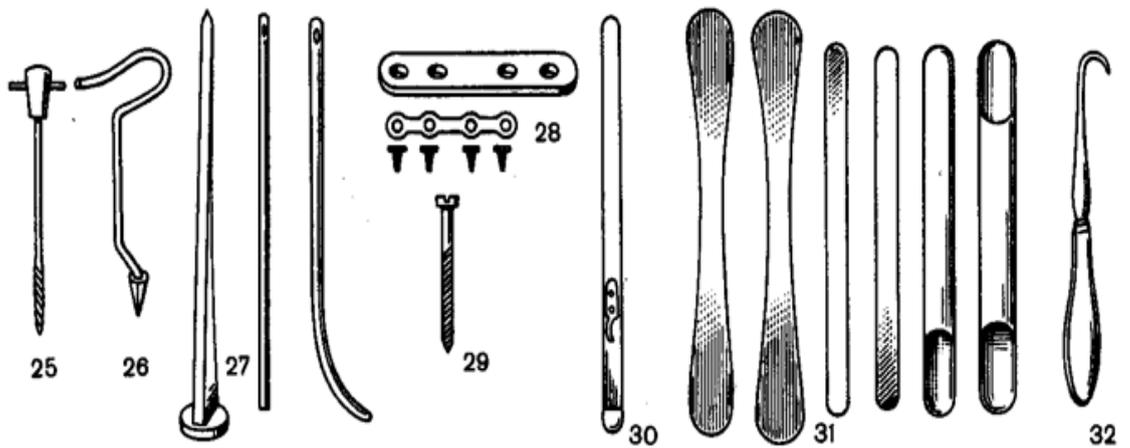


Рис.№ 4. Хирургические инструменты:

25 — сверло; 26 — перфоратор; 27 — штифты для остеосинтеза; 28, 29 — металлические пластинки и шурупы для остеосинтеза; 30 — проводник Поленова; 31 — шпатели мозговые; 32 — костный однозубый крючок;

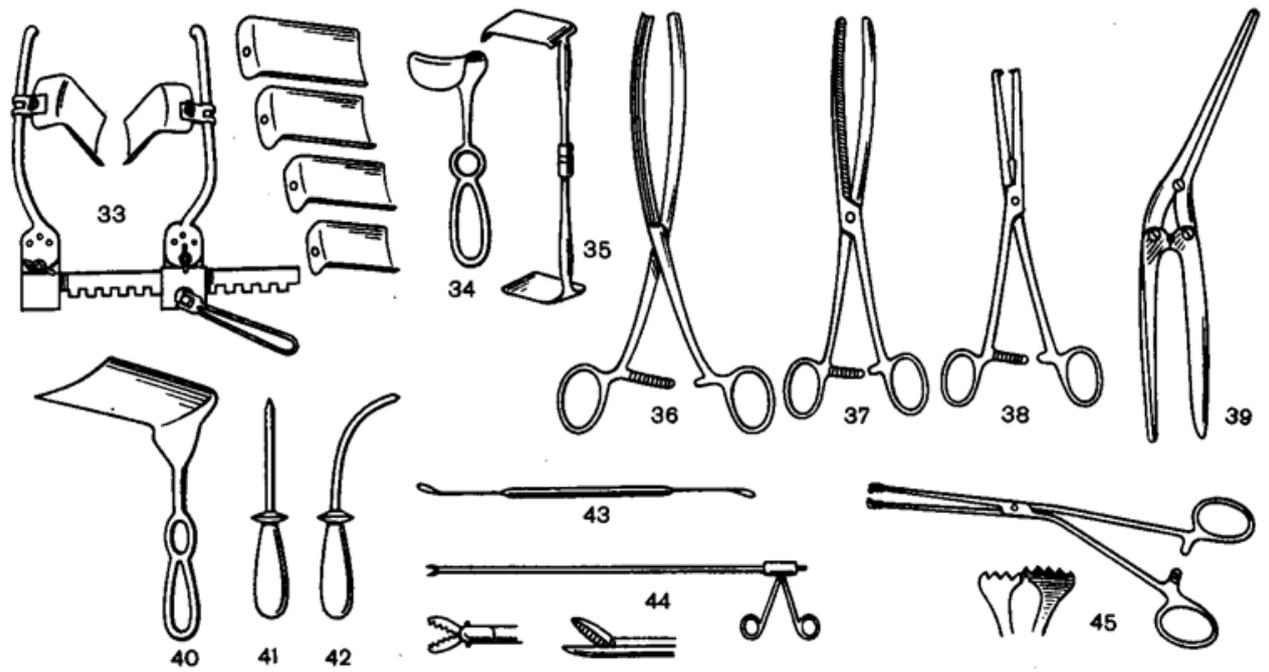


Рис.№ 5. Хирургические инструменты:
 33 — ранорасширитель; 34 — зеркало угловое; 35 — зеркало С-образное;
 36 — кишечный жом эластический; 37 — кишечный жом раздавливающий;
 38 — зажим Микулнча; 39 — жом Пайера; 40 — зеркало печеночное;
 41, 42 — троакары прямой и изогнутый; 43 — буж металлический печеночный;
 44 — щипцы биопсионные; 45 — щипцы лапчатые;

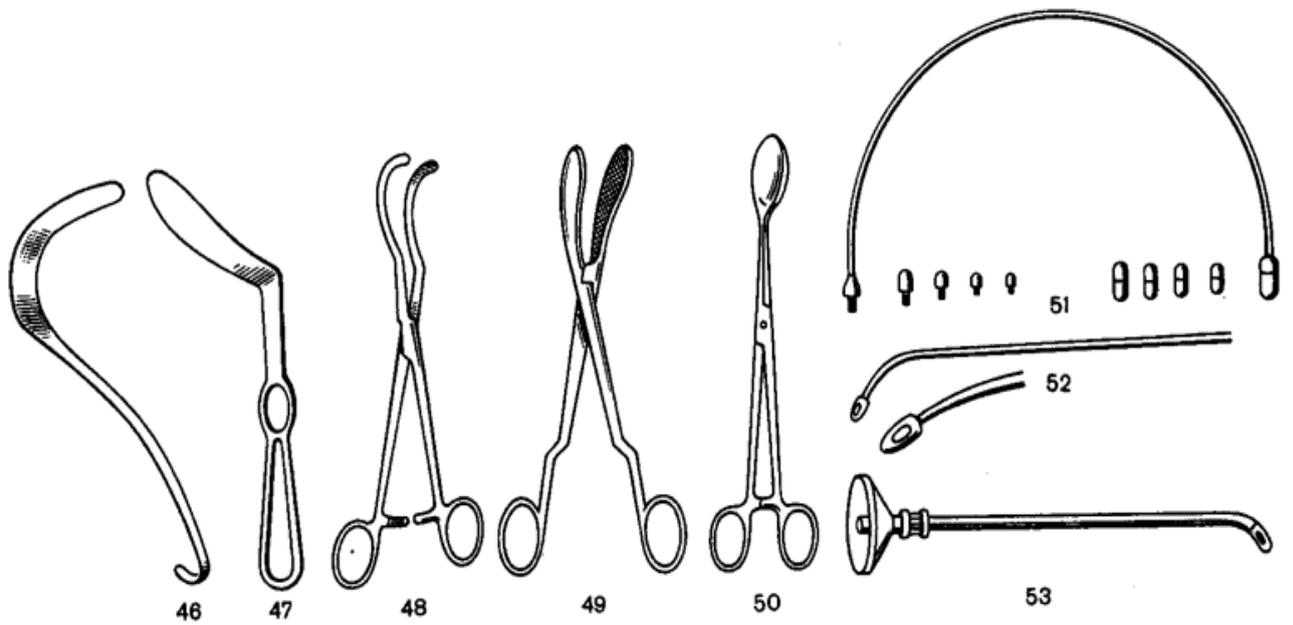


Рис.№ 6. Хирургические инструменты:
 46 — зеркало пузырьное; 47 — зеркало почечное;
 48 — зажим Федорова; 49 — щипцы Левковича изогнутые;
 50 — щипцы ложечные; 51 — проводники для ретроградного введения катетеров; 52 — бужи уретральные; 53 — цистоскоп;

3. Инструменты для первичной хирургической обработке ран.

Общий набор.

К нему:

- кусачки Люэра;
- кусачки Листона ;
- распаторы;
- пила-ножовка ;
- пила Джигли ;
- долото прямое ;
- долото желобоватое ;

молоток .

4. Инструменты для трепанации черепа.

Общий набор.

К нему:

распатор прямой;
распатор изогнутый ;
долото прямое ;
долото желобчатое ;
молоток;
кусачки Листона;
кусачки Дальгрена;
коловорот с набором фрез;
черепное долото;
мозговой шпатель (элеватор);
стерильный резиновый баллон (груша).

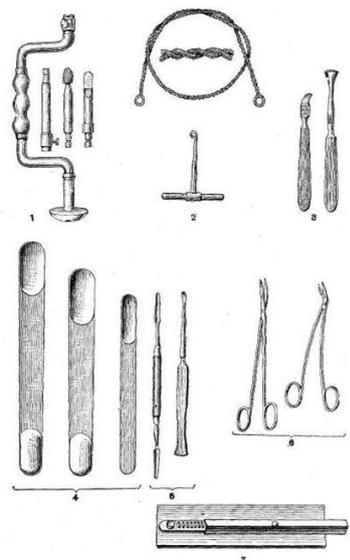


Рис № 7. Инструменты для трепанации черепа: 1) коловорот с фрезами, 2) проволочная пила Джигли, 3) распаторы, 4) мозговой шпатель, 5) диссектор, 6) ножницы, 7) клипсы. А так же кусачки костные Люера и Дальгрена.

5. Инструменты для аппендэктомии.

Скальпели остроконечные ;
скальпели брюшистые ;
кровоостанавливающие зажимы Кохера;
кровоостанавливающие зажимы Пеана ;
крючки Фарабефа;
крючки Лангенбека ;
зонд Кохера;
анатомические пинцеты большие;
ножницы с тупым концом ;
ножницы с острым концом ;
кишечные иглы .

6. Набор инструментов для трахеостомии

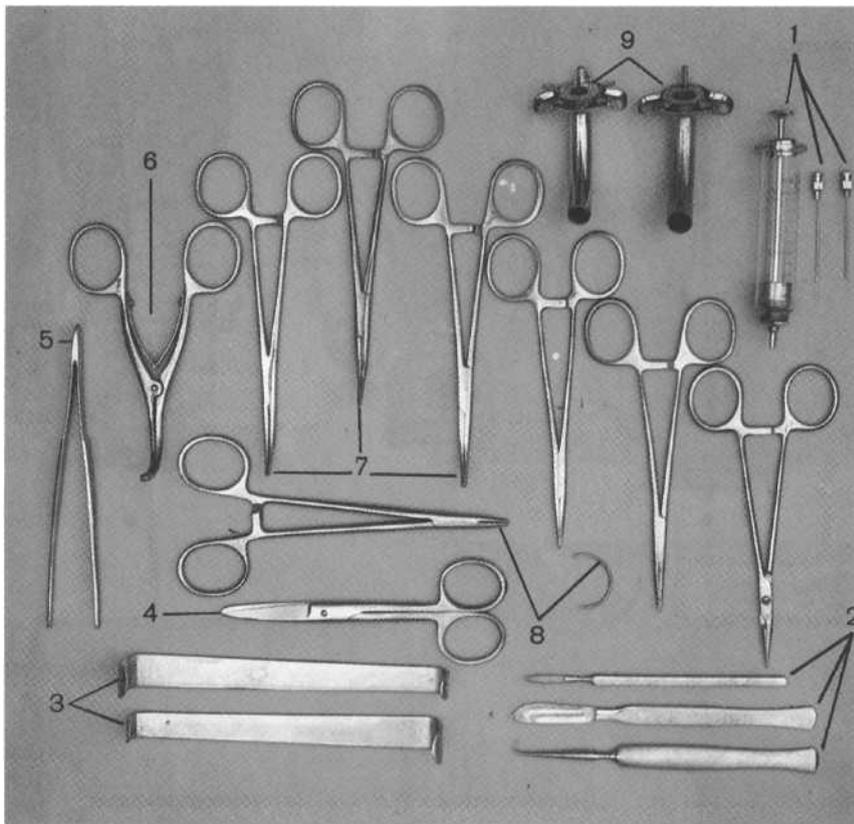


Рис № 8. Набор инструментов для трахеостомии.

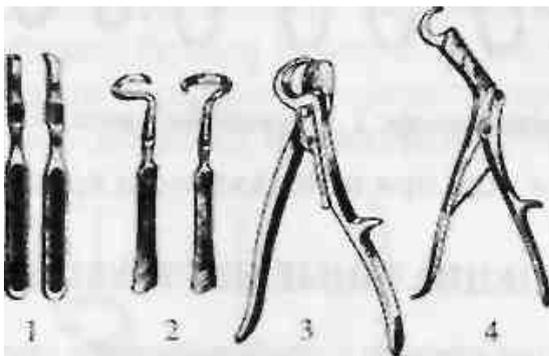
1 - шприц и инъекционные иглы; 2 - скальпель большой, маленький и однозубый крючок; 3 - крючки; 4 - ножницы; 5 - пинцет; 6 - ранорасширитель Труссо; 7 - кровоостанавливающие зажимы прямые и изогнутые; 8 - иглодержатель и игла; 9 - трахеотомические трубки.

7. Инструменты для резекции ребра.

Общий набор (без кишечных игл).

К нему:

реберный распатор Фарабефа;
 реберный распатор Лангенбека1;
 реберный распатор Дуайена;
 реберные ножницы Дуайена;
 кусачки Купера;
 кусачки Люэра;
 кусачки Листона;
 шприцы 10- и 20-граммовые для пробной пункции плевральной полости и иглы к ним — 4.



Рис№ 9. Инструменты для поднадкостничной резекции ребра: 1 - распаторы Фарабефа прямой и изогнутый; 2 - распатор Дуайена; 3 - кусачки реберные с разъемным замком; 4 - кусачки реберные гильотинные

8. Инструменты для грыжесечения.

Общий набор.

К нему:

жомы кишечные эластические прямые;
 жомы кишечные эластические изогнутые;
 жомы раздавливающие;
 ранорасширители (брюшные зеркала);
 иглы кишечные.

9. Инструменты для резекции желудка.

Общий набор.

К нему:

брюшные зеркала ;
кишечные жомы ;
зажимы Микулича;
жомы Пайра ;
иглы кишечные.

10. Инструменты для холецистэктомии.

Общий набор.

К нему:

зажим Федорова;
зажимы Микулича;
ранорасширители (брюшные зеркала) .

11. Инструменты для операции по поводу геморроя.

Общий набор.

К нему:

ректальное зеркало;
окончатые геморроидальные зажимы;
крючки Лангенбека .

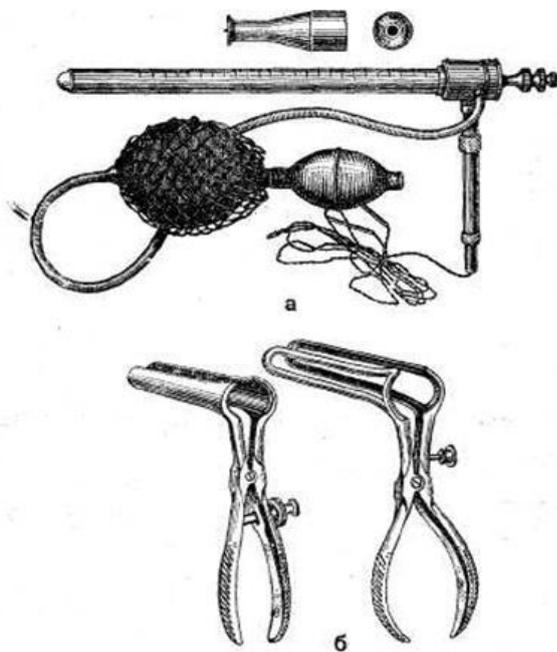


Рис №10. Инструменты для операций на прямой кишке: а) ректоскоп, б) ректальное зеркало.

12. Аппараты для сшивания кровеносных сосудов

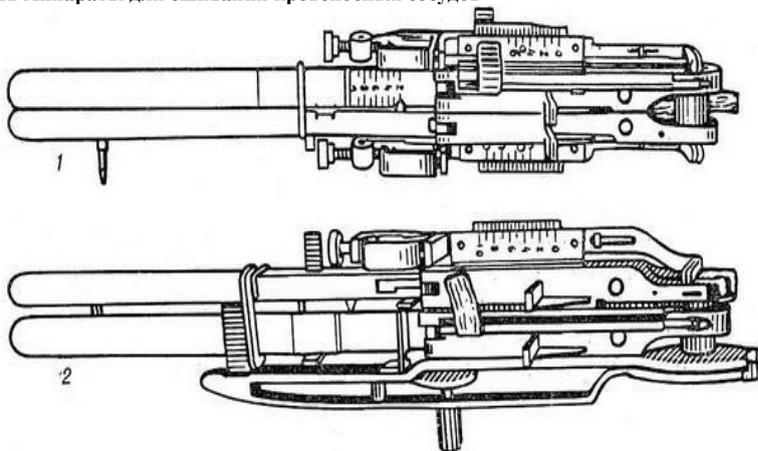


Рис №11. Аппараты для сшивания кровеносных сосудов: 1 — для сшивания конец в конец; 2 — для сшивания конец в бок.

13. Инструменты для операций на костях

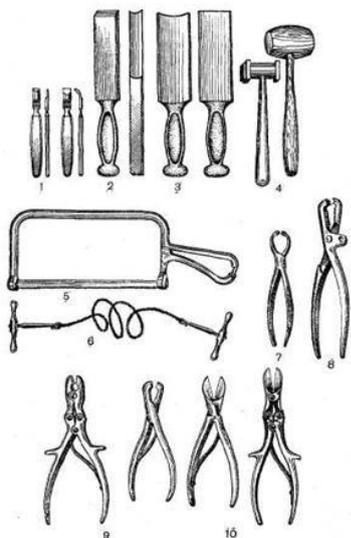


Рис №12. Инструменты для операций на костях: 1) raspator Фарабефа (прямой, изогнутый), 2) долото плоское и желобоватое, 3) остеотом, 4) молотки (металлические и деревянные), 5) дуговая пила, 6) проволочная пила Джигли, 7) фиксационные щипцы Олье, 8) фиксационные щипцы Фарабефа, 9) кусачки Люэра, 10) щипцы Листона.

14. Аппараты для сшивания полых органов

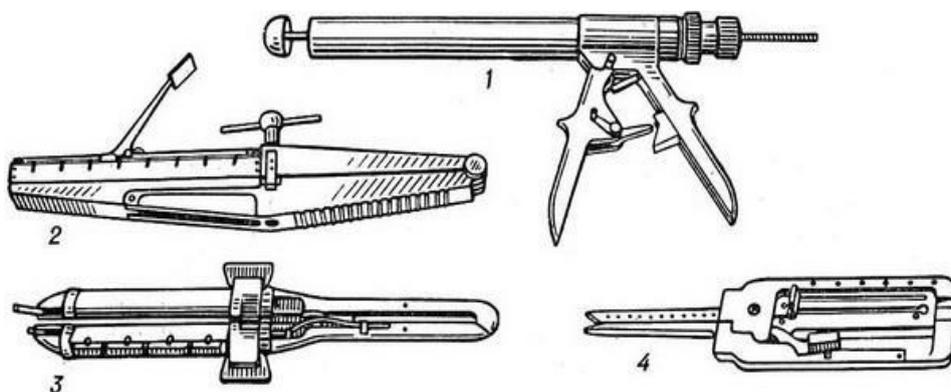


Рис № 13. Аппараты для сшивания полых органов: 1 — для наложения пищеводно-кишечных и пищеводно-желудочных анастомозов; 2 — для ушивания культи желудка двухрядным погружным швом; 3 — для сшивания кишок конец в конец, конец в боки бок в бок; 4 — для наложения желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов бок в бок.

15. Инструменты для операций на грудной стенке и на органах грудной полости

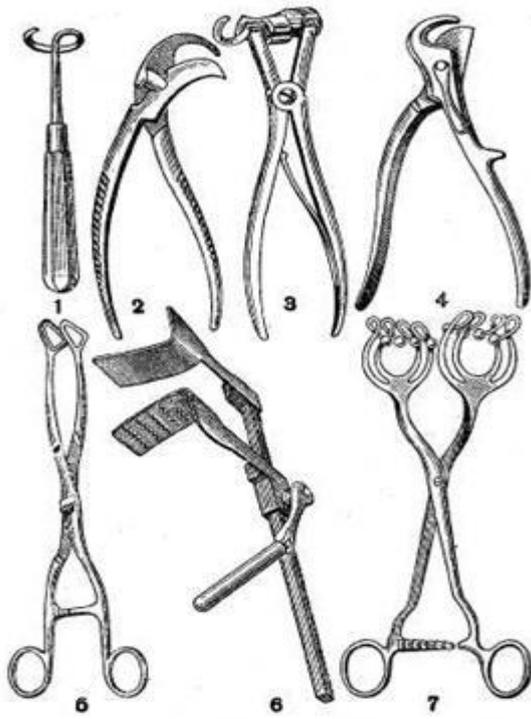


Рис № 14. Инструменты для операций на грудной стенке и на органах грудной полости: 1) распатор Дуайена, 2) кусачки Дуайена, 3) кусачки Шумахера, 4) кусачки Штилле, 5) щипцы Люэра, 6) ранорасширитель, 7) щипцы Фридриха.

16. Скобки для сшивания тканей (увеличены)



Рис №15. Скобки для сшивания тканей (увеличены): 1 — до сшивания; 2 — после сшивания.

17. Инструменты для операций на почках и мочевыводящих путях

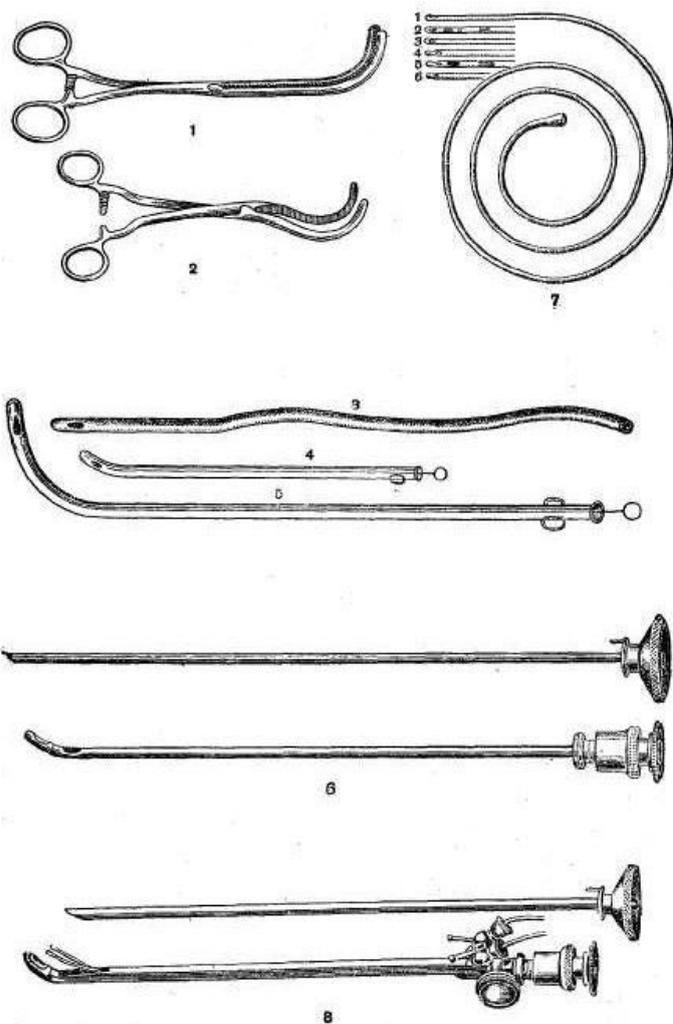


Рис №16. Инструменты для операций на почках и мочевыводящих путях: 1—2) почечный зажим Федорова, 3) катетер резиновый, 4—5) катетер металлический, 6) цистоскоп, 7) мочеточниковые катетеры (цифры 1—6—номерные обозначения формы носовой части), 8) цистоскоп катетеризационный.

18. Инструменты для операций на конечностях

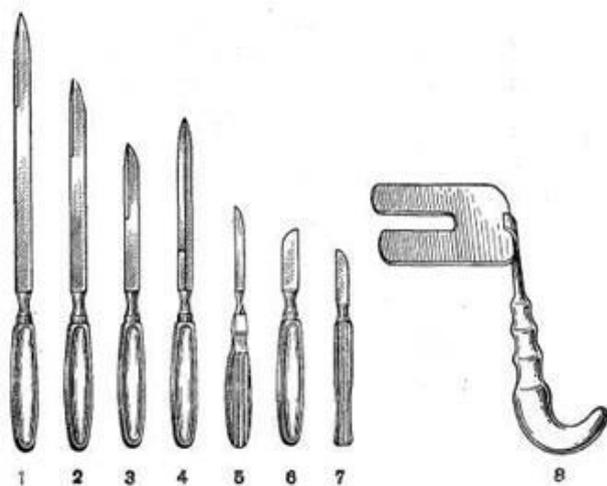


Рис №17. Инструменты для операций на конечностях (ампутации конечностей): 1—3) ампутационный нож (большой, средний, малый), 4) обоюдоострый нож, 5) фалангальный нож, 6) резекционный нож, 7) скальпель, 8) ретрактор.

19. Способы подачи стерильных инструментов

Инструменты хирургу подает операционная сестра .

Существуют три способа подачи инструментов:

1. В руки хирургу.

Способ удобен для хирурга, так как он в этом случае не отвлекается от работы в ране. Удобен он и для операционной сестры, так как на инструментальном столе легче соблюдать асептику, потому что она одна прикасается к нему.

2. Подача на столик.

Способ удобен для операционной сестры, так как хирург сам берет нужный инструмент со столика в нужный момент операции.

Сестра в этом случае только следит за наличием инструментов, их готовностью к работе и соблюдением асептики. Но хирург при этом отвлекается на поиск инструмента на столике.

Такой способ может применяться при гнойных операциях, когда есть опасность инфицировать руки сестры и перенести инфекцию на большой стерильный стол.

3. Комбинированный.

Способ представляет собой сочетание первых двух способов. Он является самым распространенным.

В самый сложный момент операции инструмент хирургу подается в руку, а в менее сложный он сам берет со столика готовый к работе инструмент.

При подаче инструментов корнцангом (при опасности инфицировать руки) операционная сестра должна быть уверена, что инструмент захвачен прочно: это требует у нее наличия определенных навыков, так как подать инструмент корнцангом сложнее.

Если сестра подает инструмент рукой, то она не должна дотрагиваться до той части инструмента, который будет касаться раны.

Подача скальпеля

Скальпель подается рукояткой к хирургу, лезвием к себе. Острая часть лезвия повернута вверх. Само лезвие находится в пальцах сестры между слоями маленькой стерильной салфетки, как между листами книжечки. Это предупреждает случайную травму перчаток и пальцев сестры.



Рис №18. Подача скальпеля.

Подача ножниц

Ножницы и зажимы, острые крючки подаются в закрытом виде кольцами к хирургу.

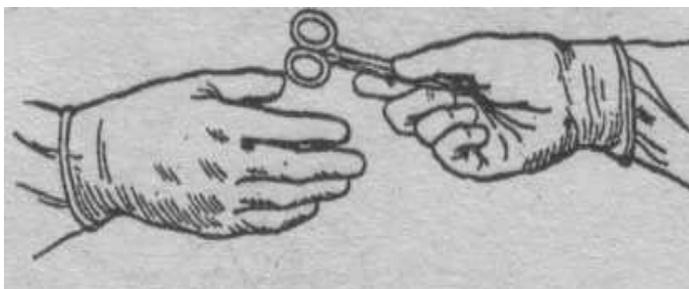


Рис №19. Подача ножниц.

Подача пинцета

Пинцеты подаются раздвоенными концами к себе. Большая ошибка подать хирургический пинцет вместо анатомического, так как хирург, не заметив ошибки сестры, может повредить сосуд или стенку органа.

Подача иглодержателя

Иглодержатель подают браншами, удерживая длинный конец нити пинцетом, находящимся в левой руке. При этом ушко иглы должно быть обращено вверх и влево, а острие – вверх и вправо. Нити без иглы подают пинцетом.

Операционная сестра может держать пинцетом длинный конец нити. Иглодержатель не кладется на инструментальный столик острием иглы вниз, чтобы не проколоть стерильные простыни и не расстерилизоваться. Его следует класть методом подкладывания на край столика, чтобы игла ничего не касалась.

Подача шовного материала

Подача шовного материала осуществляется следующим образом. Нити без игл подают пинцетом, не касаясь их руками. Длина нити определяется видом шва.

Для непрерывного шва берут нить длиной 40 — 45 см, для узлового поверхностного — 18 — 20 см, для узлового шва, накладываемого в глубокие раны, а также для кيسетного — 25 — 30 см.

Кетгут следует брать немного длиннее шелковой нити, так как он скользит при завязывании. Выбор толщины нити зависит от необходимой прочности шва: шелк № 0 применяется для шва сосудов и нервов, № 1 и 2 — кишечного шва, № 3 и 4 — кожного шва, № 4 — 6 — шва апоневроза.

Мышцы, как правило, зашивают кетгутом. Подавать следует только прочную нить, что проверяется пробой на разрыв нити.

Подбор игл

Подбор игл осуществляется следующим образом. Игла может быть круглой или трехгранной в зависимости от сшиваемой ткани.

Круглая (кишечная) игла применяется для внутренних швов на органах брюшной полости, а трехгранная для наружных для сшивания мышц, апоневроза и кожи.

Иглы имеют различную кривизну: более пологая — для кожи, со средней кривизной — для мышц, с самой большой кривизной — для глубоких слоев раны. Игла должна соответствовать толщине нити шовного материала.

20. Техника снятия кожных швов

Оснащение:

стерильный лоток;
перевязочный материал;
кожный антисептик;
ножницы;
хирургический пинцет.

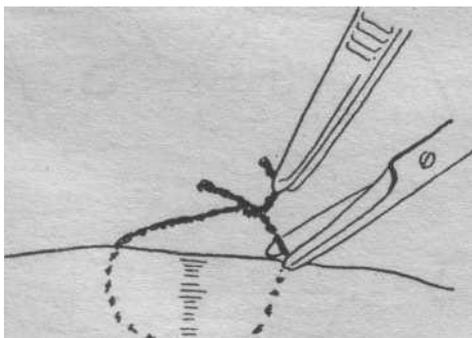


Рис №20. Снятие узловых кожных швов

Последовательность выполнения:

обработать кожу вокруг шва и сам шов йодонатом или йодопирином;
приподнять хирургическим пинцетом узел;
несколько вытянуть лигатуру из канала шва, чтобы при извлечении не протаскивать через канал часть нити, находившуюся вне кожи;
срезать нить ниже узла и вытянуть ее целиком;
обработать шов антисептиком (йодонатом или йодопирином) и наложить асептическую повязку.

6. Самостоятельная работа студентов на практическом занятии

6.1 Решение ситуационных задач.

Задание для решения ситуационных задач:

1. Прочитайте условие задачи.
2. Решите предложенные задачи с использованием справочного материала.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Приложение 2

Задача №1

При подаче иглодержателя с иглой хирургу операционная медицинская сестра проколола перчатку хирургу.

Задание:

1. Какую ошибку допустила медицинская сестра.
2. Перечислите правила подачи иглодержателей, скальпелей, ножниц и кровоостанавливающих зажимов хирургу.

Задача №2

В нейрохирургическое отделение поступил больной с закрытой черепно-мозговой травмой. Больного подготовили на операцию трепанация черепа.

Задание: Приготовьте инструментарий необходимый для данной операции.

Задача №3

При проведении операционной медицинской сестрой контроля качества предстерилизационной очистки операционного инструментария фенолфталеиновая проба положительная (розовое окрашивание).

- Задание:** 1. Что определяет фенолфталеиновая проба?
2. Дальнейшая тактика медицинской сестры.

Задача №4

В хирургическое отделение поступил больной с обширной рваной раной бедра. Взят экстренно в малую операционную для проведения первичной хирургической обработки раны.

Задание: Приготовьте инструментарий необходимый для данной операции.

7. Подведение итогов. Выводы

8. Домашнее задание

8.1 Рефераты на тему:

- "Современный хирургический инструментарий"
- "Классификация и этапы проведения хирургической операции"

9. Литература:

- 9.1. Конспект лекции;
- 9.2. Учебник Э.Д.Рубан. «Хирургия», Ростов-на-Дону, «Феникс», 2014г, стр.65-76.

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Занятие №4. Тема: «Кровотечения»

Тема: «Организация работы фельдшера при кровотечениях».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация помощи при кровотечениях.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация работы фельдшера при кровотечениях»

Форма контроля знаний: фронтальный опрос

Дайте определение понятия «кровотечение» и «кровопотеря».

Назовите общие симптомы при значительной кровопотери

Перечислите местные симптомы кровотечения (легочное, желудочно-кишечное, в различные полости).

Каковы особенности кровопотери у детей, стариков, женщин?

Назовите классификацию кровотечения: по причине, механизму возникновения, виду кровоточащего сосуда, месту излития крови, времени возникновения, интенсивности.

Дайте краткую характеристику артериального, венозного, капиллярного и паренхиматозного кровотечения.

Расскажите о диагностике наружного и внутреннего кровотечения – субъективных жалобах, объективных признаках кровотечений?

Перечислите виды остановки кровотечения.

Укажите способы и методы временной и окончательной остановки кровотечения

Назовите осложнения кровотечений

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Пр продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация работы фельдшера при кровотечениях».

Методы контроля: Самостоятельная работа

1. Вы- фельдшер приёмного отделения. Поступил пациент с артериальным кровотечением из средней трети левого предплечья. Вам нужно наложить кровоостанавливающий жгут.

Наложение кровоостанавливающего жгута при артериальном кровотечении

Цель: временная остановка кровотечения.

Показания: артериальное кровотечение.

Оснащение: кровоостанавливающий жгут, салфетка, бумага, карандаш, ИПП, шина Крамера.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Наденьте на руки перчатки.	Обеспечение личной защиты.
Убедитесь в наличии артериального кровотечения.	Наличие показаний для наложения жгута
Разъясните пострадавшему ход манипуляции, успокойте его	Психологическая подготовка пациента.
Придайте конечности возвышенное положение по отношению к сердцу	Обеспечение оттока венозной крови из конечности для сохранения ОЦК.

Выберите правильно место наложения жгута (выше раны, по возможности близко к ней).	Профилактика осложнений.
На место предполагаемого наложения жгута положите мягкую прокладку из ткани или расправьте одежду.	Профилактика повреждения кожи.
Умеренно растяните жгут руками, подведите его под конечность и наложите первый циркулярный тур так, чтобы начальный участок жгута перекрылся последующим туром.	Этапы наложения жгута.
Зафиксируйте жгут.	Этапы наложения жгута.
Подложите под жгут записку с указанием времени наложения жгута (дата, час, минута), фамилией и должностью оказавшего первую помощь.	Профилактика некроза конечности. Жгут следует ослаблять каждые 20-30 минут и держать максимально 1 час зимой и 1,5-2 часа летом.
На рану наложить асептическую повязку. Конечность утеплить, но так, чтобы жгут был виден при транспортировке.	Профилактика осложнений.
Выполнить транспортную иммобилизацию	Создание покоя, уменьшение боли.

2. Вы- фельдшер приёмного отделения. Поступил пациент с венозным кровотечением из средней трети правого предплечья. Вам нужно наложить давящую повязку.

Цель: временная остановка кровотечения.

Показания: венозное кровотечение.

Оснащение: салфетки (ИПП), пинцеты (2 шт.), резиновые перчатки, валик из ваты и марли, раствор антисептика для кожи.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Вымыть и обработать руки, надеть и обработать перчатки	Профилактика вторичного инфицирования раны, обеспечение личной безопасности
Усадите или уложите пациента	Создание условий для выполнения манипуляции.
Двухкратно обработать кожу вокруг раны раствором антисептика (спирт 70%, йодонат, хлоргексидина биглюконат и др.).	Профилактика вторичного инфицирования раны.
На рану наложите подушечку индивидуального перевязочного пакета (ИПП) или стерильную салфетку	Профилактика вторичного инфицирования раны.
Поверх подушечки или салфетки наложите марлевый пелот (валик) так, чтобы он приходился как раз на рану.	Профилактика вторичного инфицирования раны.
Зафиксируйте повязку бинтовыми турами, делая перекрест бинта над раной и постоянно натягивая бинт.	Обеспечение давления на рану с целью остановки кровотечения
Выполнить транспортную иммобилизацию	Создание покоя, уменьшение боли.

3. Вы- фельдшер ФАПа. У Вас находится пациент с кровоточащей трофической язвой в области нижней трети правой голени. Вам нужно наложить гемостатическую губку на рану.

Цель: временная остановка кровотечения.

Показания: капиллярные и небольшие венозные кровотечения из поверхностных ран.

Оснащение: стерильные - пинцет, шарики и салфетки, ножницы, гемостатическая губка, растворы антисептиков; нестерильные – пинцет, ножницы, бинт.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Объясните пациенту суть и цель предстоящей манипуляции.	Для обеспечения эмоционального покоя пациента
Обработайте руки и наденьте перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности.
Нестерильными ножницами раскройте старую повязку и осторожно нестерильным пинцетом снимите ее.	Для непосредственного выполнения манипуляции
Двухкратно обработайте края раны (спирт этиловый 70%, спиртовой раствор хлоргексидина биглюконата, йодопирон и др.).	Для профилактики вторичного инфицирования раны.
Промойте рану растворами антисептиков (3% перекись водорода, фурацилин), просушите стерильными шариками.	Для уменьшения кровотечения и уменьшения микробной контаминации.
Нестерильными ножницами вскройте пакет, в который упакована губка и достаньте внутренний пакет с помощью стерильного пинцета	Для обеспечения выполнения манипуляции
Стерильными ножницами вскройте внутренний пакет и с помощью стерильного пинцета извлеките губку.	Для обеспечения выполнения манипуляции.
Стерильными ножницами отрежьте кусочек губки нужного размера (по размеру раны) и уложите его на поверхность раны. Слегка прижмите губку пинцетом к ране.	Для наиболее плотного контакта губки с тканями раны.
Наложите поверх губки стерильную салфетку и фиксируйте ее тугими бинтовыми турами (можно с перекрестом бинта над гемостатической губкой).	Для закрепления повязки и наиболее плотного соприкосновения гемостатической губки с раной.
Объясните пациенту, что участку тела, на котором расположена рана, необходимо обеспечить возвышенное.	Для уменьшения кровотечения и профилактики нарастания отека.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Занятие 5. Тема: «Подготовка больного к местной и общей анестезии»

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цели занятия:

Образовательная:

- сформировать у студентов представление о подготовке больного к общей и местной анестезии;
- сформировать у студентов знания по подготовке больного к общей и местной анестезии;
- сформировать у студентов представление о современных ингаляционных анестетических средствах, мышечных релаксантах.

Студент должен закрепить знания:

- по подготовке пациента к наркозу;
- о функциональных обязанностях медсестры анестезистки;
- о понятиях о местной анестезии и об участии фельдшера в ее проведении;
- о возможных осложнениях и их распознавании при проведении общего и местного обезболивания;
- об алгоритме оказания первой медицинской помощи при развитии осложнений.

Студент должен иметь практический опыт:

- применения методов местной анестезии в практической работе

Студент должен знать:

- показания и противопоказания к общей и местной анестезии;
- основные виды наркоза, классификацию.
- основные теории наркоза. Стадии наркоза.
- техническими средствами обеспечения наркоза.
- фармакологические средства для проведения общей и местной анестезии.

Студент должен уметь:

- проводить премедикацию по назначению врача;
- определить возможность проведения операции под местной анестезией;
- выбрать вид местной анестезии;
- оценить состояние больного для проведения общего и местного обезболивания;
- подготовить больного к проведению общей и местной анестезии;
- оказать помощь при осложнениях местной анестезии.

Развивающие цели: Развить у студентов умения, которые относятся к общим и профессиональным компетенциям:

Воспитательные цели:

- воспитать аккуратность и внимательность при выполнении работ с больными хирургического профиля;
- воспитать высокую творческую активность при изучении данной темы
- воспитать творческое отношение к избранной профессии.

Межпредметные связи: анатомия, физиология, основы патологии, латинский язык, основы сестринского дела, пропедевтика и диагностика в терапии, педиатрии, акушерстве и гинекологии.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме **Подготовка больного к местной и общей анестезии.**

Оснащение занятия: тематические больные с различными заболеваниями и оперированные под различными видами общего и местного обезболивания, таблицы, маски, интубационные трубки, ларингоскоп, шприцы, ампулы и флаконы с различными анестезирующими препаратами.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть. Организационный момент – предусматривает проверку внешнего вида студентов, подготовку аудитории к занятию и отметка отсутствующих.

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Вспомните, пользуясь своим конспектом, содержание лекции по общей и местной анестезии, изучите рекомендуемую литературу, выполните контрольные задания по теме и решите ситуационные задачи

2. Начальная мотивация учебной деятельности.

Общая анестезия (наркоз) - состояние, характеризующееся временным выключением сознания, болевой чувствительности, рефлексов и расслаблением скелетных мышц, вызванное воздействием наркотических веществ на центральную нервную систему.

Открытие в начале XIX в. эффективных методов хирургического обезболивания предшествовал многовековой период малорезультативных поисков средств и методов устранения мучительного чувства боли, возникающей при травмах, операциях и заболеваниях. Реальные предпосылки для разработки эффективных методов обезболивания начали складываться в конце XVIII в. Определяющее значение имело интенсивное развитие естественных наук, особенно химии и физики. Среди многочисленных открытий того периода было получение в чистом виде кислорода (Пристли и Шееле, 1771) и закиси азота (Пристли, 1772). В 1800 г. Деви опубликовал результаты обстоятельного изучения физико-химических свойств закиси азота. В 1818 г. Фарадей сообщил аналогичные данные в отношении диэтилового эфира. Оба исследователя обнаружили своеобразное дурманящее и подавляющее чувствительность действие закиси азота и паров эфира. Деви, испытывая закись азота, наблюдал эйфорию и появление приятных видений, что нередко сопровождалось смехом. Это дало ему основание назвать закись азота веселящим газом. Деви и Фарадей в своих трудах, представляющих результаты изучения соответственно закиси азота и диэтилового эфира, указывали на возможность использования их с целью обезболивания при операциях.

Еще более категоричные выводы в этом отношении сделал в 1824 г. Хикман, который обстоятельно изучил эффект закиси азота,

диэтилового эфира и углекислого газа. К сожалению, Парижская академия наук, куда Хикман обратился с предложением по этому поводу, не проявила интереса к результатам его исследований. Первую операцию под эфирным наркозом выполнил в 1842 г. Американский хирург Лонг. Затем он в течении нескольких лет накапливал наблюдения, не сообщая о них медицинской общественности.

В 1844 г. Независимо от Лонга американский зубной врач Уэллс использовал с целью обезболивания вдыхание закиси азота. Убедившись в эффективности такой методики анальгезии, он решил сообщить о своем открытии хирургам Бостона. Однако демонстрация метода оказалась неудачной: операция сопровождалась двигательными и речевым возбуждением больного и, несмотря на то что он после вмешательства говорил об отсутствии болевых ощущений, хирурги не поверили в эффективность метода. Через 2 года после неудачи, постигшей Уэльса, его ученик зубной врач Мортон при участии химика Джексона применил с целью обезболивания пары диэтилового эфира. Вскоре был достигнут желаемый результат. В той же хирургической клинике Бостона, где не получило признания открытие Уэльса, 16 октября 1846 г. был успешно продемонстрирован эфирный наркоз. Эта дата и стала исходной в истории общей анестезии.

В нашей стране первую операцию под эфирным наркозом произвел 7 февраля 1847 г. Профессор Московского университета Ф.И. Иноземцев. Через неделю после этого столь же успешно метод был использован Н.И. Пироговым в Петербурге. Затем наркоз стали применять ряд других крупных отечественных хирургов.

В первые десятилетия после открытия наркоза, когда выяснилось чрезвычайно важное значение его для развития хирургии, перед естествоиспытателями встал вопрос о сущности этого загадочного явления. Важно было выяснить место приложения и механизм действия наркотических веществ.

3. Атуализация опорных знаний студентов с элементами проверки домашнего задания.

Контроль знаний:

Фронтальный опрос

Назовите виды местной анестезии.

Перечислите показания к проведению местной анестезии.

Назовите классификацию местной анестезии.

Дайте характеристику препаратов для местной анестезии.

Дайте определение понятию наркоз.

Назовите классификацию общей анестезии.

Как проводится подготовка аппаратуры для наркоза?

Перечислите опасности и осложнения общей и местной анестезии.

Назовите способы проведения местного обезболивания и лечебных блокад.

В чем заключается подготовка больного к общей анестезии ?

Решите входные тесты.

Выберите один правильный ответ:

Вариант №1

1. Для инфильтрационной анестезии по Вишневскому используют:

- 1) 1% раствор лидокаина
- 2) 1% раствор новокаина
- 3) 0,25% раствор новокаина
- 4) 1% раствор тримекаина

2. Анестетик для местного обезболивания:

- 1) хлорэтил
- 2) фторотан
- 3) закись азота
- 4) оксибутират натрия

3. Проводниковую анестезию при вскрытии панариция проводят раствором новокаина:

- 1) 0,25%
- 2) 0,5 %
- 3) 1%
- 4) 5%

4. Премедикация проводится при плановых операциях:

- 1) за 2 часа до операции
- 2) непосредственно перед операцией
- 3) за сутки до операции
- 4) за 30 мин. до операции

5. При проведении премедикации перед общим обезболиванием не используют:

- 1) димедрол
- 2) промедол
- 3) атропин
- 4) диплацин

6. Для ингаляционного наркоза применяют:

- 1) калипсол
- 2) дроперидол
- 3) азеотропную смесь
- 4) оксибутират натрия

7. II стадия наркоза — это стадия:

- 1) хирургического сна
- 2) возбуждения
- 3) анальгезии
- 4) пробуждения

8. Хирургические операции на брюшной полости осуществляют в стадии наркоза:

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

9. Дитилин при интубационном наркозе используют для:

- 1) вводного наркоза

- 2) расслабления мышц
- 3) нормализации деятельности сердечно-сосудистой системы
- 4) профилактики бронхоспазма

10. При аппендэктомии и грыжесечении применяют анестезию:

- 1) по Лукашевичу-Оберсту
- 2) охлаждением
- 3) инфильтрационную
- 4) по Школьникову

11. Для перидуральной анестезии применяется:

- 1) ультракаин
- 2) тримекаин
- 3) дикаин
- 4) 0,25 раствор новокаина

12. Для ингаляционного наркоза применяется:

- 1) оксибутират натрия
- 2) закись азота
- 3) совкаин
- 4) калипсол

13. Для в/венного наркоза применяют:

- 1) трилен
- 2) лидокаин
- 3) тиопентал натрия
- 4) фторотан

Вариант №2

1. Концентрация новокаина для паранефральной блокады:

- 1) 5%
- 2) 0,25%
- 3) 1%
- 4) 10%

2. Наркотические вещества при ингаляционном наркозе вводят:

- 1) внутривенно
- 2) внутримышечно
- 3) через дыхательные пути
- 4) ректально

3. Грыжесечение у детей нельзя выполнять, используя:

- 1) внутривенный наркоз
- 2) инфильтрационную анестезию
- 3) масочный наркоз
- 4) эндотрахеальный наркоз

4. Стадия эфирного наркоза, при которой сознание больного уже полностью выключено:

- 1) III
- 2) IV
- 3) I
- 4) II

5. Для профилактики гиперсаливации и гиперсекреции трахеобронхиального дерева перед наркозом вводят раствор:

- 1) атропина
- 2) димедрола
- 3) анальгина
- 4) промедола

6. Максимально допустимая доза новокаина за 1 час операции:

- 1) 0,5% — 200,0
- 2) 1% — 100,0
- 3) 0,25% — 800,0
- 4) 2% — 20,0

7. При спинномозговой анестезии анестезирующее вещество вводится в:

- 1) субарахноидальное пространство
- 2) перидуральное пространство
- 3) вещество спинного мозга
- 4) футляры мышц

8. Абсорбер в наркозном аппарате необходим для:

- 1) поглощения влаги
- 2) поглощения углекислоты
- 3) подогрева газонаркозической смеси
- 4) поглощения анестетика

9. Эфир вызывает:

- 1) нарушение проводимости сердца
- 2) раздражение слизистой оболочки дыхательных путей
- 3) метаболический ацидоз
- 4) артериальную гипотензию

10. При анестезии смазыванием применяют раствор новокаина:

- 1) 0,5%
- 2) 1%
- 3) 2%

4) 10%

11. При общей внутривенной анестезии менее выражена следующая стадия наркоза:

- 1) аналгезии
- 2) возбуждения
- 3) хирургическая
- 4) пробуждения

12. Интубацию трахеи проводят для:

- 1) предупреждения регургитации
- 2) проведения ИВЛ
- 3) предупреждения асфиксии вследствие западания языка
- 4) осуществления бронхоскопии

13. Перед эндоскопическим методом обследования чаще применяется анестезия:

- 1) смазыванием и орошением
- 2) охлаждением
- 3) инфильтрационная
- 4) по Оберсту-Лукашевичу

Эталон ответа

1в	1-3	2-1	3-3	4-4	5-4	6-3	7-2	8-3	9-2	10-3	11-2	12-2	13-3
2в	1-3	2-3	3-2	4-4	5-1	6-3	7-1	8-2	9-2	10-4	11-2	12-2	13-1

4. Инструкция по выполнению программы учебного занятия:

Проверьте рабочее место на предмет наличия всего необходимого для Вашей работы. При необходимости обратитесь к преподавателю.

При отработке 1-го учебного вопроса занятия - механизмы и причины возникновения боли. Оценка анестезиологического риска – обратитесь внимание на теории возникновения боли, физиологические изменения при этом. Критерии оценки анестезиологического риска.

При отработке 2-го учебного вопроса занятия – мониторинговые системы контроля - обратитесь внимание на возможность динамического контроля с использованием компьютерных программ и видеонаблюдения, при оценке объективных методов исследования и оценки тяжести состояния больных и пострадавших – обратитесь внимание на последовательность объективного обследования пострадавших и современные методы инструментального обследования больных.

При отработке 3-го учебного вопроса – виды наркоза. Аппаратура и методы ингаляционного наркоза. Современные ингаляционные анестетические средства, мышечные релаксанты - обратитесь внимание на показания и противопоказания к различным видам наркоза. Современная аппаратура для ингаляционного наркоза. Длительность и эффективность отдельных анестетических средств и какие преимущества при проведении оперативных вмешательств с использованием миорелаксантов.

5. При проведении заключительной части учебного занятия

Решите ситуационные задачи (приложение). Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий. Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично. Обратитесь внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой.

5. Изучение нового материала.

5. 1. «Подготовка больного к общей и местной анестезии» (Аннотация ,приложение 1).

5.2. Отработка практических манипуляций (Измерение АД, PS, ЧД, чтение ЭКГ).

5.2. Демонстрация больных по теме.

Приложение 1

АННОТАЦИЯ

1. Подготовка к местной анестезии

Специальной подготовки к местной анестезии не требуется. Однако у эмоционально лабильных людей для предупреждения психологического стресса назначают премедикацию за 30 — 40 мин до операции.

Для этого вводят препараты седативного (успокаивающего) действия — седуксен, реланиум, нейролептики (гипнотики) — дроперидол, наркотический анальгетик — например, промедолом.

Для профилактики аллергических осложнений вводят антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил).

2. Подготовка к инфильтрационной анестезии

В основе инфильтрационной анестезии лежит пропитывание тканей в области операции раствором местного анестетика, который приходит таким образом в непосредственное соприкосновение с нервными окончаниями, блокируя проводимость нервных импульсов.

Для анестезии кожи вводят внутривенно тонкой иглой 0,25—0,5% раствора новокаина; при этом образуется кожный желвак в виде так называемой «лимонной корочки» по ходу предстоящего разреза (см. рис. №1).

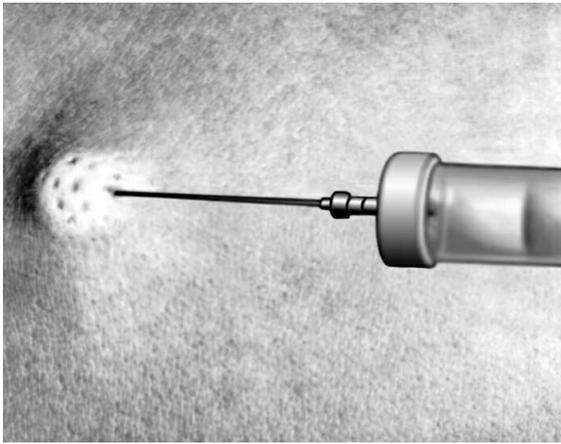


Рис №1. «Лимонная корочка» при местной инфильтрационной анестезии.

Каждый последующий вкол иглы должен приходиться по периферии желвака. В дальнейшем анестезию производят послойно, техника ее имеет особенности в зависимости от типа операции. Проводится хирургом.

Фельдшер готовит:

- кожный антисептик;
- стерильный материал (марлевые шарики);
- стерильный стакан с 0,25% - 0,5 % раствором новокаина;
- шприц вместимостью 20 мл;
- иглы.

При анестезии в области рубцов и плотной кожи (волосистая часть головы, ладонные поверхности кистей и т. д.) лучше пользоваться шприцами вместимостью 10 мл. Иглы должны быть тонкими, острыми, с небольшим скошенным краем.

3. Подготовка к проводниковой анестезии

Местная анестезия проводниковая состоит в блокаде нервных стволов, несущих болевые ощущения из операционной зоны, раствором новокаина. Наиболее часто этот способ применяют при операциях на пальцах кисти – способ Лукашевича. Анестезию проводит хирург.

Фельдшер готовит:

- кожный антисептик;
- стерильный материал (марлевые шарики);
- стерильный стакан с 1% -2% раствором новокаина;
- шприц вместимостью 10 - 20 мл;
- иглы.
- стерильная резиновая полоска шириной 5 мм и длиной 12–15 см;
- кровоостанавливающий зажим.

Стерильная резиновая полоска необходима для тугого перетягивания основания пальца. Кровоостанавливающий зажим необходим для фиксации резиновой полоски у основания пальца (см. рис №2).

Анестезия бывает полнее и длительнее, если жгут затянут на кисти, обескровленной в результате поднятия вверх.

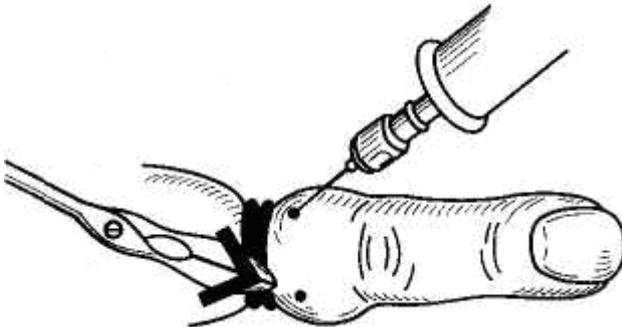


Рис №2. Проводниковая анестезия по Оберсту—Лукашевичу

4. Подготовка к внутривенной анестезии

Местная анестезия внутривенная применяется при операциях и перевязках на конечностях.

Конечности придают возвышенное положение на 2–3 мин, после чего на проксимальный ее отдел накладывают резиновый жгут до исчезновения пульса.

Целесообразно использовать манжетку от аппарата для измерения артериального давления, в ней создают давление на 30–50 мм рт. ст. выше артериального давления больного.

После этого обрабатывают операционное поле и производят пункцию любой подкожной вены, расположенной дистальнее наложенного жгута. Обычным шприцем в вену вводят 100–250 мл 0,5 % раствора новокаина.

Фельдшер готовит:

- кожный антисептик;
- стерильный материал (марлевые шарики);
- стерильный стакан с 0,25% -0,5% раствором новокаина;

шприц вместимостью 10 - 20 мл;

иглы.

резиновый жгут.

Анестезия наступает через 10 мин после введения раствора новокаина и держится до снятия жгута.

5. Подготовка к внутрикостной анестезии

Внутрикостное обезболивание в перевязочных стационарах и поликлиник применяют при операциях по поводу гнойных заболеваний кисти и стопы, репозиции вывихов, открытых и закрытых переломов кисти и стопы, при первичной хирургической обработке ран кисти и стопы, удалении инородных тел.

Противопоказана внутрикостная анестезия больным с выраженными отеками конечностей, заболеваниями сосудов, рожистым воспалением. При гнойных заболеваниях к раствору новокаина добавляют антибиотики.

На 2–3 мин конечности придают возвышенное положение, после чего проксимальнее операционного поля накладывают жгут или манжету до исчезновения пульса на периферии.

Операционное поле обрабатывают, отграничивают стерильной простыней и при помощи тонкой иглы производят анестезию кожи, подкожной клетчатки и надкостницы в намеченном участке. Иглой Бира с мандреном прокалывают кость.

После извлечения мандрена внутрикостно вводят необходимое количество раствора новокаина.

Фельдшер готовит:

кожный антисептик;

стерильный материал (марлевые шарики);

стерильный стакан с 0,5% - 2% раствором новокаина;

шприц вместимостью 10 - 20 мл;

иглы (тонкую для анестезии);

1-2 резиновых жгута;

укороченную иглу Бира с плотно пригнанным мандреном.

Количество вводимого анестетика зависит от его концентрации так ,при концентрации раствора:

0,5 % раствора требуется от 30 до 100 мл;

1 % раствора – от 20 до 50 мл;

2 % раствора – от 8 до 25 мл.

Чаще употребляют 0,5 % раствор, для анестезии кисти его требуется 40–60 мл, предплечья – 60–80 мл, голени – 80-120 мл.

Обезболивание наступает через 5-15 мин после введения новокаина, держится до снятия жгута и прекращается через 5 мин после его снятия.

6. Подготовка к анестезии охлаждением хлорэтилом

Местная анестезия охлаждением хлорэтилом имеет ограниченные показания вследствие незначительности распространения и очень короткой продолжительности.

Анестезия распространяется только на кожу, нередко сопровождается неприятными ощущениями больного, но в то же время она совершенно безопасна. Проводит ее сестра.

Фельдшер готовит:

ампулу с хлорэтилом.

Техника проведения

Медсестра встает лицом к операционному полю так, чтобы направить струю хлорэтила приблизительно с расстояния 50 см. Достаточно сломать капилляр ампулы и наклонить ее книзу, чтобы получить выделение тонкой струи хлорэтила.

Необходимо, чтобы испарение происходило непосредственно на коже без смачивания ее жидкостью. Если ампула расположена слишком близко к поверхности тела больного, кожа смачивается хлорэтилом и тогда анестезия наступает медленно.

Концом скальпеля хирург указывает место, куда направить струю. Струя должна быть проведена точно по линии разреза от одного его конца до другого, не отклоняясь в ту или другую сторону. Примерно через 30–40 секунд становится видно, как кожа, вначале гиперемированная, быстро белеет и покрывается меленькими снежными кристаллами. В этот момент наступает анестезия.

Медсестра поднимает ампулу и закрывает капилляр большим пальцем, а хирург тотчас же производит разрез. Через 1–2 мин, как только исчезает белая окраска кожи, восстанавливается ее чувствительность.

При длительном и чрезмерном замораживании после применения хлорэтила может наступить поверхностная эритема или даже некроз участка кожи.

7. Подготовка и проведение блокад

Блокады новокаиновые.

Сестра готовит теплый 0,25-0,5 % раствор новокаина, два шприца, вместимостью 10 и 20 мл, и иглы разных размеров.

Короткая новокаиновая блокада (обкалывание новокаином) применяется при острых воспалительных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки.

Требуется 30–50 мл 0,25 % раствора новокаина, к которому по указанию хирурга добавляют антибиотики.

Футлярная новокаиновая блокада

Она заключается во введении через длинную (10–20 см) иглу теплого 0,25 % раствора новокаина в Фасциально-мышечные футляры конечности (см.рис №3)

Для создания футлярного блока на бедре требуется 150–200 мл новокаина, на плече –100–150 мл.

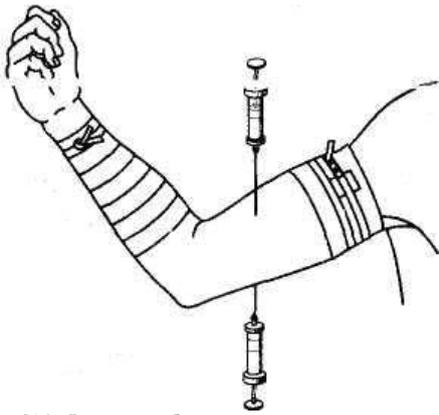


Рис №3. Футлярная блокада плеча

Блокада мест переломов.

После обработки операционного поля тонкой иглой производят анестезию кожи и подкожной клетчатки. Затем, сменив иглу на более толстую, пунктируют место перелома кости и пытаются аспирировать расположенную в этом месте гематому.

Манипуляция заканчивается введением 10–20 мл 2% раствора новокаина.

Для блокады межреберных нервов при переломах ребер применяют 5-10 мл 1% раствора новокаина. Для достижения длительного обезболивания хирург производит спиртоновокаиновую блокаду межреберных нервов.

Для этого должен быть приготовлен стерильный раствор следующего состава: новокаин 2 г, спирт этиловый 96 % 80 мл, воды дистиллированной 20 мл.

Блокада за грудиной

Она применяется у больных с тяжелой травмой груди. Необходимо приготовить 50-100 мл 0,5 % раствора новокаина и шприц с длинной и тонкой иглой.

После обработки кожи в области яремной ямки хирург вводит длинную иглу в за грудинное пространство, предварительно изогнув ее под углом для того, чтобы кончик иглы продвигался строго в переднем средостении, и не мог поранить дугу аорты.

Блокада паранефральная (по А. В. Вишневскому).

Больного укладывают на перевязочный стол на противоположный по отношению к стороне блокады бок и под поясничную область подкладывают валик (см.рис №4).

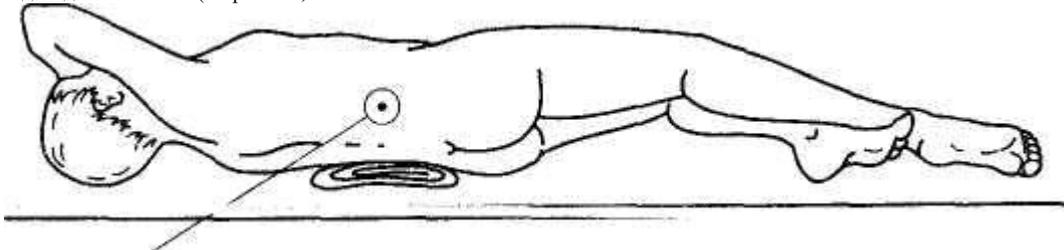


Рис №4. Положение больного при выполнении паранефральной блокады по Вишневскому

После обработки кожи раствором антисептика и изоляции операционного поля хирург берет шприц вместимостью 20 мл, наполненный 0,25 % раствором новокаина, и с помощью тонкой инъекционной иглы внутрикожно вводит 2 мл новокаина в области угла между XII ребром и длинными мышцами спины.

Затем, сменив иглу на более длинную, хирург продвигает ее в глубину тканей, перпендикулярно поверхности кожи предпосылая продвижению иглы введение раствора новокаина. После достижения паранефральной клетчатки хирург медленно вводит 60-100 мл 0,25 % теплого раствора новокаина.

По окончании блокады место пункции обрабатывают раствором антисептика и заклеивают клеолом.

Блокада внутритазовая (по Школьникову–Селиванову)

Она применяется при переломах костей таза. После обработки антисептиком кожи в области крыла подвздошной кости хирург производит анестезию кожи 1–2 мл 0,25 % раствором новокаина.

Затем длинной иглой проходит через обезболенный участок кожи по крылу подвздошной кости и забрюшинно вводит от 200 до 400 мл 0,25 % раствора новокаина с одной стороны.

При необходимости делают блокаду и с другой стороны таким же количеством раствора новокаина.

Блокада вагосимпатическая шейная (по А. В. Вишневскому).

Больного укладывают на перевязочный стол на спину, голова должна быть максимально повернута в противоположную от места блокады сторону (см.рис №5).

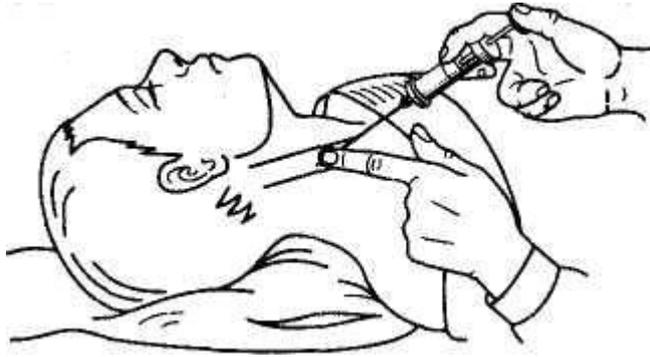


Рис №5. Шейная вагосимпатическая блокада по Вишневному

Под лопатки подкладывают небольшой валик. Рука на стороне предполагаемой блокады должна быть приведена к туловищу, причем ассистент хирурга или сестра сильно оттягивает ее вниз, благодаря чему опускается надплечье.

Обработав кожу раствором антисептика и изолировав операционное поле большими стерильными салфетками, хирург внутрикожно вводит 2 мл 0,25 % раствора новокаина, пользуясь тонкой инъекционной иглой.

Затем меняет иглу на более длинную и в область сосудисто-нервного пучка медленно вводит 30–50 мл 0,25 % раствора новокаина. Место инъекции обрабатывают раствором антисептика.

8. Подготовка больного к общей анестезии (наркозу)

Подготовка к наркозу должна быть закончена до того, как больной поступит в операционную.

Подготовка больного к наркозу включает:

Осмотр больного.

Её производят накануне операции, в экстренных случаях — сразу же, как только принято решение об операции.

Цель осмотра:

успокоить больного, внушить ему уверенность в благополучном исходе вмешательства (это важно для профилактики возбуждения); составить себе представление об индивидуальных особенностях больного и сопутствующих нарушениях, которые могут осложнить течение наркоза.

оценить эмоциональное состояние пациента, выраженность вен, степень открытия рта;

отметить аномалии зрачка, цвет слизистых оболочек и кожных покровов (женщинам рекомендуют удалить лак с ногтей и помаду с губ), тип дыхания, артериальное давление.

На ночь назначают снотворное. Больного предупреждают, чтобы он воздерживался от пищи и воды за 8 час. до наркоза. Если нет уверенности в том, что желудок перед наркозом пуст (особенно перед экстренными операциями), необходимо промыть его при помощи толстого зонда.

Лучше лишний раз промыть желудок, чем подвергать больного опасности аспирации. Перед доставкой в операционную больной должен **опорожнить мочевой пузырь**, снять протезы зубов, глаз.

За 1,5–2 часа до наркоза начинают премедикацию — подготовку лекарственными веществами, успокаивающими больного, снижающими слюноотделение, улучшающими течение наркоза.

Наиболее простая премедикация:

нембутал — 0,1 г внутрь за 2 часа;

морфин или омнопон — 1 % раствор 1 мл или промедол — 2% раствор 1 мл;

атропином — 0,1% раствор 0,3–0,5 мл подкожно за 1 час до наркоза.

В операционную больного доставляют на каталке или носилках. Перед экстренными вмешательствами инъекция может быть сделана внутривенно.

При обстоятельствах, не терпящих отлагательства, премедикация может быть ограничена введением атропина на операционном столе.

9. Принципиальное устройство наркозного аппарата.

Основными компонентами наркозного аппарата являются дозиметр, испаритель и дыхательный блок.

- Дозиметры служат для измерения и регулирования потока газов, поступающих в аппарат по шлангам от их источников. Наиболее часто используют дозиметры ротаметрического типа. Газы (кислород, закись азота) обычно хранятся в баллонах в специально отведённом вне операционного блока месте, откуда по трубам поступают в операционную. Подводка этих основных газов осуществляется к каждой операционной, отделению реанимации и интенсивной терапии, противошоковой палате.
- Испарители предназначены для превращения жидких анестетиков в пар и дозированного поступления его в дыхательную систему.

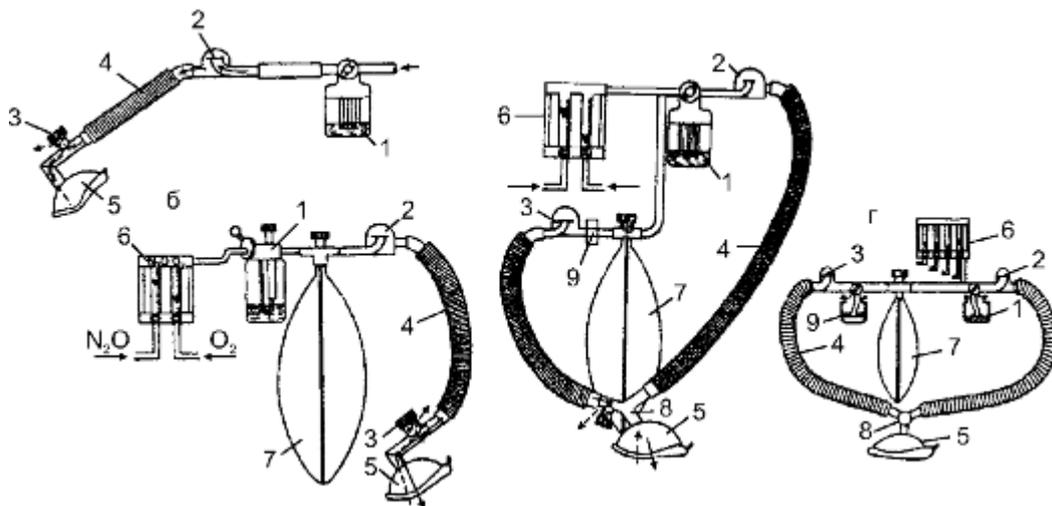


Рис. 6. Схемы различных дыхательных контуров: а - открытый контур; б - полуоткрытый контур; в - полужакрытый контур; г - закрытый контур; 1 - испаритель; 2 - клапан вдоха; 3 - клапан выдоха; 4 - шланг; 5 - маска; 6 - дозиметр; 7 - дыхательный мешок; 8 - тройник; 9 - адсорбер

- Дыхательный блок состоит из адсорбера, дыхательных клапанов и дыхательного мешка, соединённых между собой шлангами.
- Адсорбер служит для поглощения CO_2 с помощью содержащейся в нём натронной извести (поглотитель). Реакция нейтрализации углекислоты сопровождается нагреванием адсорбера, что может быть ориентировочным показателем полноценности его работы.
- Существуют два дыхательных клапана (клапан вдоха и клапан выдоха), обеспечивающих направление газового потока: предохранительный клапан, осуществляющий сброс дыхательной смеси во внешнюю среду при превышении максимально допустимого давления в системе, и нереверсивный клапан, предназначенный для разделения вдыхаемого и выдыхаемого потоков смеси.

- Дыхательный мешок необходим для ручного нагнетания смеси в дыхательные пути, а также как резервуар для накопления избыточной смеси.

Дыхательный контур. В зависимости от устройства и работы дыхательного блока возможно использование различных дыхательных контуров (рис. 6).

- Открытый контур. Вдох осуществляется из атмосферного воздуха, проходящего через испаритель (дозиметр), а выдох - в атмосферу операционной. При этом происходит большой расход наркотического вещества с загрязнением воздуха операционной. Для предотвращения последнего выдыхаемый воздух по шлангам может выводиться на улицу.
- Полуоткрытый контур. Пациент вдыхает смесь кислорода с наркотическим веществом из аппарата и выдыхает её во внешнюю среду. Для больного это самый лучший способ. Но по-прежнему высоки расход анестетика и загрязнение воздуха операционной.
- Полужакрытый контур. Вдох такой же, как при полуоткрытом контуре, а выдох - частично в атмосферу, а частично - в аппарат, где, проходя через адсорбер и освобождаясь от CO_2 , смесь вновь поступает в дыхательную систему аппарата. В современных наркозных аппаратах доля смеси, выдыхаемой во внешнюю среду, может варьировать.
- Закрытый контур. Вдох осуществляется из аппарата, выдох - также полностью в аппарат. Выдыхаемая смесь в адсорбере освобождается от CO_2 и, смешиваясь с наркотической смесью, вновь поступает к больному. Это наиболее экономичная и экологически чистая система. Но существует опасность развития гиперкапнии из-за возможного нарушения в работе адсорбера (поглотитель обычно требует замены через 4-5 ч работы).

Основные наркозные аппараты.

- «Наркон-2», «НАПП» - обеспечивают дыхание по открытому и полуоткрытому контурам.
- «Полинаркон-2», «Полинаркон-4», «Полинаркон-5» - обеспечивают возможность использования дыхания по любому контуру.

10. Подготовка аппаратуры для наркоза

Для проведения ингаляционного наркоза применяют наркозные аппараты трех типов. В одних газ для дыхания — воздух — является одновременно носителем паров жидких наркотических средств; вдыхаемый газ поступает в аппарат из атмосферы, выдыхаемый — в атмосферу.

В других, например «Наркон» (рис № 7), вдыхаемые газы поступают в аппарат из баллонов, выдыхаемые — в атмосферу. В третьих вдыхаемые газы поступают из баллонов, выдыхаемые полностью или частично возвращаются в аппарат для повторного вдыхания.

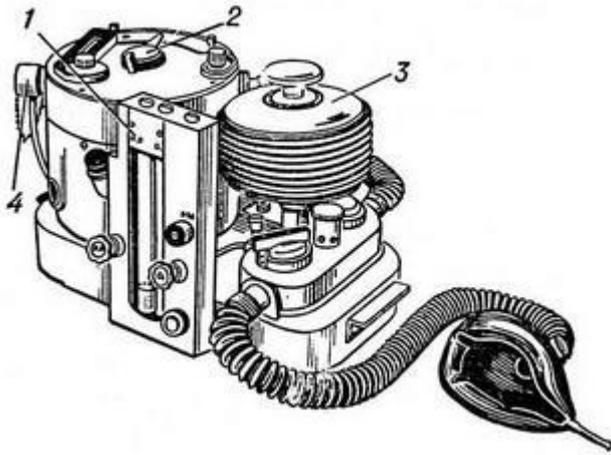


Рис № 7. Аппарат «Наркон»: 1— дозиметр; 2 — испаритель эфира; 3— меха; 4— патрубков, соединяющий испаритель с атмосферой.

Наибольшими преимуществами обладают, аппараты универсального действия, к которым относится «Полинаркон» (рис. 8). Они могут работать по любому из трех типов.

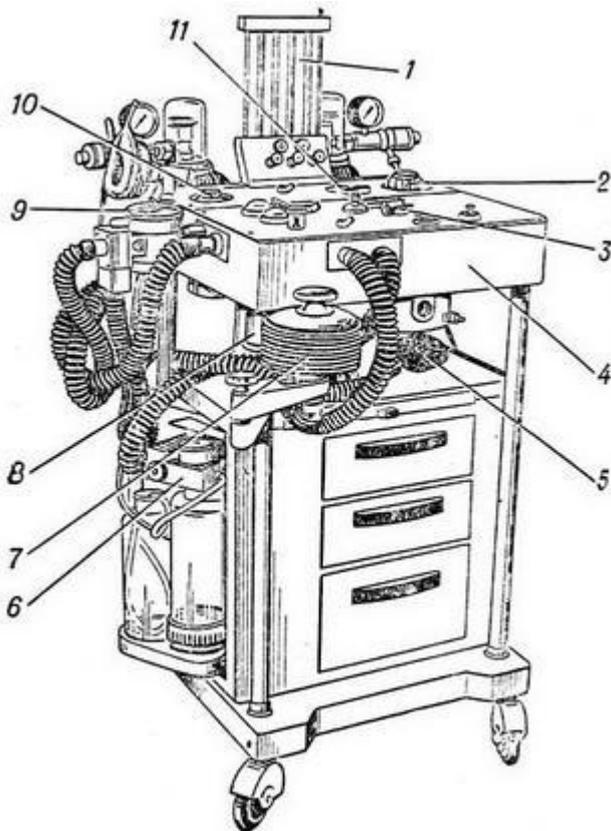


Рис №8. Аппарат «Полинаркон»: 1 — дозиметр; 2 — испаритель фторотана; 3 — испаритель эфира; 4 — подвижной столик; 5 — мешок; 6 — эжекционный отсасыватель; 7 — мех; 8 — адсорбер; 9 — вентилومتر; 10 — испаритель трихлорэтилена; 11 — мановакуумметр.

Перед проведением наркоза необходимо тщательно осмотреть аппарат, убедиться в наличии достаточного запаса кислорода и наркотических газов в баллонах и правильности их подключения, осмотреть и проверить все узлы наркозного аппарата, заполнить наркотическим веществом испаритель и поглотителем адсорбер, где выдыхаемый воздух очищается от углекислого газа.

Затем следует проверить, герметичен ли наркозный аппарат. Для этого закрывают ладонью или пробкой адаптер аппарата (тройник, соединяющий маску со шлангами наркозного аппарата), набирают газ в дыхательный мешок и сдавливают его.

Отсутствие явной утечки свидетельствует о достаточной герметичности аппарата.

На столике готовят роторасширитель, языкодержатель, ротовые и носовые воздуховоды, марлевые салфетки, корнцанг, шприцы, иглы (для инъекций при необходимости атропина, адреналина, мезатона и др.), электрический или ножной отсос, катетеры с достаточно широким просветом.

10. Осложнения анестезии и последствия наркоза

Запомните!

Анестезия – это не только обезболивание, но и обеспечение безопасности жизни пациента во время операции.

Несмотря на то, что анестезия, как таковая, является большим благом и положительной составляющей операции, в тоже время, она сама может явиться причиной развития серьезных реакций и осложнений.

Все возможные осложнения анестезии и последствия наркоза в виде трех блоков:

1. Очень часто, а также часто встречающиеся осложнения анестезии, последствия наркоза:

Тошнота.
Боль в горле.
Дрожь.
Головокружение и предобморочное состояние.
Головная боль.
Зуд.
Боли в спине и пояснице.
Боли в мышцах.
Спутанность сознания.

2. Нечасто встречающиеся последствия наркоза, осложнения анестезии:

Послеоперационная легочная инфекция.
Травмирование зубов, губ, языка
Пробуждение во время общей анестезии.

3. Редко встречающиеся осложнения анестезии и последствия наркоза:

Повреждение нервов, связанное с общей анестезией.
Травмирование нервов, связанное с регионарной анестезией.
Серьезная аллергическая реакция (анафилаксия).
Повреждения глаз во время общей анестезии.
Смерть или поражение головного мозга.

6. Самостоятельная работа студентов на практическом занятии

6.1 Решение ситуационных задач.

Задание для решения ситуационных задач:

1. Прочитайте условие задачи.
2. Решите предложенные задачи с использованием справочного материала.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Приложение 2

Задача №1

Задача 1 Ребенок 2-х лет поступил в клинику с диагнозом: "Острый аппендицит".

Задание: Назовите наиболее рациональный метод обезболивания.

Задача №2

В поликлинику обратился больной 20 лет с жалобами на боль во втором пальце правой кисти. Диагноз: "Подкожный панариций второго пальца правой кисти". Показано оперативное лечение.

Задание: Назовите наиболее рациональный метод обезболивания

Задача №3

Больной оперирован по поводу остеомиелита правого бедра в плановом порядке. В послеоперационном периоде жалобы на упорные головные боли.

Задание: Назовите метод обезболивания, способный вызвать такое осложнение.

Задача №4

Больному П. 40 лет. Назначен на плановую операцию под спинномозговой анестезией. Накануне операции, вечером, больному назначен люминал 0,1. Утром взят на операцию.

Через 30 минут от начала операции у больного появилась бледность, АД не определяется, пульс слабый, нитевидный.

Задание: Назовите, что за осложнение возникло и какова его профилактика?

Задача №5

В гнойную перевязочную доставлен больной с диагнозом: "Флегмона левого предплечья". Обезболивание - местное, хлорэтилом. Из-за сильной боли и беспокойства больного выполнить операцию не представилось возможным. Был дан масочный наркоз.

Задание: Назовите причину перехода от местной анестезии к наркозу?

7. Подведение итогов. Выводы

8. Домашнее задание

8.1 Рефераты на тему:

- "Виды местной анестезии"

- "Общее обезболивание"

9. Литература:

9.1. Конспект лекции;

9.2. Учебник Э.Д.Рубан. «Хирургия», Ростов-на-Дону, «Феникс», 2014г, стр.107-128

Критерии оценки теоретических вопросов.

- 5 (отлично)** – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;
- 4 (хорошо)** – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.
- 3 (удовлетворительно)** – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.
- 2 (неудовлетворительно)** – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Занятие 6. Тема: «Организация работы фельдшера при травмах конечностей, позвоночника и таза»

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме Организация работы фельдшера при травмах конечностей, позвоночника и таза

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация работы фельдшера при травмах конечностей, позвоночника и таза»

Форма контроля знаний: фронтальный опрос

Дайте определения понятия травма

Каковы основные характеристики травматических механических повреждений?

Назовите классификацию переломов.

Дайте краткую характеристику клиническим признакам переломов.

Какова первая помощь при переломах?

Дайте определение понятия вывих.

Назовите классификацию вывихов.

Дайте краткую характеристику клиники и методам лечения вывихов.

Каковы особенности сестринского ухода при повреждениях

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация работы фельдшера при травмах конечностей, позвоночника и таза».

Алгоритм выполнения

1. Наложение шины Крамера при переломе плеча

Цель: Иммобилизация руки.

Оснащение:

Шина Крамера (120 см);

бинты (10-15 см);

ножницы;

валик;

ватно-марлевые прокладки.

Последовательность выполнения:

Провести психологическую подготовку пациента.

Обработать руки гигиеническим способом.

Надеть стерильные резиновые перчатки.

Провести обезболивание анальгетиками общего действия (кетанов).

Предоставить пациенту удобное для него положение (сидя).

Встать лицом к пациенту.

Взять шину Крамера, которая была подготовлена для работы ранее (обложена ватой и перебинтована).

К одному концу шины (по углам) привязать два марлевых бинта длиной 80 см каждый, скрученных жгутом.

На здоровой конечности измерить расстояние от основания пальцев до локтя и на этом уровне согнуть шину под прямым углом.

Затем провести моделирование шины на себе: в образовавшийся угол поставить свой локоть (правой или левой руки в зависимости от травмы у пациента). Второй рукой взять другой конец шины и натянуть ее до спины.

Опираясь рукой, которая лежит на шине, сделать туловищем движения в сторону – получите изгиб шины, соответствующий контурам плеча и спины.

Шину Крамера наложить по задней поверхности плеча, фиксируя при этом суставы – плечевой, локтевой, лучезапястный.

Поврежденная рука должна быть в физиологическом положении: в локтевом суставе прямой угол, плечо несколько отведено от туловища (вложить в подмышечную впадину валик), ладонь повернута к туловищу, пальцы полусогнуты.

Костные выступы и суставы изолировать прокладками.

Шину, которая расположена от основания пальцев к надплечью здоровой стороны, фиксировать к кисти, предплечью и плечу спиральной повязкой, а в области плечевого сустава – колосовидной (см. соответствующую повязку).

Концы марлевых жгутов, прикрепленных к верхнему концу шины, привязать к противоположному концу на предплечье.

Руку дополнительно иммобилизовать косыночной повязкой.

Продезинфицировать использованное оснащение.

Вымыть и высушить руки.

Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Написать направление в травматологическое отделение, где указать диагноз и меры по оказанию первой медицинской помощи.



Рис.1.Наложение шины Крамера при переломе плеча.

Алгоритм выполнения

2.Наложение шины Крамера при переломе предплечья

Цель: Иммобилизация костей предплечья.

Оснащение:

Шина Крамера длиной 80 см;

бинты шириной 10 см;

валик;

прокладки ватно-марлевые;

косынка;

ножницы.

Последовательность выполнения:

Провести психологическую подготовку пациента.

Обработать руки гигиеническим способом.

Надеть стерильные резиновые перчатки.

Провести обезболивание анальгетиками общего действия (кетонов).

Предоставить пациенту удобное для него положение (сидя).

Встать лицом к пациенту.

Взять шину Крамера, которая была подготовлена для работы ранее (обложена ватой и перебинтована).

На здоровой конечности отмерить расстояние от основания пальца до локтевого сустава и согнуть шину под прямым углом.

Второй конец шины должен достать середины плеча.

Наложить шину на поврежденную руку так, чтобы ладонная поверхность кисти была повернута к туловищу, пальцы полусогнуты (вложить валик в ладонь), локтевой сустав под прямым углом.

Костные выступы изолировать прокладками.

Шину фиксировать к руке спиральной повязкой снизу-вверх.

Конечность дополнительно иммобилизовать косыночной повязкой.

Продезинфицировать использованное оснащение.

Вымыть и высушить руки.

Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Написать направление в травматологическое отделение, где указать диагноз и меры по оказанию первой медицинской помощи.

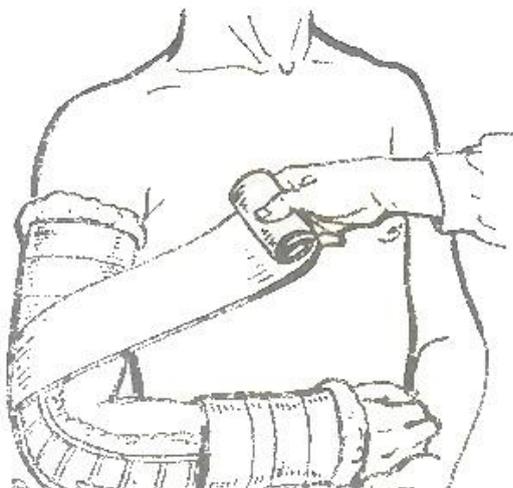


Рис.2.Наложение шины Крамера при переломе костей предплечья.

Алгоритм выполнения

3. Наложение шины Крамера при переломе костей голени

Цель: Иммобилизация костей голени.

Оснащение:

Шины Крамера;

бинты;

ножницы;

прокладки ватно-марлевые.

Последовательность выполнения:

Провести психологическую подготовку пациента.

Обработать руки гигиеническим способом.

Надеть стерильные резиновые перчатки.

Провести обезболивание анальгетиками общего действия (кетонов).

Предоставить пациенту удобное для него положение (сидя).

Встать лицом к пациенту.

Взять шину Крамера, которая была подготовлена для работы ранее (обложена ватой и перебинтована).

Приложить шину длиной 120 см к стопе здоровой ноги и на уровне пальцев согнуть шину под прямым углом.

Расположить шину под поврежденную ногу так, чтобы голеностопный сустав был согнут под прямым углом, а шина достигала середины бедра.

Вторую шину согнуть под пятой в виде буквы «ш» (от средней трети бедра по наружной поверхности к внутренней поверхности голени).

На костные выступы положить прокладки.

Зафиксировать шины бинтами к ноге, начиная от пальцев (при бинтовании ногу положить на валик).

Продезинфицировать использованное оснащение.

Вымыть и высушить руки.

Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Написать направление в травматологическое отделение, где указать диагноз и меры по оказанию первой медицинской помощи.

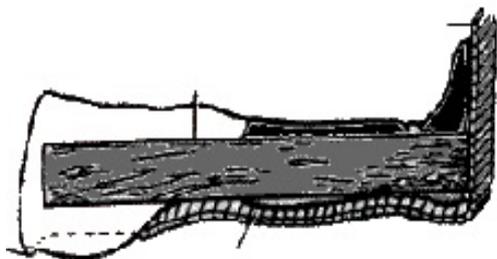


Рис.3. Наложение шины Крамера при переломе костей голени.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Занятие 7. Тема «Организация работы фельдшера при раневом процессе».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме Организация работы фельдшера при раневом процессе

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме :« Организация работы фельдшера при раневом процессе»

Форма контроля знаний: фронтальный опрос

Дайте понятие о ранах, клинических признаках ран.

Расскажите о классификации ран.

Дайте понятие об операционной ране.

Перечислите фазы течения раневого процесса.

Назовите виды заживления ран.

Каковы принципы оказания первой медицинской помощи при ранениях?

Какова роль фельдшера в профилактике раневых осложнениях?

Перечислите принципы первичной хирургической обработки раны.

Назовите виды хирургических швов.

Критерии оценки теоретических вопросов.

- 5 (отлично)** – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;
- 4 (хорошо)** – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.
- 3 (удовлетворительно)** – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.
- 2 (неудовлетворительно)** – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация работы фельдшера при раневом процессе».

Методы контроля: Самостоятельная работа

1. Вы- фельдшер. Вам необходимо продемонстрировать наложение кожного узлового шва на рану.

Наложение кожного узлового шва на рану.

Цель: сведение краев раны, ускорение заживления раны.

Показания: наличие чистой раны (послеоперационной, после ПХО).

Оснащение: стерильные перчатки, кожный антисептик, стерильный перевязочный материал, стерильный шприц с иглой, раствор новокаина 0,5%, пинцеты хирургические -2, иглодержатель, иглы режущие -2, шовный материал, ножницы.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Обработать руки одним из способов.	Соблюдение асептики.
Надеть стерильные перчатки.	Обеспечение личной защиты
Кожу вокруг раны обработать одним из антисептических растворов 2 раза	Снижение степени инфицированности.
Произвести местную инфильтрационную анестезию.	Исключение болевого синдрома
Зафиксировать иглу в иглодержателе и заправить в нее нить	Подготовка к манипуляции
Захватить край раны хирургическим пинцетом	Фиксация кожи.
Сделать вкол иглы перпендикулярно поверхности кожи на расстоянии 0,5 - 1 см от края раны.	Выполнение шва.
Провести иглу через кожу стенку и дно раны и вывести иглу с другой стороны раны перпендикулярно поверхности кожи на расстоянии 0,5 - 1 см от края раны.	Выполнение шва.
Перехватить иглодержатель за кончик иглы.	Выполнение шва.
Вывести иглу из тканей, придерживая кожу пинцетом, освободить иглу от нити.	Выполнение шва.
Завязать концы нити на одной стороне от раны на 3 узла. При завязывании проследить, чтобы край кожи раны не подвернулся внутрь.	Фиксация лигатуры, способствование заживлению первичным натяжением.
Отрезать излишек нити от узла на 0,5-1 см.	Снижение степени инфицированности.
Следующий шов накладывается на расстоянии 1-2 см.	Создание прочной фиксации тканей.
Шов обработать антисептиком 2 раза, промокательными движениями.	Снижение степени инфицированности.
Наложить сухую асептическую повязку.	Снижение степени инфицированности.

2.Вы- фельдшер. Вам необходимо продемонстрировать технику снятия кожных швов с раны.

Снятие швов

Цель: удаление шовного материала.

Показания: заживление раны, необходимость раскрытия раны при нагноении, кровотечении из раны.

Оснащение: кожный антисептик, стерильный перевязочный материал, пинцеты анатомические -2, ножницы остроконечные или скальпель.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Обработать руки одним из способов	Соблюдение правил асептики
Надеть стерильные перчатки	Обеспечение личной защиты
Снять повязку с раны	Обеспечение доступа к ране
Обработать шов и кожу вокруг него антисептическим раствором (иодонат, хлоргексидин, лижен и т.д.) промокательными движениями 2 раза, подсчитать количество швов	Снижение степени инфицированности
Анатомическим пинцетом захватить первый узел и слегка оттянуть его вверх и в сторону до появления светлой, неокрашенной нити	Обеспечение доступа, снижение степени инфицированности
Подвести под светлую часть нити один конец остроконечных ножниц или скальпель и пересечь лигатуру у поверхности кожи	Снижение степени инфицированности
Пинцетом, осторожно, извлечь лигатуру за узел и поместить ее на стерильную салфетку.	Снижение степени инфицированности
Таким образом снять все швы, подсчитать их	Контроль количества снятых швов
Кожный рубец обработать антисептиком промокательными движениями	Снижение степени инфицированности
Наложить сухую асептическую повязку.	Снижение степени инфицированности

--	--

3. Вы- фельдшер. Обратился пациент, на 3-ий день после вскрытия фурункула на левой щеке. Вам необходимо провести перевязку гнойной раны.

Перевязка гнойной раны.

Цель: удаление гнойного содержимого из раны, профилактика вторичного инфицирования, создание условий для заживления раны.

Показания: наличие гнойной раны.

Оснащение: защитные очки, маска, фартук клеенчатый, перчатки, кожный антисептик, стерильные пинцеты - 3, пуговчатый зонд, резиновые дренажи. стерильный перевязочный материал, растворы антисептиков, мази, гипертонический раствор, ёмкость с дезраствором.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Наденьте защитные очки, маску, фартук, перчатки	Обеспечение личной защиты
Разъясните пациенту смысл манипуляции, успокойте его	Психологическая подготовка пациента.
Осуществляйте перевязку бесконтактным способом, не касаясь раны и перевязочного материала руками.	Защита от инфицирования. Предупреждение перекрестной инфекции.
Снимите пинцетом старую повязку и сбросьте ее в емкость для отходов. Присохшую повязку предварительно смочите антисептическим раствором (3% раствор перекиси водорода или 0,5% раствор перманганата калия). Пинцет поместите в дезраствор	Профилактика ВБИ. Уменьшение боли.
Оцените состояние раны	Установление фазы раневого процесса
Обработайте кожу вокруг раны кожным антисептиком. При наличии на коже гнойного отделяемого – в начале осушите кожу сухим шариком.	Предупреждение вторичного инфицирования.
Обработайте рану, в зависимости от фазы раневого процесса. Если в ране - гной, промойте рану 3% раствором перекиси водорода и затем осушите рану сухим шариком.	Удаление раневого отделяемого.
Смените пинцет на стерильный.	Профилактика дальнейшего инфицирования
В зависимости от фазы раны наложите новую повязку: -в первой фазе - ввести дренаж и поместить на рану салфетку смоченную гипертоническим раствором. -во второй фазе - поместить салфетку с мазью или антисептическим раствором.	Дренирование. Ускорение заживления раны
Зафиксировать повязку одним из способов. Помогите пациенту встать.	Защита раны. Создание удобства пациенту.
Использованные инструменты поместить в емкость с дезраствором	Профилактика ВБИ.
Снимите перчатки и сбросьте их в емкость с дезраствором.	Инфекционная безопасность
Вымойте руки.	Охрана здоровья персонала.

4. Вы- фельдшер. Вам необходимо продемонстрировать перевязку чистой послеоперационной раны.

Перевязка чистой послеоперационной раны

Цель: профилактика инфицирования раны, послеоперационных осложнений

Показания: наличие чистой послеоперационной раны.

Оснащение: стерильные перчатки, стерильный халат, маска, кожный антисептик, стерильные пинцеты - 2. стерильный перевязочный материал, бинт или лейкопластырь, ёмкость с дезраствором. Оснащение: стерильные перчатки, стерильный халат, маска, кожный антисептик, стерильные пинцеты - 2. стерильный перевязочный материал, бинт или лейкопластырь, ёмкость с дезраствором.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Вымойте и обработайте руки антисептиком	Профилактика ВБИ
Наденьте стерильный халат и перчатки.	Обеспечение личной защиты
Разъясните пациенту ход манипуляции	Психологическая подготовка пациента
Снимите пинцетом старую повязку и поместите ее в емкость для отходов. Использованный пинцет положите в емкость с дезраствором	Профилактика ВБИ
Оцените состояние раны	Контроль степени заживления
Возьмите пинцетом стерильную салфетку, смочите ее кожным антисептиком и обработайте рану от центра к периферии двукратно	Профилактика гнойно-септической инфекции.
Следите за реакцией пациента, работайте так, чтобы процедура не вызывала боли и беспокойства	Сведение к минимуму чувства страха, боли, беспокойства
Положите на рану сухую стерильную четырехслойную салфетку и зафиксируйте ее одним из способов (бинт, клеевая повязка и т.д.).	Профилактика гнойно-септической инфекции
Использованные инструменты поместите в емкость с дезраствором	Предупреждение распространения ВБИ и перекрестной инфекции.
Помогите пациенту встать и вернуться в постель	Создание удобства пациенту, предупреждение осложнений.
Снимите перчатки и сбросьте их в дезраствор.	Инфекционная безопасность
Вымойте руки.	Охрана здоровья персонала

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Занятие 8. Тема: «Организация работы фельдшера при термических ожогах, электротравме, отморожении»

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме Организация работы фельдшера при термических ожогах, электротравме, отморожении

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация работы фельдшера при термических ожогах, электротравме, отморожении»

Форма контроля знаний: фронтальный опрос

Дайте определение понятия ожоги.

Какова классификация и клиника термических ожогов?

Как осуществляется определение степени и площади повреждения тканей?

Перечислите виды термических ожогов.

В чем заключается первая помощь при ожоге?

Дайте определение понятия ожоговая болезнь, ожоговый шок.

Каковы основные принципы лечения ожоговой болезни и ожогового шока?

Как осуществляется лечение термических ожогов?

Дайте определение понятия отморожения.

Какова классификация и клиника отморожений.

Назовите основные принципы местного и общего лечения отморожений.

Дайте определение понятия электротравма.

В чем заключается действие на организм электрического тока?

Какова клиника и лечение электротравмы?

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация работы фельдшера при термических ожогах, электротравме, отморожении».

Алгоритм выполнения

1. Проведение перевязки послеожоговой раны

Цель: Профилактика осложнений.

Показание: При лечении ожоговой раны

Оснащение:

стерильный лоток;
резиновые перчатки;
перевязочный материал;
пинцеты;
ножницы;
шприц с инъекционной иглой;
раствор антисептика;
0,5 % раствор новокаина;
70° этиловый спирт;
ранорасширители;
раствор антибиотика.

Последовательность действий:

1. Подготовка к процедуре:

Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
Обработать руки гигиеническим способом.
Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

2. Выполнение процедуры:

Надеть резиновые стерильные перчатки.

Отмочить повязку перед перевязкой раствором антисептика.
 Осторожно снять пинцетом грязную повязку.
 Обработать кожу вокруг 70° этиловым спиртом салфеткой на пинцете.
 Провести местное обезболивание одним из способов.
 Обработать ожоговую поверхность путем орошения антисептическими растворами и растворами антибиотика.
 Высушить ожоговую поверхность салфеткой на пинцете.
 Иссечь ножницами лоскуты вскрывшихся пузырей.
 Наложить пинцетом на ожоговую поверхность влажно высыхающую повязку не более двух слоев с раствором антисептика.
 Наложить мягкую бинтовую повязку.
 Провести иммобилизацию конечности косыночной повязкой.

3. Окончание процедуры:

Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
 Обработать руки гигиеническим способом.
 Отработанный инструмент и перевязочный материал поместить в разные емкости с дезинфицирующим раствором.
 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

2. Определение площади ожога по правилу «девяток».

Для приблизительного определения площади ожога при оказании доврачебной помощи может служить расчет по так называемому правилу девяток (см. Рис.).

Если всю поверхность кожи человека принять за 100%, то на голову и шею приходится 9%, на верхнюю конечность — 9%, на нижнюю — 18%, на заднюю и переднюю поверхности туловища — по 18%, на промежность и половые органы — 1%.

Расчет этот очень приблизительный, но позволяет объективно, хотя и грубо, оценить обширность ожога.

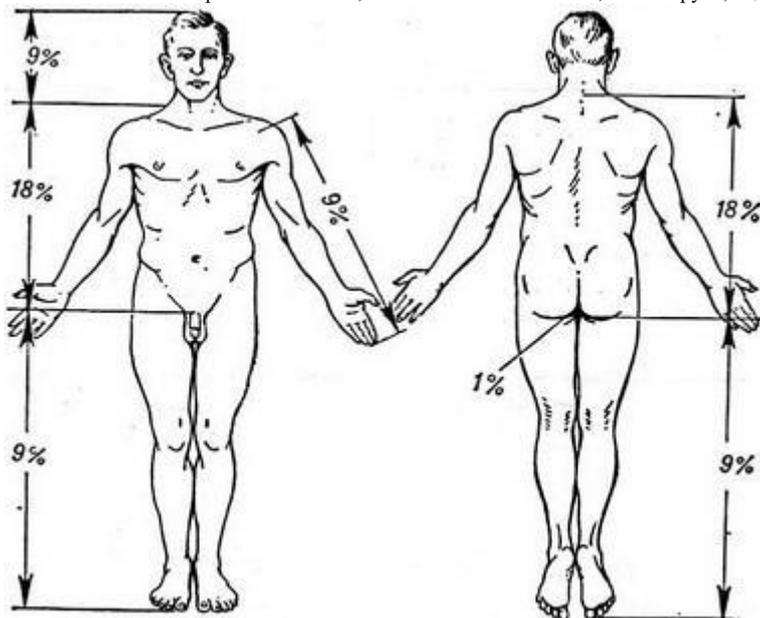


Рис. 1. Схема для определения площади ожога по «правилу девяток» (в процентах к общей поверхности тела).

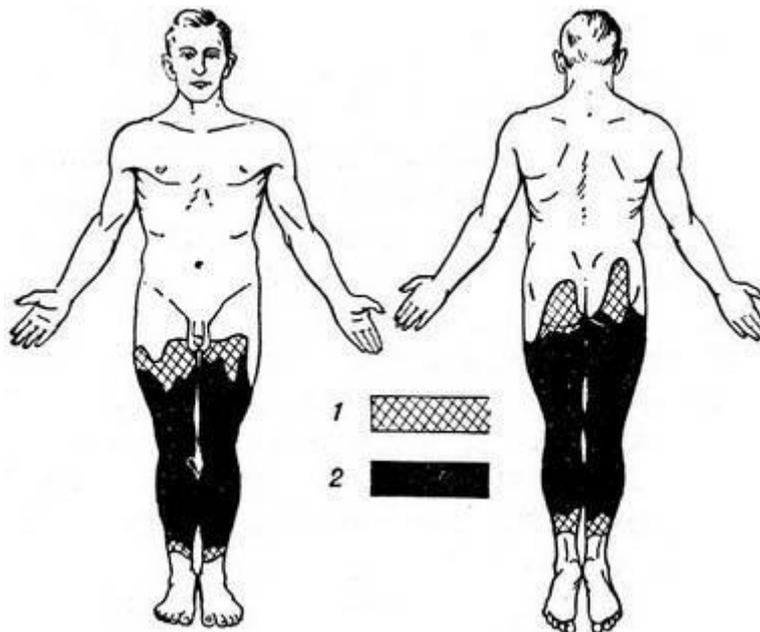


Рис.2. Обозначение на схеме локализации и характера ожогов: 1 — III степени; 2 — IV степени



Рис.3. Ожог кипятком III ст. левой стопы.



Рис.4. Комбинированная травма – ожог пламенем взрыва II-III ст. туловища, рук, ног S=20% п.т.

3. Определение площади ожога по правилу «ладони».

Для определения площади ожогов, особенно когда они расположены в различных областях тела и в мозаичном порядке, можно пользоваться "правилом ладони".

Известно, что ладонь вместе с пальцами составляет около 1 % поверхности тела. Сколько ладоней пострадавшего уместится над ожоговой поверхностью, такова и площадь ожогов.

Существует и метод Постникова для определения площади ожогов. В педиатрических ожоговых центрах для более точного определения площади ожогов используют таблицы Блохина, где отражается и глубина поражения кожи.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к

безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Занятие 9. Тема: «Операция. Предоперационный период. Послеоперационный период»

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме «Операция. Предоперационный период. Послеоперационный период»

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Операция. Предоперационный период.

Послеоперационный период»

Форма контроля знаний: фронтальный опрос

Каковы принципы обследования и подготовки пациента к операции?

Назовите виды оперативных вмешательств по сроку и исходу.

Перечислите показания к операции

Дайте определение понятия предоперационный период: определение, задачи, этапы.

Укажите виды предоперационной подготовки.

Какова роль м/с в подготовке пациентов к операции?

В чем состоит роль дополнительных методов обследования в диагностики хирургических заболеваний?

Перечислите основные виды и методы исследования: лабораторные, инструментальные, функциональные, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые, радиоизотопные, биопсия. Подготовка больных.

Сформулируйте понятие о послеоперационном периоде, его задачи.

Дайте характеристику неосложненного послеоперационного периода по системам и принципам сестринского ухода за пациентом.

Какова роль м/с в профилактике и своевременном выявлении послеоперационных осложнений?

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Операция. Предоперационный период. Послеоперационный период».

Методы контроля: Самостоятельная работа

1. Исследование артериального пульса на лучевой артерии

Алгоритм выполнения

Оснащение

1. Часы или секундомер.
2. Температурный лист.
3. Ручка, бумага.

Подготовка к процедуре

4. Объяснить пациенту цель и ход исследования.
5. Получить согласие пациента на исследование.
6. Вымыть и осушить руки.

Выполнение процедуры

7. Во время процедуры пациент может сидеть или лежать (руки расслаблены, руки не должны быть на весу).
8. Прижать 2, 3, 4 пальцами (1 палец должен находиться со стороны тыла кисти) лучевые артерии на обеих руках пациента и почувствовать пульсацию.
9. Определить ритм пульса в течение 30 секунд.
10. Выбрать одну удобную руку для дальнейшего исследования пульса.
11. Взять часы или секундомер и исследовать пульсацию артерии в течение 30 секунд. Умножить на два (если пульс ритмичный). Если пульс не ритмичный — считать в течение 1 минуты.
12. Прижать артерию сильнее, чем прежде, к лучевой кости и определить напряжение пульса (если пульсация исчезает при умеренном нажатии — напряжение хорошее; если пульсация не ослабевает — пульс напряжённый; если пульсация полностью прекратилась — напряжение слабое).
13. Записать результат.

Окончание процедуры

14. Сообщить пациенту результат исследования.
15. Помочь пациенту занять удобное положение или встать.
16. Вымыть и осушить руки.
17. Записать результаты исследования в температурный лист (или план сестринского ухода).

2. Техника измерения артериального давления

Алгоритм выполнения

Оснащение

1. Тонометр.
2. Фонендоскоп.
3. Ручка.
4. Бумага.
5. Температурный лист.
6. Салфетка со спиртом.

Подготовка к процедуре

7. Предупредить пациента о предстоящем исследовании за 5 -10 минут до его начала.
8. Уточнить у пациента понимание цели исследования и получить его согласие.
9. Попросить пациента лечь или сесть к столу.
10. Вымыть и осушить руки.

Выполнение

11. Помочь снять одежду с руки.
12. Положить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, на уровне сердца, мышцы расслаблены.
13. Наложить манжету на 2,5 см выше локтевой ямки (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты).
14. Закрепить манжету так, чтобы между манжетой и поверхностью плеча проходили два пальца.
15. Проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки.
16. Найти (пальпаторно) пульс на лучевой артерии, быстро нагнетать воздух в манжету пока не исчезнет пульс, посмотреть на шкалу и запомнить показания манометра, быстро выпустить весь воздух из манжеты.
17. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану стетофонендоскоп.
18. Закрыть вентиль на груше и накачать в манжету воздух. Воздух нагнетать до тех пор, пока давление в манжетке по показаниям тонометра не превысит на 30 мм рт. ст., тот уровень, при котором перестает определяться пульсация лучевой артерии или тоны Короткова.
19. Открыть вентиль и медленно, со скоростью 2–3 мм рт.ст. в секунду, выпускать воздух из манжетки. Одновременно стетофонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показаниями шкалы манометра.
20. При появлении над плечевой артерией первых звуков отметить уровень систолического давления.
21. Продолжая выпускать воздух из манжеты отметить уровень диастолического давления, который соответствует моменту полного исчезновения тонов на плечевой артерии.
22. Повторить процедуру через 2–3 минуты.

Завершение процедуры

23. Данные измерения округлить до ближайшего чётного числа, записать в виде дроби (в числителе — систолическое АД, в знаменателе — диастолическое АД).
24. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.
25. Записать данные исследования в температурный лист (протокол к плану ухода, амбулаторную карту).
26. Вымыть и осушить руки.

3. Определение частоты, глубины и ритма дыхания

Алгоритм выполнения

Оснащение

1. Часы или секундомер.
2. Температурный лист.
3. Ручка, бумага.

Подготовка к процедуре

4. Предупредить пациента, что будет проведено исследование пульса.
5. Получить согласие пациента на проведение исследования.
6. Попросить пациента сесть или лечь, чтобы видеть верхнюю часть его грудной клетки и/или живота.
7. Вымыть и осушить руки.

Выполнение процедуры

8. Взять пациента за руку так, как для исследования пульса, держать руку пациента запястьем, положить руки (свою и пациента) на грудную клетку (у женщин) или на эпигастральную область (у мужчин), имитируя исследование пульса и считать дыхательные движения за 30 секунд, умножив результат на два.
9. Записать результат.
10. Помочь пациенту принять удобное для него положение.

Окончание процедуры

11. Вымыть и осушить руки.
12. Записать результат в лист сестринской оценки и температурный лист.

4. Алгоритм измерения роста, массы тела и ИМТ

Оснащение

1. Ростомер.
2. Весы.
3. Перчатки.
4. Одноразовые салфетки.
5. Бумага, ручка

Подготовка и проведение процедуры

6. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (обучению измерения роста, массы тела и определения ИМТ) и получить его согласие.
7. Вымыть и осушить руки.
8. Подготовить ростомер к работе, поднять планку ростомера выше предполагаемого роста, положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента).
9. Попросить пациента снять обувь и встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком.
10. Установить голову пациента так, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.
11. Опустить планку ростомера на голову пациента и определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки.
12. Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости — помочь сойти). Сообщить пациенту о результатах измерения,

записать результат.

13. Объяснить пациенту о необходимости измерения массы тела в одно и тоже время, на голодный желудок, после посещения туалета.

14. Проверить исправность и точность медицинских весов, установить равновесие (для механических весов) или включить (для электронных), постелить салфетку на площадку весов

15. Предложить пациенту разуться и помочь ему встать на середину площадки весов, провести определение массы тела пациента.

16. Помочь пациенту сойти с площадки весов, сообщить ему результат исследования массы тела, записать результат.

Окончание процедуры

17. Надеть перчатки, снять салфетки с площадки ростомера и весов и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором. Поверхность ростомера и весов обработать дезинфицирующим раствором однократно или двукратно с интервалом 15 минут в соответствии с методическими указаниями по применению дезинфицирующего средства.

18. Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором,

19. Вымыть и осушить руки.

20. Определить ИМТ (индекс массы тела) — масса тела (в кг) / рост (в м)² Индекс меньше 18,5 — недостаточная масса тела; 18,5 — 24,9 — нормальная масса тела; 25 — 29,9 — избыточная масса тела; 30 — 34,9 — ожирение I степени; 35 — 39,9 — ожирение II степени; 40 и больше — ожирение III степени. Записать результат.

21. Сообщить пациенту ИМТ, записать результат.

5. Постановка пузыря со льдом

Алгоритм выполнения

Оснащение

1. Пузырь для льда.

2. Пеленка или полотенце.

3. Кусочки льда.

4. Кувшин с водой Т — 14 — 16 С.

5. Термометр (водный).

Подготовка к процедуре

6. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на процедуру.

7. Вымыть и осушить руки.

8. Положить в пузырь подготовленные в морозильной камере кусочки льда и залить их холодной водой (Т — 14 — 16°С).

9. Положить пузырь на горизонтальную поверхность для вытеснения воздуха и завернуть крышку.

10. Перевернуть пузырь со льдом вниз крышкой, проверить герметичность и завернуть его в пеленку или полотенце.

Выполнение процедуры

11. Положить пузырь на нужный участок тела на 20–30 минут.

12. Снять пузырь со льдом через 20 минут (повторить п.п. 11–13).

13. По мере таяния льда, воду можно сливать, а кусочки льда добавлять.

Окончание процедуры

14. Осмотреть кожу пациента, в области применения пузыря со льдом.

15. По окончании процедуры воду слить, пузырь обработать ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором бактерицидного действия двукратно с интервалом 15 минут.

16. Вымыть и осушить руки.

17. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на неё пациента в карте стационарного больного.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Занятие 10. Тема: «Организация работы фельдшера при местной хирургической инфекции»

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме Организация работы фельдшера при местной хирургической инфекции.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация работы фельдшера при местной хирургической инфекции»

Форма контроля знаний: Фронтальный опрос

1. Дайте понятие определения хирургической инфекции.
2. Назовите самых частых возбудителей хирургической инфекции.
3. Какие факторы имеют значение в возникновении хирургической инфекции?
4. Какое практическое значение имеет знание о том, что возбудитель – анаэроб?
5. Что такое вирулентность?
6. Что такое «входные ворота» инфекции?
7. Дайте классификацию хирургической инфекции.
8. Назовите признаки местной реакции организма на инфекцию.
9. Каковы признаки общей реакции организма на инфекцию?.

10. Назовите защитные механизмы организма от инфекции.
11. Каковы основные принципы местного лечения хирургической инфекции?
12. Назовите принципы общего лечения хирургической инфекции.
13. Перечислите основные нозологические формы местной хирургической инфекции.

Критерии оценки теоретических вопросов.

- 5 (отлично)** – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;
- 4 (хорошо)** – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.
- 3 (удовлетворительно)** – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.
- 2 (неудовлетворительно)** – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация работы фельдшера при местной хирургической инфекции».

Алгоритм выполнения

1. Проведение «Туалета гнойной раны в стадии регенерации»

Цель: создать условия для быстрого заживления раны.

Показания: наличие гнойной раны.

Противопоказания: нет

Осложнения: нет.

Оснащение: стерильные инструменты (пинцеты, зажимы, зонды, ножницы, шпатель для наложения мази, шприцы, дренажи), стерильный перевязочный материал (марлевые шарики и салфетки), стерильные растворы (3%-ная перекись водорода, 10%-ный раствор хлористого натрия, 0,02%-ный раствор фурацилина), 96%-ный спирт, клеол, 1%-ный нашатырный спирт, мази синтомициновая, актовегиновая), 5%-ный раствор марганцовокислого калия или 1-10%-ный раствор ляписа, бинты, вата, турунда.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Обработайте руки одним из способов	Обеспечение асептических условий
На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Перекиси водорода 3%, фурацилина 1: 5000, новокаина 0,25%, NaCl 10%), кожный антисептик и нестерильный перевязочный материал (бинты, липкий пластырь и т.д.), упаковки с шовным материалом и т. д.	Для качественного выполнения манипуляции
Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал или работаем с крафт-пакетом.	Качественность выполнения манипуляции.
Закрываем стерильный стол	Соблюдение принципов асептики.
Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.	Психологическая подготовка, воздействие.
Снимаем пинцетом прежнюю повязку и сбрасываем её в таз с дезраствором .	
Кожу обрабатываем спиртом по направлению к ране. Затем промываем рану 3%-ным раствором перекиси водорода, тщательно сушим вокруг.	Создание условий для быстрого заживления раны.
На салфетку шпателем наносим мазь по назначению врача. Салфетку с мазью накладываем на рану. Фиксируем перевязочный материал по правилам десмургии.	Соблюдение принципов асептики.

Алгоритм выполнения

2. Уход за дренажами

Показания: обеспечение функционирования дренажей и т. п., профилактика осложнений, связанных с нахождением дренажей в ране, полости.

Гнойные раны

Раны после вскрытия абсцессов, флегмон

Гнойный плеврит, гемоторакс и пневмоторакс;

Перитонит

Абсцессы брюшной полости

Гнойный артрит

Оснащение:

оснащение для туалета раны.

изотонический раствор натрия хлорида (0,9%).

банки для сбора отделяемого, трубки.

кожные антисептики (спиртовые, водные).

Принципы ухода:

1. Фельдшер должен успокоить больного и объяснить ему, что дренирование произведено для нормального заживления раны.

2. Чтобы постель не запачкалась отделяемым из раны, на матрац кладут клеенку, на простынь – подстилку.
3. Не допускать изменения положения больного без разрешения врача.
4. Наблюдать за положением и функционированием дренажа после изменения положения больного.
5. При обильном промокании повязки, когда по коротким дренажам и тампонам отток идет на повязку, ее необходимо регулярно менять. Старую повязку м/с аккуратно снимает стерильными инструментами, осушает рану и кожу вокруг нее, обрабатывает кожу антисептиком и, сменив инструменты, накладывает сухую повязку.
6. Длинную дренажную трубку либо подсоединяют к отсасывающей системе, либо погружают в сосуд с раствором фурацилина (150 мл 1:5000) и фиксируют к кровати.
7. Своевременно удалять из банки скопившееся отделяемое.
8. Чтобы дренаж не выпал из раны, его фиксируют к коже швами и полосками липкого пластыря.
9. Количество отделяемого, поступившего в сосуд за сутки или за время наблюдения (часы) медсестра отмечает в температурном листе.
10. Смена, подтягивание, укорочение дренажей и тампонов проводится врачом во время очередной перевязки.
11. При воспалении кожи вокруг дренажа сообщить врачу.
12. Уход за раной вокруг дренажа проводить по общим правилам: 1-я перевязка – на 1 – 2-й день после операции, в последующем – через 2-3 дня или по показаниям.
13. Выпавшие дренажи и тампоны нельзя пытаться вставить обратно; о выпадении дренажей докладывают лечащему или дежурному врачу;
14. При уходе за дренажами с активной аспирацией следят, чтобы система оставалась герметичной (отрицательное давление 10-40 мм рт. ст.)
15. Наблюдение за скоростью поступления отделяемого, его количеством и качеством позволяет судить о течении послеоперационного периода, диагностировать осложнения (кровотечение, перфорация полого органа и др.).
16. При закупорке дренажа фибрином, слизью (пробка) или при его перегипе под руководством врача промывают закупоренный дренаж антисептиками, антибиотиками, отсасывают его содержимое и восстанавливают функцию.
17. При уходе за проточно-промывными аспирационными дренажами тщательно следят за соотношением количества вводимой и аспирируемой жидкости: уменьшение количества оттекающей жидкости по сравнению с вводимой требует прекращения введения антисептических средств и выяснения причины.
18. После чистых операций тампоны и дренажи, установленные для удаления скапливающейся крови, извлекают на 2-3 день в чистой перевязочной.
19. Дренажи и тампоны, предназначенные для отведения экссудата, гноя, желчи удаляют постепенно, по мере уменьшения или прекращения отделяемого (в среднем на 4 – 14 сутки);
20. Удаление дренажей производится во время перевязки. М/с обрабатывает кожу вокруг дренажа раствором антисептика, снимает шов, которым пришит дренаж, после чего его извлекает лечащий врач. Оставшееся после дренажа отверстие, перевязочная м/с осушает, обрабатывает йодом и закрывает стерильной повязкой.
21. Тампоны периодически заменяются, удаляются, подтягиваются и укорачиваются только врачом, но не позднее 4 – 6 суток после их введения или предыдущей манипуляции.
22. Если в ране несколько тампонов, то вначале удаляется один тампон, при последующих перевязках – другие. Если же в ране один тампон, то он постоянно подтягивается, укорачивается, и в конце концов удаляется.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

- 5 «отлично»** – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;
- 4 «хорошо»** – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;
- 3 «удовлетворительно»** – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;
- 2 «неудовлетворительно»** - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Занятие 11. Тема: «Принципы лечения пациентов с нарушениями периферического кровообращения»

Тип занятия: совершенствование знаний, умений и навыков

Форма проведения: Практическое занятие, клиническая практика

Место проведения занятия: учебная комната, палаты в отделении гнойной хирургии, кабинет УЗ-диагностики.

Оснащение занятия: тематические больные с разными видами хирургической патологии периферического кровообращения, набор хирургического инструментария; перевязочный материал, перчатки, слайды, видеофильм

Учебные вопросы практического занятия:

1. Нарушения артериального кровотока.
2. Нарушения венозного кровообращения.
3. Нарушения лимфообращения.

Цели занятия:

Образовательная:

- сформировать у студентов представление о видах нарушений периферического кровообращения, клинических проявлениях, методах диагностики;
- сформировать у студентов знания по современным принципам профилактики и лечения нарушений периферического кровообращения;

Студент должен закрепить знания полученные на анатомии, фармакологии и микробиологии.

Студент должен иметь практический опыт и владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза больному с последующим направлением его на дополнительное обследование к врачам-специалистам.

Студент должен знать:

- виды нарушений артериального кровотока;
- виды нарушений функции периферических вен;
- патогенез развития сосудистых нарушений;
- методы лечения и профилактики ангиопатий.

Студент должен уметь:

- интерпретировать результаты клинико-лабораторных данных, инструментальных методов;
- проводить осмотр пациента с нарушениями кровообращения;
- расписать план обследования пациента при нарушении кровообращения.

Развивающие цели: Развить у студентов умения, которые относятся к общим и профессиональным компетенциям:

Воспитательные цели:

- воспитать аккуратность и внимательность при выполнении работ с больными хирургического профиля;
- воспитать высокую творческую активность при изучении данной темы
- воспитать творческое отношение к избранной профессии.

Межпредметные связи: анатомия, физиология, основы патологии, латинский язык, основы сестринского дела, пропедевтика и диагностика в терапии, педиатрии, акушерстве и гинекологии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть. Организационный момент – предусматривает проверку внешнего вида студентов, подготовку аудитории к занятию и отметка отсутствующих.

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Вспомните, пользуясь своим конспектом, содержание лекции по принципам лечения пациентов с нарушениями периферического кровообращения, изучите рекомендуемую литературу, выполните контрольные задания по теме и решите ситуационные задачи

2. Начальная мотивация учебной деятельности.

Распространенность заболеваний периферических артерий достигает 10%. Среди хронических заболеваний конечностей хирурги поликлиник наиболее часто встречаются с хроническими облитерирующими поражениями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК), которые составляют 2-3% от общей численности населения и около 10% среди лиц пожилого возраста. Заболевание, как правило, прогрессирует, и этому способствует неадекватное лечение, особенно проводимое в условиях поликлиники. В результате нарастает тяжесть артериальной недостаточности, вплоть до развития гангрены с последующей ампутацией конечности. Продолжительность жизни у пациентов с этой патологией сокращается в среднем на 10 лет.

Заболевания периферических артерий можно разделить на две группы: функциональные и органические.

Функциональные заболевания сосудов характеризуются состоянием спазма или расширения их. Большинство функциональных заболеваний периферического кровообращения встречается преимущественно у женщин (болезнь Рейно, синдром Рейно, акроцианоз, эритромелалгия, холодовой эритроцианоз).

Органические болезни сосудов отличаются меньшей склонностью к спазмам и большей к облитерации сосудов. При этом сосуды, чаще всего нижних конечностей, поражаются на значительном протяжении, включая и крупные магистральные. Эти заболевания в большинстве своем связаны с холодовой или механической травмой, интоксикациями и чаще всего встречаются у мужчин. В группе облитерирующий заболеваний выделяют следующие заболевания: облитерирующий тромбангиит, облитерирующий атеросклероз, диабетическая ангиопатия, неспецифический аортоартериит (болезнь Такаюсу).

Диагностика заболеваний артерий конечностей включает выявление субъективных симптомов ишемии таких, как перемежающаяся хромота (выраженность данного симптома определяет тяжесть синдрома ишемии и прогноз для восстановления кровообращения), быстро наступающая утомляемость при ходьбе, зябкость, парестезии, судороги, боли.

Большую роль играет анализ анамнестических данных, пальпация, аускультация. Проводят специальные пробы для выявления компенсаторных возможностей большой конечности (В.А. Опеля, Goldflam, Samuels, Moschkowicz, упрощенная проба Мошковица, проба Д. И. Панченко, прижатия пальца и т.д.).

Из вспомогательных методов исследования необходимо отметить лабораторное исследование крови (определяют повышенное содержание холестерина, увеличение протромбинового времени, количества кальция, тромбоцитов, глобулинов, уменьшение количества альбуминов), рентгенографию костей стоп .

Среди методов инструментальной диагностики хорошо зарекомендовали себя капилляроскопия, реовазография, ультразвуковая доплерография сосудов конечностей с определением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), ангиография сосудов конечностей, КТ-ангиография (компьютерная томографическая ангиография), исследование транскутанного напряжения кислорода TrO₂..

В клинической практике применяется классификация облитерирующих заболеваний по А.В. Покровскому – Фонтейну и классификация с позиций мультифокальности поражения сосудов (Петровский Б.В., Константинов Б.А., Белов Ю.В.).

Методы лечения при заболеваниях периферических артерий можно разделить на консервативные и оперативные. Хирургические методы лечения включают нейрохирургические, ангиохирургические и отдельно выделяют некрэктомию и ампутации.

3. Атуализация опорных знаний студентов с элементами проверки домашнего задания.

Контроль знаний:

Фронтальный опрос

Какова роль нарушения кровообращения в развитии некрозов, гангренов и язв?

Опишите виды гангренов, клиническую характеристику некроза и гангрены;

Опишите клинические признаки язв, пролежней и свищей;

Опишите меры профилактики омертвений;

Опишите пролежни, профилактику и лечение.

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Решите входные тесты.

Выберите один правильный ответ:

Вариант №1

1. Приоритетная проблема пациента с облитерирующим энтертеритом:
 - а) трофические нарушения кожи конечностей
 - б) отсутствие пульсации на тыльной артерии стопы пораженной конечности
 - в) боль в конечности
 - г) зябкость дистальных отделов конечности
2. Компонент плана ухода за пациентом с острым тромбозом:
 - а) обучение методам самомассажа пораженного отдела конечности
 - б) обучение элементам лечебной физкультуры
 - в) обеспечение пациента эластичным бинтом
 - г) обеспечение максимально комфортных условий для соблюдения постельного режима
3. Симптом, характерный для облитерирующего энтертерита в начале заболевания:
 - а) исчезновение пульса на периферической артерии
 - б) отсутствие болей
 - в) гиперемия
 - г) жжение и покалывание в пальцах стоп
4. Долгосрочная цель в плане сестринского ухода за пациентом с облитерирующим энтертеритом:
 - а) отказ от курения
 - б) полное восстановление физической активности
 - в) уменьшение зябкости конечностей
 - г) полное восстановление пульсации на мелких артериях стоп
5. Сухая гангрена чаще развивается при:
 - а) медленно прогрессирующем нарушении кровообращения
 - б) остром нарушении кровообращения
 - в) бурном развитии инфекции в тканях
 - г) повреждении нервных стволов
6. Симптомы интоксикации более выражены при:
 - а) сухой гангрене
 - б) пролежнях
 - в) влажной гангрене
 - г) трофической язве
7. При сухой гангрене происходит:
 - а) нарастающий отек тканей
 - б) гнилостный распад тканей
 - в) мумифицирование тканей
 - г) газообразование в тканях
8. Осложнение влажной гангрены:
 - а) анафилактический шок
 - б) сепсис
 - в) острая церебральная недостаточность
 - г) острая дыхательная недостаточность
9. Операция при сухой гангрене:
 - а) может быть отложена до полного отграничения некротических тканей
 - б) должна быть произведена немедленно
 - в) не показана, ткани отторгаются самостоятельно
 - г) может быть отложена до появления симптомов нарастающей интоксикации

Вариант №2

1. Во время беременности наиболее часто встречается сосудистая патология:
 - а) атеросклероз
 - б) облитерирующий энтертерит
 - в) варикозное расширение вен
 - г) острый тромбоз артерии
2. Условие, способствующее образованию язв:
 - а) нарушение обмена электролитов
 - б) неполноценное питание
 - в) нарушение периферического кровообращения
 - г) нагноительные процессы
3. Обработку кожи для профилактики пролежней производят:
 - а) 10% нашатырным спиртом
 - б) 96% этанолом
 - в) 3% перекисью водорода
 - г) 10% камфорным спиртом
4. Наиболее частая причина образования свищей:
 - а) пороки развития
 - б) оперативное вмешательство
 - в) хронический воспалительный процесс
 - г) травматические повреждения
5. Наружный свищ мягких тканей соединяет:
 - а) очаг инфекции с внешней средой
 - б) орган с мягкими тканями
 - в) орган с полостью тела
 - г) органы между собой

6. Возможное осложнение варикозного расширения вен нижних конечностей:

- а) кровотечение
- б) перемежающаяся хромота
- в) сухая гангрена
- г) отек тканей

7. Препарат, применяемый для лечения тромбофлебита:

- а) но-шпа
- б) никотиновая кислота
- в) тромбин
- г) троксевазин

8. Характерный симптом облитерирующего эндартериита:

- а) нарастающий отек тканей
- б) гиперемия кожи
- в) исчезновение периферического пульса
- г) общее повышение температуры

9. Перемежающаяся хромота — основной признак:

- а) лимфангита
- б) облитерирующего эндартериита
- в) варикозного расширения вен нижних конечностей
- г) лимфостаза в нижних конечностях

Эталон ответа

1-в	1-в	2-г	3-г	4-а	5-а	6-в	7-в	8-б	9-а
2-в	1-б	2-в	3-г	4-в	5-а	6-а	7-г	8-в	9-б

4. Инструкция по выполнению программы учебного занятия:

Проверьте рабочее место на предмет наличия всего необходимого для Вашей работы. При необходимости обратитесь к преподавателю. При отработке 1-го учебного вопроса занятия - нарушения артериального кровотока - воспользуйтесь учебником по хирургии, обратите внимание на понятия «острые нарушения» и «хронические нарушения», на ранние клинические признаки артериальной недостаточности, классификацию нарушений по Фонтейну. Составьте схему диагностических мероприятий. Контролируйте свои действия. Представьте преподавателю отчет о выполненном задании. Получите задачу на выполнение очередного задания.

При отработке 2-го учебного вопроса - нарушения венозного кровотока – обратите внимание на роль предрасполагающих факторов при возникновении венозной недостаточности, анатомические особенности строения вен, составьте схему профилактики.

Представьте на проверку преподавателю результат проведенной работы. Задайте возникшие вопросы. Приступите с его разрешения к выполнению очередного задания.

При отработке 3-го учебного вопроса- нарушения лимфообращения – обратите внимание на особенности нарушения лимфообращения, их диагностики. Отметьте наиболее частые причины данного вида нарушений. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий, отметив современные методы диагностики и лечения.

По выполнению программы занятия представьте преподавателю отчет о выполненной работе. Выясните то, что у Вас вызвало затруднения.

5. При проведении заключительной части учебного занятия

Решите ситуационные задачи (приложение). Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий. Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично. Обратите внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой.

5. Изучение нового материала.

5. 1. «Принципы лечения пациентов с нарушениями периферического кровообращения» (Аннотация ,приложение 1).

5.2.Отработка практических манипуляций (Измерение АД,PS,ЧД, уход за послеоперационными больными, пальпация, перкуссия, аускультация).

5.2. Демонстрация больных по теме.

Приложение 1

АННОТАЦИЯ

Синдром нарушения кровообращения

Нарушения артериальной проходимости, венозного оттока, микроциркуляции, лимфообращения и иннервации являются причинами циркуляторных некрозов.

Некроз – местная гибель клеток, тканей или органов, происходящая в живом организме.

Эти причины имеют определённые клинические симптомы и объединяются в синдромы артериальной, венозной недостаточности и недостаточности лимфообращения. Такие нарушения могут развиваться остро или постепенно, по мере прогрессирования заболевания. Чаще поражаются нижние конечности, обследование которых имеет ряд особенностей.

При клиническом обследовании пациента медсестра должна соблюдать определённые правила:

- обследование проводить в тёплом помещении;
- освободить для осмотра симметричные участки конечностей.

Уточнение жалоб пациента:

- *боль* в икроножных мышцах при ходьбе, исчезающая в покое («перемежающая хромота»), Причиной может служить недостаточность артериального кровотока, вследствие сужения или закупорки сосуда;
- *мышечная слабость*, нарастающая при физической нагрузке вследствие нарушения артериального кровотока;
- *парестезия* (онемение, чувство ползания мурашек) наблюдается периодически, усиливается при функциональных нагрузках. Характерна для нарушения артериального кровотока;
- *отёки* постоянные или появляются к концу рабочего дня и исчезают к утру. Причина – нарушение венозного кровообращения или лимфообращения.

Визуальное обследование:

- выраженность венозного рисунка при варикозной болезни;

- окраска кожи (бледность, цианоз, мраморность);
- мышечная гипотрофия при заболевании артерий;
- дистрофические изменения кожи (истончение, выпадение волос, сухость, наличие трещин) и ногтевых пластинок (цвет, форма, ломкость), свидетельствует о нарушении кровообращения.

Пальпация:

- измерение местной температуры различных участков кожи;
- сравнение пульсации артерий на симметричных участках конечностей;
- наличие уплотнений по ходу поверхностных вен.

Измерение объёма конечностей на симметричных участках выявляет выраженность отёка.

Существуют специальные методы исследования:

Осциллография – регистрация пульсовых колебаний сосудистых стенок. Снижение осцилляций свидетельствует о недостаточности венозного кровотока.

Реовазография – графическая регистрация кровенаполнения ткани на исследуемом участке.

Ультразвуковая доплерография - графическая регистрация кровотока, измерение регионарного систолического давления с помощью ультразвука.

Термометрия – измерение кожной температуры на симметричных участках конечностей электротермометром. Инфракрасная термография с помощью тепловизора.

Рентгеноконтрастный метод.

Нарушение артериальной непроницаемости.

Острая артериальная недостаточность возникает при внезапном прекращении кровотока в артериях и может привести к быстрому развитию обширного некроза тканей. *Клинические симптомы ОАН:* сильнейшая боль, резкая бледность кожных покровов с синюшными пятнами («мраморность кожи»), снижение температуры кожи на 2-3°C, нарушение чувствительности (болевого, тактильной), вначале ограничение активных движений, затем паралич. Больные опускают конечности вниз, так как это способствует увеличению притока крови и уменьшается боль.

ОАН имеет три стадии:

- *Стадия функциональных расстройств* возникает при нарушении кровотока в течение нескольких часов. При восстановлении кровотока функция полностью восстанавливается.

- *Стадия органических изменений* возникает при нарушении кровообращения в течение 12-24 часов. При восстановлении кровотока конечность можно сохранить, но функция её будет нарушена.

- *Некротическая стадия* возникает при нарушении кровотока в течение 24-48 часов. Восстановление кровотока может только уменьшить зону некроза, но для спасения жизни пациента необходима некрэктомия или ампутация конечности.

Причины ОАН – повреждение или сдавление магистрального сосуда (происходит при травме, сдавлении жгутом на длительное время), эмболия (закупорка просвета сосуда тромбом, жиром, воздухом, принесёнными током крови), тромбоз.

Алгоритм оказания первой доврачебной помощи при ОАН конечностей:

- Выполнение транспортной иммобилизации;
- Охлаждение конечностей (обкладывание пузыря со льдом);
- Введение спазмолитиков (папаверин, но-шпа);
- Введение сердечных средств по показаниям;
- Срочная госпитализация.

Хроническая артериальная недостаточность (ХАН) развивается постепенно из-за сужения просвета артерий вплоть до полной их закупорки. Причины её возникновения – хронические заболевания сосудов: облитерирующий эндартериит и облитерирующий атеросклероз. Среди симптомов ведущим является перемежающаяся хромота. Больные жалуются на похолодание стоп, голеней. При IV степени появляются некрозы (гангрена) на дистальных фалангах пальцев ног (чаще I пальца). Важнейшим предрасполагающим фактором является курение. Фельдшер должен проводить профилактическую работу. Основные *меры профилактики:*

- Отказ от курения;
- Соблюдение молочно-растительной диеты;
- Постоянный контроль уровня сахара в крови;
- Ношение свободной обуви;
- Соблюдение гигиены ног;
- Избегание переохлаждения ног и микротравм.

При нарушении венозного оттока появляются некрозы, но они развиваются медленнее, боль умеренная, некроз небольшой, поверхностный (трофические язвы).

Варикозная болезнь – это заболевание вен, сопровождающееся увеличением длины, наличием змеевидной извитости подкожных вен.

Возникновение этого заболевания обусловлено следующими факторами:

- предрасполагающие: несостоятельность клапанного аппарата вен, понижение тонуса стенок вен при гормональной перестройке (беременность, менопауза, период полового созревания);
- причины, вызывающие повышение давления в венах нижних конечностей: профессиональные (продавцы, хирурги, педагоги, грузчики, операционные сестры); запоры, кашель, беременность.

Лечение может быть консервативным (не вылечивает заболевание, направлено на профилактику его развития).

Склерозирующая терапия. В варикозно расширенные вены вводят варикозид, тромбовар, вызывающие облитерацию вен. Хирургическое лечение заключается в удалении варикозно расширенной вены (флебэктомия).

Нарушение микроциркуляции может вызвать образование некроза. К заболеваниям, при которых нарушается микроциркуляция, относятся сахарный диабет, системные васкулиты, пролежни.

Диабетическая ангиопатия. У пациентов, страдающих сахарным диабетом, постепенно развивается артериосклероз. Поражаются сосуды сетчатки, почек и др. Для развития некрозов особое значение имеет поражение сосудов нижних конечностей, особенно стоп. Одновременно отмечается нарушение иммунитета, приводящее к снижению сопротивляемости организма к инфекции. Комплекс изменений имеет специальное название «диабетическая стопа». Эти пациенты нуждаются в комплексном лечении: своевременная некрэктомия, вскрытие гнойных затеков, антибактериальная терапия с использованием антибиотиков широкого спектра действия, коррекция уровня глюкозы и кровообращения.

Системные васкулиты — группа заболеваний, которых наблюдается воспаление и некроз сосудистой стенки, приводящие к нарушению кровообращения органов и тканей. Лечение этих заболеваний индивидуальное, комплексное, с использованием сложных схем.

Пролежень — асептический некроз тканей вследствие нарушения микроциркуляции, вызванной длительным сдавливанием.

Мягкие ткани сдавливаются между поверхностью постели и подлежащим костным выступом при длительном вынужденном нахождении в лежачем положении.

Гангрена — это разновидность некроза, имеющая характерные признаки:

Поражение целого органа или большей его части (например, гангрена пальца, стопы, желчного пузыря и т. д.).

Типичная окраска тканей: черный или серо-зеленый цвет. Изменение окраски объясняется разложением гемоглобина при контакте с

воздухом. Поэтому гангрена развивается только в органах, сообщающихся с внешней средой: конечности, кишечник, червеобразный отросток, легкие, молочная железа и др. Не бывает гангрены мозга, печени, сердца, поджелудочной железы и др.

Трофическая язва — длительно незаживающий поверхностный дефект кожи или слизистой с возможным поражением глубже лежащих тканей.

Основные причины образования трофических язв — хронические расстройства кровообращения и иннервации. Различают язвы:
- атеросклеротические — возникают у пожилых людей на фоне ХАН. Они располагаются чаще на стопе в области пальцев, пяток, имеют небольшие размеры, округлую или овальную форму;
- венозные — возникают на фоне ХВН у людей с варикозной или посттравматической болезнью. Они глубокие, разных размеров — от нескольких сантиметров до гигантских, располагаются в нижней трети голени в области внутренней лодыжки. Кожа вокруг язв пигментирована, отечна, уплотнена, склерозирована;
- нейротрофические — возникают при травмах нервов, повреждениях и заболеваниях спинного мозга. Особенность этих язв — плохое, медленное заживление.

Клинические особенности трофических язв. Эта язва всегда находится в центре трофического расстройства, покрыта вялыми серо-коричневыми грануляциями, на поверхности которых находится фибрин, некротические ткани, патогенная микрофлора.

Местное лечение предусматривает борьбу с инфекцией, очищение язвы от некротических тканей, закрытие дефекта.

Свищи – патологический ход в тканях, соединяющий орган, естественную или патологическую полость с внешней средой или органы между собой.

По отношению к внешней среде различают: наружные (свищ соединяет орган с внешней средой) и внутренние (соединяет органы, полости). По причине возникновения: врожденные (пороки развития), приобретённые патологические (образуются вследствие патологического процесса – лигатурные свищи, остеомиелит) и искусственные (создаются оперативным путём - гастростома, колостома, трахеостома и др.).

Основные практические умения

1. Оценка степени тяжести пролежней

Цель: Предупреждение образования пролежней.

Показания: Риск образования пролежней.

Противопоказания: Нет.

Возможные проблемы пациента:

Невозможность самоухода.

Оснащение:

Пинцет стерильный (при необходимости)-1 шт.

Кожный антисептик.

Марлевые салфетки (стерильные) - 5 шт.

Жидкое мыло.

Источник дополнительного освещения.

Перчатки стерильные - 1 пара (при необходимости).

1. Подготовка к процедуре:

Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры.

Обработать руки гигиеническим способом.

Помочь пациенту лечь на живот или на бок.

2. Выполнение процедуры:

Надеть перчатки.

Осмотреть места образования пролежней: затылок, лопатки, локти, крестец, пятки, лодыжки, большой вертел бедренной кости, внутренние поверхности коленных суставов. При необходимости применять стерильные пинцеты при осмотре.

Оценить (см.рис) : локализацию, окраску кожных покровов, наличие запаха и боли, глубину и размер поражения, наличие и характер отделяемой жидкости, отечность краев раны, наличие полости. Клиническая картина при разных стадиях развития пролежней:

I стадия: устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены

II стадия: стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное нарушение целостности кожи с распространением на подкожную клетчатку

III стадия: разрушение (некроз) кожи вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны

IV стадия: поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия или костные образования

3. Окончание процедуры:

Сообщить пациенту результат исследования.

Поместить использованный пинцет в емкость с дезинфицирующим раствором.

Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором.

Обработать руки гигиеническим способом.

Результаты оценки зарегистрировать в учетной форме №003-2/у «Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями»

Отраслевого стандарта (ОСТ 91500.11.0001.- 2002) «Протокол ведения больных. Пролежни», утвержденного приказом Минздрава РФ от 17.04.02 № 123. Доложить врачу.

По указанию врача осуществлять мероприятия по лечению пролежней в соответствии со стадией.

Продолжать противо-пролежневые мероприятия в соответствии с рекомендуемым планом Отраслевого стандарта (ОСТ 91500.11.0001.- 2002) «Протокол ведения больных. Пролежни», утвержденного приказом Минздрава РФ от 17.04.02 № 123.

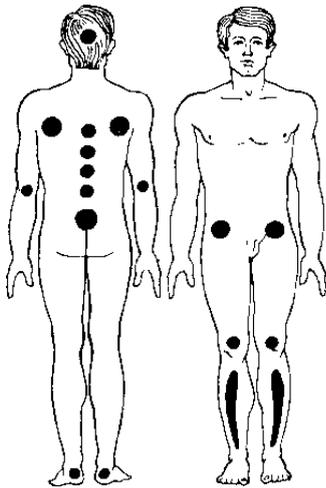


Рис.№ 1.Наиболее вероятные места образования пролежней.



Рис.№ 2.Сухой некроз 1-го пальца и некротическая рана на месте ампутации 5-го пальца.



Рис.№ 3.Сухая гангрена стопы.



Рис.№ 4.Пролежень крестцовой области.

2.Уход за культёй после ампутации конечности .

Фельдшер должен:

предупредить больного, что повязка будет промокать (культю не зашивают наглухо, вводят дренаж и оставляют открытой); под культю подложить клеенку, на неё пеленку, которую меняют по мере загрязнения; в первые сутки медицинская сестра должна осуществлять контроль за повязкой ежечасно, в последующие - 3-4 раза в день; при сильном промокании повязки кровью, появления распирающей боли медицинская сестра обязана сообщить врачу; мягкую бинтовую повязку на культю конечности медицинская сестра накладывает после осмотра её врачом.

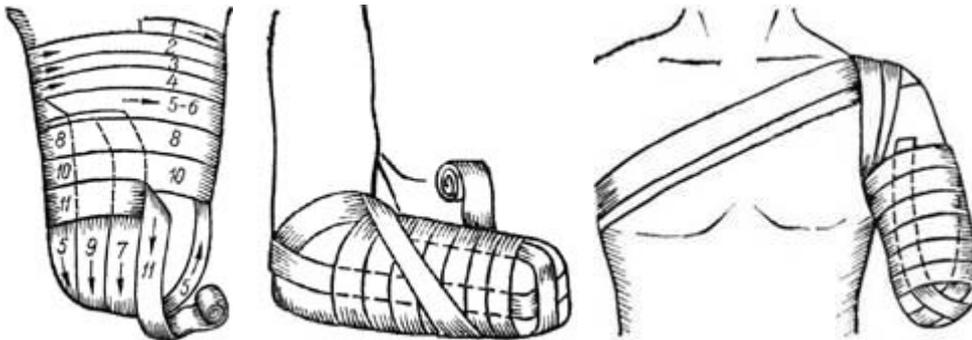


Рис.№ 5.Виды повязок на культю конечностей.

6.Самостоятельная работа студентов на практическом занятии

6.1 Решение ситуационных задач.

Задание для решения ситуационных задач:

- 1.Прочитайте условие задачи.
- 2.Решите предложенные задачи с использованием справочного материала.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Приложение 2

Задача №1

На прием пришел юноша, который жалуется на боли в правой стопе, повышение температуры тела до 37,5С. При осмотре на тыльной поверхности 203 пальцев правой стопы имеются потертости размерами 1,0-0,8 см с налетом фибрина, кожа вокруг ран гиперемированна. Тыльная поверхность правой стопы отечна, отмечается гиперемия в виде продольных полос на тыле стопы и медиальной поверхности голени до ее средней трети. В паховой области определяется умеренно болезненный плотно-эластической консистенции с гладкими краями узел размерами 2,5-2 см. узел подвижный, кожа над ним не изменена.

Задание:

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача №2

Больная, страдающая варикозной болезнью, 4 дня назад почувствовала тянущие боли по ходу расширенной вены нижней трети бедра, уплотнение на этом участке вены. Через 2 дня уплотнение распространилось до верхней границы внутренней поверхности бедра, появились гиперемия и отечность. При осмотре плотный болезненный тяж на внутренней поверхности бедра, доходящий до верхней трети, гиперемия кожи, отечность. Флюктуации нет. Температура тела 37,6С.

Задание:

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача №3

Больному произведена резекция и протезирование левого тазобедренного сустава металлическим протезом. На 4-е сутки появились распирающие боли и быстро прогрессирующий отек левой нижней конечности, распространяющийся до паховой складки. При смотре кожа лоснится, напряжена, «мраморной» окраски. Окружность левого бедра и голени на 10 и 6 см больше окружности правого бедра и голени соответственно. Пальцы левой стопы бледные, движения в них ограничены. Пульсация на задней большеберцовой артерии слева ослаблена. Анализ крови: лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, длительность кровотока снижена.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача №4

Больная страдает варикозной болезнью нижних конечностей. 2 дня назад ниже паховой складки появились боли и уплотнение по ходу вены. Объективно: температура тела 37,3С, определяется плотный болезненный тяж по ходу большой подкожной вены дистальнее паховой складки на 3-4 см. отека конечности нет, кожа обычной окраски.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача №5

После операции на желудке у больного на 4-е сутки внезапно возникли резкие боли в правой нижней конечности, похолодание конечности, при пальпации голень холодная, отсутствует пульсация на артериях стопы и подколенной артерии при сохраненной пульсации на бедренной артерии, болевая чувствительность на голени и стопе снижена. **Задание:**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача 6

В травматологическом отделении на утреннем обходе больной 65 лет жалуется на сильные, распирающие боли в правой стопе и голени, отечность, отсутствие чувствительности пальцев. Накануне больному произведена репозиция отломков и наложена гипсовая повязка по поводу 2-х лодыжечного перелома костей правой голени. Через 4 часа после операции больного начали беспокоить сильные боли в правой стопе, по поводу чего назначались анальгетики. При осмотре: правая стопа отечная, мраморного цвета, с единичными кровянистыми пузырьками, пульс на артериях стопы не определяется.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача №7

В приемное отделение обратился больной 35 лет с жалобами на зябкость, парестезии в области обеих стоп, боли в икроножных мышцах, возникающие при прохождении 200 метров, стихающие при остановке, снижение мышечной силы в ногах, выпадение волос в области голени, утолщение, ломкость ногтевых пластинок. Из анамнеза известно, что больной много курит, характер работы связан с частыми переохлаждениями. При осмотре стопы и голени гипотрофичны, снижена болевая и температурная чувствительность, ногтевые пластинки утолщены, деформированы, желтоватого цвета, пульс на артериях стоп резко ослаблен.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача №8

Мужчина 76 лет обратился к Вам с жалобами на постоянные боли в икроножных мышцах, усиливающиеся при ходьбе, изменение цвета 1 пальца правой стопы. Стопы бледные, правая стопа холоднее чем левая, пульсация на артериях стопы не определяется.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача №9

В приемное отделение доставлен больной с жалобами на резкую болезненность в области правой голени, усиливающуюся при ходьбе, сгибании стопы, отек правой голени и стопы, озноб, гипертермию до 38,50. При осмотре правая стопа в области тыла и голень на всем протяжении увеличены в объеме. Кожа обычного цвета. Пальпация голени, особенно при сгибании стопы резко болезненна. Венозный рисунок усилен.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача №10

У больного 75 лет, страдающего сахарным диабетом, развилась влажная гангрена 3-х пальцев левой стопы. При обследовании выявлена окклюзия поверхностной бедренной артерии, подколенный сегмент заполняется из коллатералей.

Задание:

1. Какое хирургическое вмешательство показано в данном случае?

7. Подведение итогов. Выводы

8. Домашнее задание

8.1 Рефераты на тему:

- "Профилактика пролежней"
- "Профилактика диабетической стопы"

9. Литература:

9.1. Конспект лекции;

9.2. Учебник Э.Д. Рубан. «Хирургия», Ростов-на-Дону, «Феникс», 2014 г., стр. 283-290.

Занятие 12. Тема: «Принципы лечения пациентов с хирургическими заболеваниями головы»

Тип занятия: совершенствование знаний, умений и навыков

Форма проведения: Практическое занятие, клиническая практика

Место проведения занятия: учебная комната, палаты в отделении общей хирургии, травматологии.

Оснащение занятия: тематические больные с разными видами хирургической патологией головы, набор хирургического инструментария; перевязочный материал, перчатки, слайды, видеофильм

Учебные вопросы практического занятия:

знакомство с методами обследования и лечения больных с хирургической патологией головы;

составление плана обследования и лечения больных с различными заболеваниями головы;

Цели занятия:

Образовательная:

- сформировать у студентов представление о видах хирургических заболеваний головы;

- сформировать у студентов знания по современным принципам профилактики и лечения хирургических заболеваний головы;

Студент должен закрепить знания полученные на анатомии, фармакологии и физиологии.

Студент должен иметь практический опыт и владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза больному с хирургическими заболеваниями головы и последующим направлением его на дополнительное обследование к врачам-специалистам.

Студент должен знать:

- методы обследования больных с хирургической патологией головы;

виды врожденной хирургической патологии головы и методы ее - коррекции;

- основные виды хирургической патологии головы (деформации, дефекты, воспалительные заболевания), особенности их лечения.

Студент должен уметь:

- интерпретировать результаты клинико-лабораторных данных, инструментальных методов исследования ;

- проводить осмотр пациента с хирургической патологией головы;

- расписать план обследования и лечения пациента с хирургическими заболеваниями головы.

Развивающие цели: Развить у студентов умения, которые относятся к общим и профессиональным компетенциям:

Воспитательные цели:

- воспитать аккуратность и внимательность при выполнении работ с больными хирургического профиля;

- воспитать высокую творческую активность при изучении данной темы

- воспитать творческое отношение к избранной профессии.

Межпредметные связи: анатомия, физиология, основы патологии, латинский язык, основы сестринского дела, пропедевтика и диагностика в терапии, педиатрии, акушерстве и гинекологии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть. Организационный момент – предусматривает проверку внешнего вида студентов, подготовку аудитории к занятию и отметка отсутствующих.

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Вспомните, пользуясь своим конспектом, содержание лекции по принципам лечения пациентов с хирургической патологией головы, изучите рекомендуемую литературу, выполните контрольные задания по теме и решите ситуационные задачи

2. Начальная мотивация учебной деятельности.

В настоящее время проблема пациентов с хирургическими заболеваниями головы стоит достаточно остро. Возможно, это обусловлено повышенным травматизмом, связанным с техническим прогрессом (ДТП, травмы на производстве и др.), социальной, криминогенной обстановкой. Не исключается влияние неблагоприятных наследственных, генетических факторов, а также воздействия окружающей среды (врожденные заболевания). Нельзя отрицать и влияние невнимательного отношения к своему здоровью самих пациентов.

В последние годы отмечается рост травм челюстно-лицевой области, они составляют 3,2 – 3,8% от всех повреждений костей, среди всех заболеваний челюстно-лицевой области они составляют от 20% до 40% по разным источникам. Ведущее место среди травм челюстно-лицевой области занимают: бытовая (83%), транспортная (12%), производственная (4,5%), спортивная (0,5%).

Возрастание числа случаев воспалительных заболеваний головы может быть обусловлено значительным снижением качества жизни населения, материально-бытовых условий, ухудшением питания, отсутствием плановой санации, снижением уровня и качества личной гигиены, которые способствуют понижению общей резистентности и неспецифического иммунитета и нарастанию уровня заболеваемости и случаев хронической формы заболеваний (абсцессы, онкологические заболевания и т.д.).

Поэтому медицинский работник должен владеть научно-обоснованной информацией в этой области для осуществления лечебной деятельности и для проведения просветительской и профилактической работы среди населения.

3. Актуализация опорных знаний студентов с элементами проверки домашнего задания.

Контроль знаний:

Фронтальный опрос

Закрытая черепно-мозговая травма (сотрясение, ушиб, сдавление). Основные клинические проявления;

Правила оказания первой помощи и лечение черепно-мозговой травмы; профилактика осложнений;

Воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек (гнойный менингит и абсцесс мозга). Причины, клиника, лечение и особенности ухода;

Воспалительные заболевания полости рта (паротит, стоматит). Причины, клиника, лечение и профилактика.

Решите входные тесты.

Выберите один правильный ответ:

Вариант №1

1. Для транспортной иммобилизации при черепно-мозговой травме применяют шину:

- 1) Белера
- 2) Дитерихса
- 3) Еланского
- 4) Виноградова

2. При повреждении шейного отдела позвоночника с целью транспортной иммобилизации используют:

- 1) ватно-марлевые кольца Дельбе
- 2) ватно-марлевый воротник Шанца
- 3) шину Дитерихса
- 4) крестообразную повязку

3. Сотрясение головного мозга от ушиба мозга отличается:

- 1) наличием «светлого промежутка»
- 2) отсутствием очаговой симптоматики
- 3) наличием повышенного АД
- 4) нарушением сна

4. Характерный признак сдавления головного мозга:

- 1) однократная рвота
- 2) менингеальные симптомы
- 3) «светлый промежуток»
- 4) кратковременная потеря сознания сразу после травмы

5. Типичное проявление перелома основания черепа:

- 1) кровотечение и ликворрея из носа и ушей
- 2) отек век
- 3) подкожная эмфизема
- 4) двоение в глазах

6. Неотложная помощь при черепно-мозговой травме заключается в применении:

- 1) наркотиков
- 2) противорвотных препаратов
- 3) пузыря со льдом на голову
- 4) кордиамина

Вариант №2

1. Неотложная помощь при черепно-мозговой травме заключается в применении:

- 1) наркотиков
- 2) противорвотных препаратов
- 3) пузыря со льдом на голову
- 4) кордиамина

2. Типичное проявление перелома основания черепа:

- 1) кровотечение и ликворрея из носа и ушей
- 2) отек век
- 3) подкожная эмфизема
- 4) двоение в глазах

3. Характерный признак сдавления головного мозга:

- 1) однократная рвота
- 2) менингеальные симптомы
- 3) «светлый промежуток»
- 4) кратковременная потеря сознания сразу после травмы

4. Сотрясение головного мозга от ушиба мозга отличается:

- 1) наличием «светлого промежутка»
- 2) отсутствием очаговой симптоматики
- 3) наличием повышенного АД
- 4) нарушением сна

5. При повреждении шейного отдела позвоночника с целью транспортной иммобилизации используют:

- 1) ватно-марлевые кольца Дельбе
- 2) ватно-марлевый воротник Шанца
- 3) шину Дитерихса
- 4) крестообразную повязку

6. Для транспортной иммобилизации при черепно-мозговой травме применяют шину:

- 1) Белера
- 2) Дитерихса
- 3) Еланского
- 4) Виноградова

Эталон ответа

1-в	1-3	2-2	3-2	4-3	5-1	6-3
2-в	1-3	2-1	3-3	4-2	5-2	6-3

4. Инструкция по выполнению программы учебного занятия:

Проверьте рабочее место на предмет наличия всего необходимого для Вашей работы. При необходимости обратитесь к преподавателю. При отработке 1-го учебного вопроса занятия - знакомство с методами обследования и лечения больных с хирургической патологией головы - воспользуйтесь учебником по хирургии, обратите внимание на понятия «острые» и «хронические заболевания», на ранние клинические признаки. Составьте схему диагностических мероприятий. Контролируйте свои действия. Представьте преподавателю отчет о выполненном задании. Получите задачу на выполнение очередного задания.

При отработке 2-го учебного вопроса - составление плана обследования и лечения больных с различными заболеваниями головы – обратите внимание на роль предрасполагающих факторов при возникновении врожденной патологии, анатомические особенности строения головы, составьте схему профилактики.

Представьте на проверку преподавателю результат проведенной работы. Задайте возникшие вопросы. Приступите с его разрешения к выполнению очередного задания.

По выполнению программы занятия представьте преподавателю отчет о выполненной работе. Выясните то, что у Вас вызвало затруднения.

5. При проведении заключительной части учебного занятия

Решите ситуационные задачи (приложение). Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий. Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично. Обратите внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой.

5. Изучение нового материала.

5.1. «Принципы лечения пациентов с хирургическими заболеваниями головы» (Аннотация ,приложение 1).

5.2.Отработка практических манипуляций (Измерение АД,PS,ЧД, уход за послеоперационными больными, пальпация, перкуссия, аускультация).

5.2. Демонстрация больных по теме.

Приложение 1

АННОТАЦИЯ

Все раны мягких тканей головы и лица значительно кровоточат даже при небольшом повреждении в связи с обильным кровоснабжением.

Ушибленные раны характеризуются быстро нарастающим отёком и обильным кровотечением, могут сопровождаться значительной отслойкой мягких тканей и загрязнением. В области волосистой части головы повреждения кожи могут быть небольшими, а мягкие ткани обычно отслоены на значительном протяжении. Если рассечён апоневроз, то рана зияет.

Раны губ нередко распространяются на слизистую оболочку полости рта.

Резаные раны всегда бактериально загрязнены, часто отмечается потеря тканей лица и его выступающих частей (носа, подбородка).

Огнестрельные раны характеризуются обезображиванием лица, значительным дефектом тканей, проникновением в полость рта, носа, черепа.

Кроме того, могут быть рубленые, колотые, скальпированные раны, при которых срывается значительный участок покровов волосистой части головы и обнажается череп.

При ранениях тканей всегда следует помнить о возможности повреждения костей черепа и внутричерепных осложнений. При ранениях лица возможны повреждения лицевого черепа, околоушной железы, лицевого нерва, воздухоносных пазух полости носа.

Раны головы, особенно ушибленные, укушенные и огнестрельные, могут осложниться нагноением мягких тканей. Инфекция может распространиться на костную ткань, мозговые оболочки, вызвать абсцесс мозга, тромбоз венозного синуса.

Первая помощь и лечение

Необходима немедленная остановка кровотечения на месте происшествия. При небольших ранениях достаточно наложить давящую повязку. При более сильных кровотечениях - *прижать кровоточащий сосуд* на протяжении и доставить пациента в стационар.

Раны мягких тканей нуждаются в хирургической обработке. *Особенностью обработки ран лица и головы является щадящее иссечение только явно нежизнеспособных и резко загрязнённых краёв.* Обязательна тщательная ревизия дна раны. Для наложения швов, используют капрон или конский волос для формирования аккуратного рубца. При резанных ранах края можно сблизить с помощью лейкопластыря, шва в этом случае не накладывают.

Раны языка и слизистой рта обязательно ушиваются кетгутом. Обработка ран волосистой части головы всегда производят в операционной в положении пациента на спине или на животе.

Волосы вокруг раны сначала осторожно выстригают на 3-4 см максимально коротко, а затем намывают и сбывают, делая движения в сторону от краёв раны. Туалет раны проводят 3% раствором перекиси водорода, раствором фурацилина или хлоргексидина, удаляя из раны волосы и другие инородные тела.

По окончании наложения повязки пациенту рекомендуется постельный режим, холод на голову. За ним необходимо наблюдение. При появлении сильных головных болей, изменения в поведении, сонливости, нарушения сознания, изменения внешнего вида, слабости нужно немедленно госпитализировать пациента, а если он находится в стационаре, медицинская сестра должна сразу же доложить об этих изменениях врачу.

Повреждения костей черепа

Возникают в результате транспортных и промышленных травм, падений, обвалов, ударов по голове, огнестрельных ранений.

Переломы костей черепа бывают линейными (трещины), оскольчатыми, дырчатыми или оконными. Трещины проникают через всю толщину кости в виде узкой щели.

При оскольчатых переломах осколки могут вдавливаться и повреждать мозговые оболочки и вещество мозга.

Дырчатые переломы с дефектом костной ткани наблюдаются в основном при огнестрельных ранениях. *Переломы могут быть открытыми и закрытыми, полными и неполными.* Различают переломы свода черепа и его основания. Эти виды повреждений часто сочетаются.

Переломы свода черепа

Переломы свода черепа, особенно при прямом механизме травмы, часто сопровождаются смещением повреждённой внутренней костной пластинки, что вызывает повреждение оболочек и вещества головного мозга, приводящее к тяжёлым нарушениям деятельности центральной нервной системы, образуются кровоизлияния под твёрдую мозговую оболочку. В связи с этим очень важна своевременная диагностика и срочное оперативное вмешательство.

Перелом свода черепа распознаётся по деформации и болезненности, *определяемых пальпаторно.*

Рентгенограммы в двух проекциях уточняют характер перелома.

Клиническая картина

Клиника разнообразна. Иногда отмечается лёгкое течение с кратковременной потерей сознания, головной болью после травмы. Симптомов повреждения черепно-мозговых нервов может не быть. В тяжёлых случаях отмечается длительное бессознательное состояние. При нарастающей субдуральной гематоме пациент теряет сознание через некоторое время после травмы, то есть имеется так называемый светлый промежуток. Развиваются очаговые симптомы: парезы, параличи, нарушение речи.

Переломы основания черепа

Переломы основания черепа могут быть в области передней, средней или задней черепно-мозговых ямок.

Важным симптомом является кровоизлияние в область глазниц, в ретробульбарную клетчатку, что приводит к экзофтальму и появлению симптома "очков". Отмечается также кровотечения и истечение ликвора из носа и ушей. Характерны парезы и параличи черепно-мозговых нервов. Могут быть симптомы раздражения мозговых оболочек (ригидность затылочных мышц, симптом Кернинга), отмечается сухость губ и языка, трещины губ, неприятный запах изо рта, непроизвольное мочеиспускание. Переломы основания черепа, сопровождающие истечением спинномозговой жидкости из ушей или носа, считаются открытыми, поэтому пациенту назначают антибиотики.

Для постановки диагноза важную роль играет механизм травмы (если его удастся выяснить), длительность потери сознания, неврологические расстройства и рентгенологическое исследование. Перелом основания черепа и свода черепа относится к тяжёлым повреждениям, процент летальности высокий. Это объясняется близостью жизненно важных центров головного мозга и ствола мозга.

Первая помощь и лечение при переломах свода и основания черепа

При открытых повреждениях на месте происшествия накладывают асептическую повязку и немедленно транспортируют пациента в травматологическое отделение в положении лёжа с приподнятым головным концом. Голову необходимо придержать или уложить на ватно-марлевое кольцо, к голове холод. Если пациент без сознания, необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей:

положение пациента на бок;

вывести вперёд нижнюю челюсть;

освободить верхние дыхательные пути от слизи, крови, рвотных масс, удалить съёмные зубные протезы;

установить воздуховод.

Если проходимость верхних дыхательных путей и возможность предупреждения аспирации вызывают сомнение, необходима интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции лёгких.

На госпитальном этапе при остановке дыхания искусственная вентиляция лёгких проводится методами "рот в рот", "рот в нос", аппаратом "Амбу" или портативным респиратором.

Для профилактики отёка мозга внутривенно вводят гипертонические растворы глюкозы, лазикс.

Лечение

Строгий постельный режим назначается пациентам с переломами костей черепа без смещения и при отсутствии симптомов сдавливания головного мозга. Первичную хирургическую обработку ран проводят под местной анестезией или наркозом.

При переломах свода черепа с вдавлением костных отломков в его полость, сопровождающимся очаговой симптоматикой, при нарастающих симптомах сдавливания головного мозга гематомой или за счёт отёка головного мозга производят трепанацию черепа, удаление костных отломков, гематомы.

Консервативное лечение пациентам с переломами костей черепа включает обезболивающие, снотворные и седативные средства, антибиотики, сердечные препараты, дегидратационную терапию, применяют по показаниям искусственную вентиляцию лёгких, трахеотомию.

Повреждения головного мозга возникают вследствие ушиба головы или перелома костей черепа. Различают сотрясение, ушиб и сдавливание головного мозга.

Сотрясение головного мозга

Характеризуется функциональными расстройствами головного мозга, носящими обратимый характер. Отмечаются кратковременная потеря сознания, тошнота, однократная рвота, нарушение дыхания (частое, поверхностное), головная боль, слабость, брадикардия. Пациент не помнит событий, предшествовавших травме и во время травмы.

После сотрясения длительно сохраняется головная боль, головокружение, шум в ушах, раздражительность, нарушение сна, потливость, то есть вегетативные нарушения сосудов головного мозга. При отсутствии лечения или неадекватном лечении последствия сотрясения головного мозга могут проявиться даже через десятки лет атеросклерозом сосудов головного мозга, гипертонией.

Первая помощь заключается в обеспечении пациенту физического и психического покоя. Транспортировка на носилках в положении лёжа с приподнятой и повернутой набок головой. К голове прикладывают холод. Внутримышечно вводят 5 мл 50% анальгина, внутривенно - 40% раствор глюкозы. *Обязательна рентгенография черепа.*

Лечение

Постельный режим, снотворные, витамины, сердечные. При проявлении признаков повышения внутричерепного давления предпринимают с диагностической и лечебной целью спинномозговую пункцию. Проводят дегидратационную терапию.

Ушиб головного мозга

Ушиб головного мозга характеризуется наличием очаговых расстройств в связи с повреждением вещества мозга. В веществе мозга отмечаются разрывы, размозжения и кровоизлияния, которые могут располагаться как в коре, так и в белом веществе головного мозга. Развивается отёк, набухание мозга, повышение спинномозгового давления. Функциональные расстройства носят выраженный и устойчивый характер.

Клиническая картина

В клинической картине помимо общемозговых симптомов чётко выражены очаговые симптомы, характерные для поражения участка полушария или ствола мозга.

Различают ушибы лёгкой, средней и тяжёлой степени.

При лёгкой степени отмечаются умеренные проявления общемозговых и очаговых симптомов: асимметрия рефлексов, лёгкий центральный парез мимической мускулатуры и языка, нарушение речи и зрения. Продолжительность потери сознания 2-3 часа.

При средней степени - все симптомы более выражены, появляются симптомы повреждения ствола головного мозга. Сознание может отсутствовать до суток.

Тяжёлая степень характеризуется длительной потерей сознания (несколько недель), отмечаются выраженные и устойчивые стволые симптомы (температура тела повышается до 40°C, наблюдаются расстройство дыхания, тахикардия).

Происходят нейродистрофические поражения внутренних органов, геморрагии, кровоизлияния. Прогноз всегда сомнителен, так как функции головного мозга могут не восстановиться.

Первая помощь заключается в обеспечении проходимости дыхательных путей.

Лечение

Лечение в нейрохирургическом отделении или реанимации. После интубации трахеи пациента переводится на искусственную вентиляцию лёгких. Инфузионная терапия включает дегидратацию гипертоническими растворами, мочегонные, гормоны. Проводится обезболивающая терапия, назначаются нейролептики, антибиотики для профилактики пневмоний, симптоматическая терапия. Лечение длится не менее месяца с последующим наблюдением психоневролога.

Сдавление головного мозга

Сдавление головного мозга возникает при тяжёлой черепно-мозговой травме, если она сопровождается внутричерепным кровоизлиянием или отёком мозга.

Симптомы сдавления нарастают при продолжающемся внутричерепном кровотечении.

Клиническая картина

Клинически это проявляется усилением головной боли, слабостью, неоднократной рвотой, кратковременным возбуждением, сужением зрачков, их слабой реакцией на свет, редким и напряжённым пульсом, учащённым дыханием.

Сдавление головного мозга не сразу появляются этими симптомами, так как увеличение объёма внутричерепного содержимого временно компенсируется выдавливанием спинномозговой жидкости из полости черепа в спинномозговое пространство.

Поэтому имеется светлый промежуток, после которого пациент впервые после травмы или повторно теряет сознание. За пациентом необходимо постоянно наблюдать в течение 6-8 часов после травмы, чтобы не пропустить нарастание сдавления головного мозга. Велика опасность гибели мозга вследствие ишемии от сдавления.

Кровоизлияние (гематома) может располагаться снаружи от твёрдой мозговой оболочки - эпидуральная гематома, под твёрдой мозговой оболочкой - субдуральная гематома, под мягкой мозговой оболочкой - субарахноидальная гематома, в веществе мозга - внутричерепная и в желудочках мозга. *Наличие крови* в спинномозговой жидкости говорит о субарахноидальном кровоизлиянии, в то же время отсутствие крови в спинномозговой жидкости не исключает наличия внутричерепного кровоизлияния.

Ранее появление судорог свидетельствует о быстром нарастании внутричерепного давления.

Специальные методы исследования при подозрении на сдавление головного мозга:

электроэнцефалография;

рентгенография черепа в 2-х проекциях; компьютерная томография;

эхоэнцефалография;

компьютерная томография;

ангиография.

Первая помощь

Пациента как можно быстрее необходимо доставить в нейрохирургическое отделение. При постановке диагноза внутричерепного кровоизлияния и уточнения локализации гематомы над этим местом делают трепанацию черепа, опорожняют гематому, останавливают кровотечение.

После операции показан постельный режим в течении 3-6 недель, проводится дегидратационная терапия, симптоматическая терапия, антибиотики, снотворные и седативные средства.

Уход за пациентами с черепно-мозговой травмой

Медицинская сестра при уходе за такими пациентами следит за соблюдением постельного режима, разъясняя пациенту и его родственникам последствия его нарушения: выполняет назначения врача.

Пролежни относятся к наиболее распространённой проблеме, с которой сталкиваются при восстановительном лечении больных неврологического профиля. Наиболее часто пролежни возникают в области крестца, седалищного бугра, большого вертела бедренной кости, пяточной области. У больных, длительно лежащих на спине, пролежни могут возникать в области затылка, а в случаях кифоза грудного отдела позвоночника - над остистыми отростками позвонков. *Для профилактики пролежней* всё бельё должно быть сухим и без складок. Все ссадины на коже промывают 3% раствором перекиси водорода и смазывают 1% раствором бриллиантовой зелени (на лице) либо 3% раствором настойки йода (на туловище и конечностях). Кожа туловища регулярно протирается 3% раствором камфорного спирта. Каждые 2-3 часа меняют положение больного. Под пятки, крестец, лопатки и другие костные выступы подкладывают резиновые круги. Пролежень - это участок ишемии и некроза тканей, возникающий в области постоянного давления на ткани (обычно — над костными выступами).

Для предупреждения тромбоэмболии ноги укладывают так, чтобы не было сдавления вен, ноги бинтуют эластичными бинтами.

Обеспечение полноценного питания, контроль за нормальной функцией кишечника и выведением мочи также входит в комплекс мероприятий, направленных на поддержание нормальной жизнедеятельности организма и на скорейшее восстановление нарушенных функций.

воспалительные заболевания головного мозга

Категория: Сестринское дело в хирургии/Хирургические заболевания и повреждения головы

Абсцесс мозга

Развивается в результате заноса инфекции с током крови или лимфы при сепсисе, гнойных воспалениях среднего уха или придаточных пазух носа или гнойных заболеваниях любой другой локализации.

Абсцесс головного мозга — это ограниченное скопление гноя в полости черепа.

Различают три вида абсцессов:

внутричерепные (скопление гноя в веществе мозга);

субдуральные (расположенные под твердой мозговой оболочкой);

эпидуральные (локализованные над твердой мозговой оболочкой).

Основными путями проникновения инфекции в полость черепа являются:

гематогенный;

открытая проникающая черепно-мозговая травма;

гнойно-воспалительные процессы в придаточных пазухах носа, среднем и внутреннем ухе;

инфицирование раны после нейрохирургических вмешательств.

Клиническая картина

На сегодняшний день патогномичные симптомы абсцесса головного мозга не выявлены. Клиническая картина при абсцессах головного мозга схожа с клинической картиной объёмного образования, когда клинические симптомы могут варьироваться от головной боли до тяжелейших общемозговых симптомов, сопряжённых с угнетением сознания и выраженными очаговыми симптомами поражения головного мозга. В некоторых случаях первым проявлением болезни становится эпилептиформный припадок. Могут наблюдаться менингеальные симптомы (при субдуральных процессах, эмпиеме). Эпидуральные абсцессы головного мозга зачастую ассоциируются с остеомиелитом костей черепа. Наблюдается прогрессирующее нарастание симптоматики.

Диагноз абсцесса головного ставят по совокупности данных анамнеза, жалоб и очаговых симптомов. Для уточнения диагноза применяют электроэнцефалографию, рентгенографию после введения контрастного вещества в желудочки мозга, спинномозговую пункцию, эхоэнцефалографию, компьютерную или магнитно-резонансную томографию.

Лечение

Лечение абсцессов головного мозга может быть как консервативным, так и хирургическим и зависит от стадии развития абсцесса мозга, его локализации и размера.

На энцефалитической стадии абсцесса (анамнез - до 2 недель), а также в случае небольшого абсцесса головного мозга (до 3 см в диаметре) рекомендовано консервативное лечение, основой которого должна стать эмпирическая антибактериальная терапия. В некоторых случаях возможно проведение стереотаксической биопсии в целях окончательной верификации диагноза и выделения возбудителя.

Абсцессы, вызывающие дислокацию мозга и повышение внутричерепного давления, а также локализованные в зоне желудочковой системы (попадание гноя в желудочковую систему зачастую приводит к летальным исходам) - абсолютные показания к хирургическому вмешательству. Травматические абсцессы головного мозга, расположенные в зоне инородного тела также подлежат хирургическому

лечению, так как данный воспалительный процесс не поддается консервативному лечению. Несмотря на неблагоприятный прогноз, грибковые абсцессы также являются абсолютным показанием к хирургическому вмешательству.

6. Самостоятельная работа студентов на практическом занятии

6.1 Решение ситуационных задач.

Задание для решения ситуационных задач:

1. Прочитайте условие задачи.
2. Решите предложенные задачи с использованием справочного материала.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Приложение 2

Задача №1.

Больной А., 36 лет через 12 часов после травмы головы потерял сознание. Был доставлен «скорой» в больницу. При осмотре - состояние тяжелое, PS- 60 уд. в мин, АД /мм рт. ст., НЬ -130 г/л. Выявлен левосторонний гемипарез.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.
3. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

Задача №2.

Больной обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.
3. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

Эталоны ответов к задаче №1:

1. Сдавление мозга внутримозговой гематомой справа.
2. Трепанация черепа, удаление гематомы, остановка кровотечения. Дегидратационная терапия (препараты: мочевина, маннитол, лазикс, гипертонические растворы).
3. Рентгенография черепа, эхоэнцефалография, спинномозговая пункция, компьютерная томография. Компьютерная томография

Эталоны ответов к задаче №2:

1. Сотрясение головного мозга. В основе - обратимое молекулярное смещение нервной ткани, приводящее к нарушению функции коры головного мозга.
2. Больной должен находиться в специализированном нейрохирургическом или неврологическом отделении. Постельный режим, дегидратационная, седативная и анальгезирующая терапия.
3. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография.

7. Подведение итогов. Выводы

8. Домашнее задание

8.1 Рефераты на тему:

- "Лечение пациентов с ЧМТ"

9. Литература:

- 9.1. Конспект лекции;
- 9.2. Учебник Э.Д.Рубан. «Хирургия», Ростов-на-Дону, «Феникс», 2014г, стр.356-401.

Занятие 13. Тема: «Принципы лечения пациентов с хирургическими заболеваниями органов грудной клетки»

Тип занятия: совершенствование знаний, умений и навыков

Форма проведения: Практическое занятие, клиническая практика

Место проведения занятия: учебная комната, палаты в отделении общей хирургии, травматологии.

Оснащение занятия: тематические больные с разными видами хирургической патологией органов грудной клетки, набор хирургического инструментария; перевязочный материал, перчатки, слайды, видеофильм

Учебные вопросы практического занятия:

знакомство с методами обследования и лечения больных с хирургической патологией органов грудной клетки;
составление плана обследования и лечения больных с различными заболеваниями органов грудной клетки;
составление набора инструментов для плевральной пункции и участие в её проведении, монтаж системы для дренажа по Бюлау

Цели занятия:

Образовательная:

- сформировать у студентов представление о видах хирургических заболеваний органов грудной клетки;
- сформировать у студентов знания по современным принципам профилактики и лечения хирургических заболеваний органов грудной клетки;

Студент должен закрепить знания полученные на анатомии, фармакологии и физиологии.

Студент должен иметь практический опыт и владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза больному с хирургическими заболеваниями органов грудной клетки и последующим направлением его на дополнительное обследование к врачам-специалистам.

Студент должен знать:

- методы обследования больных с хирургической патологией органов грудной клетки;
- виды врожденной хирургической патологии грудной клетки и методы ее - коррекции;
- основные виды хирургической патологии органов грудной клетки (деформации, дефекты, воспалительные заболевания), особенности их лечения.

Студент должен уметь:

- интерпретировать результаты клинико-лабораторных данных, инструментальных методов исследования ;
- проводить осмотр пациента с хирургической патологией органов грудной клетки;
- составлять набор инструментов для плевральной пункции и дренирования плевральной полости и помогать врачу при их проведении;
- расписать план обследования и лечения пациента с хирургическими заболеваниями органов грудной клетки.

Развивающие цели: Развить у студентов умения, которые относятся к общим и профессиональным компетенциям:

Воспитательные цели:

- воспитать аккуратность и внимательность при выполнении работ с больными хирургического профиля;
- воспитать высокую творческую активность при изучении данной темы
- воспитать творческое отношение к избранной профессии.

Межпредметные связи: анатомия, физиология, основы патологии, латинский язык, основы сестринского дела, пропедевтика и диагностика в терапии, педиатрии, акушерстве и гинекологии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть. Организационный момент – предусматривает проверку внешнего вида студентов, подготовку аудитории к занятию и отметка отсутствующих.

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Вспомните, пользуясь своим конспектом, содержание лекции по принципам лечения пациентов с хирургической патологией органов грудной клетки, изучите рекомендуемую литературу, выполните контрольные задания по теме и решите ситуационные задачи

2. Начальная мотивация учебной деятельности.

В настоящее время проблема пациентов с хирургическими заболеваниями органов грудной клетки стоит достаточно остро. Возможно, это обусловлено повышенным травматизмом, связанным с техническим прогрессом (ДТП, травмы на производстве и др.), социальной, криминогенной обстановкой. Не исключается влияние неблагоприятных наследственных, генетических факторов, а также воздействия окружающей среды (врожденные заболевания). Нельзя отрицать и влияние невнимательного отношения к своему здоровью самих пациентов.

В последние годы отмечается рост травм и воспалительных заболеваний органов грудной клетки. На их долю приходится около 50% всех заболеваний. Особенную группу пациентов с данным видом патологии составляют дети. Наиболее частой причиной этих заболеваний является позднее обращение пациентов за помощью, не информированность о возможных последствиях. Так как в зародыше заболевания лежат, как правило, такие «мелочи» как карнес, фурункул, микротравма лица.

Возрастание числа случаев воспалительных заболеваний органов грудной клетки может быть обусловлено значительным снижением качества жизни населения, материально-бытовых условий, ухудшением питания, отсутствием плановой санации, снижением уровня и качества личной гигиены, которые способствуют понижению общей резистентности и неспецифического иммунитета и нарастанию уровня заболеваемости и случаев хронической формы заболеваний (абсцессы, онкологические заболевания и т.д.).

Поэтому медицинский работник должен владеть научно-обоснованной информацией в этой области для осуществления лечебной деятельности и для проведения просветительской и профилактической работы среди населения.

3. Актуализация опорных знаний студентов с элементами проверки домашнего задания.

Контроль знаний:

Фронтальный опрос

Методы обследования больных с хирургической патологией грудной клетки и её органов;

Закрытые повреждения грудной клетки. Клиника, первая помощь и лечение;

Проникающие ранения грудной клетки. Виды пневмоторакса. Клиника, первая помощь и лечение.

Гемоторакс. Клиника, первая помощь, лечение;

Врожденные пороки развития грудной клетки, сердца, магистральных сосудов и методы их лечения;

Решите входные тесты.

Выберите один правильный ответ:

Вариант №1

1. Пациента с инородным телом дыхательных путей следует транспортировать в положении:

- 1) лежа на животе
- 2) лежа на спине
- 3) сидя или полусидя
- 4) лежа с опущенной головой

2. Основной признак перелома ребер:

- 1) локальная крепитация
- 2) точечные кровоизлияния на коже туловища
- 3) кровоподтек
- 4) боль

3. При оказании неотложной помощи пациенту с открытым пневмотораксом необходимо:

- 1) выполнить новокаиновую блокаду
- 2) ввести спазмолитики
- 3) наложить окклюзионную повязку
- 4) наложить шину Крамера

4. Признак закрытого пневмоторакса:

- 1) усиление дыхательных шумов
- 2) укорочение перкуторного звука
- 3) брадикардия
- 4) коробочный звук при перкуссии

5. При сдавлении грудной клетки пострадавшему нужно ввести обезболивающее и:

- 1) уложить на живот
- 2) уложить на спину
- 3) уложить на бок
- 4) придать полусидящее положение

6. Открытый пневмоторакс — это:

- 1) скопление воздуха в подкожной клетчатке

- 2) воздух, попавший при ранении в плевральную полость
- 3) перемещение воздуха при дыхании через рану грудной клетки в плевральную полость и обратно, рана «дышит»
- 4) скопление крови в плевральной полости

7.Симптом клапанного пневмоторакса:

- 1) нарастающая одышка
- 2) урежение пульса
- 3) усиление дыхательных шумов
- 4) отечность тканей

8.Признаки гемоторакса:

- 1) одышка, на стороне поражения, дыхание не прослушивается, перкуторно коробочный звук
- 2) притупление перкуторного звука, дыхание при аускультации ослаблено, прогрессирующее падение АД
- 3) крепитация при надавливании на кожу грудной клетки, затрудненное дыхание
- 4) шум трения плевры, боль при дыхании

Вариант №2

1.Признаки гемоторакса:

- 1) одышка, на стороне поражения, дыхание не прослушивается, перкуторно коробочный звук
- 2) притупление перкуторного звука, дыхание при аускультации ослаблено, прогрессирующее падение АД
- 3) крепитация при надавливании на кожу грудной клетки, затрудненное дыхание
- 4) шум трения плевры, боль при дыхании

2.Симптом клапанного пневмоторакса:

- 1) нарастающая одышка
- 2) урежение пульса
- 3) усиление дыхательных шумов
- 4) отечность тканей

3.Открытый пневмоторакс — это:

- 1) скопление воздуха в подкожной клетчатке
- 2) воздух, попавший при ранении в плевральную полость
- 3) перемещение воздуха при дыхании через рану грудной клетки в плевральную полость и обратно, рана «дышит»
- 4) скопление крови в плевральной полости

4.При сдавлении грудной клетки пострадавшему нужно ввести обезболивающее и:

- 1) уложить на живот
- 2) уложить на спину
- 3) уложить на бок
- 4) придать полусидящее положение

5.Признак закрытого пневмоторакса:

- 1) усиление дыхательных шумов
- 2) укорочение перкуторного звука
- 3) брадикардия
- 4) коробочный звук при перкуссии

6.При оказании неотложной помощи пациенту с открытым пневмотораксом необходимо:

- 1) выполнить новокаиновую блокаду
- 2) ввести спазмолитики
- 3) наложить окклюзионную повязку
- 4) наложить шину Крамера

7.Основной признак перелома ребер:

- 1) локальная крепитация
- 2) точечные кровоизлияния на коже туловища
- 3) кровоподтек
- 4) боль

8.Пациента с инородным телом дыхательных путей следует транспортировать в положении:

- 1) лежа на животе
- 2) лежа на спине
- 3) сидя или полусидя
- 4) лежа с опущенной головой

Эталон ответа

1-в	1-3	2-1	3-3	4-4	5-4	6-3	7-1	8-2
2-в	1-2	2-1	3-3	4-4	5-4	6-3	7-1	8-3

4.Инструкция по выполнению программы учебного занятия:

Проверьте рабочее место на предмет наличия всего необходимого для Вашей работы. При необходимости обратитесь к преподавателю. При отработке 1-го учебного вопроса занятия - знакомство с методами обследования и лечения больных с хирургической патологией

органов грудной клетки - воспользуйтесь учебником по хирургии, обратите внимание на понятия «острые» и «хронические заболевания», на ранние клинические признаки, классификацию травм грудной клетки. Составьте схему диагностических мероприятий. Контролируйте свои действия. Представьте преподавателю отчет о выполненном задании. Получите задачу на выполнение очередного задания.

При отработке 2-го учебного вопроса - составление плана обследования и лечения больных с различными заболеваниями органов грудной клетки – обратите внимание на роль предрасполагающих факторов при возникновении врожденной патологии. Представьте на проверку преподавателю результат проведенной работы. Задайте возникшие вопросы. Приступите с его разрешения к выполнению очередного задания.

При отработке 3-го учебного вопроса- составление набора инструментов для плевральной пункции и участие в её проведении, монтаж системы для дренажа по Бюлау

– обратите внимание на особенности проведения техники плевральной пункции, постановки дренажа по Бюлау. Отметьте наиболее частые ошибки при проведении данных манипуляций. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий, отметив современные методы диагностики и лечения, зарисуйте основные моменты в рабочих тетрадях.

По выполнению программы занятия представьте преподавателю отчет о выполненной работе. Выясните то, что у Вас вызвало затруднения.

5. При проведении заключительной части учебного занятия

Решите ситуационные задачи (приложение). Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий. Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично. Обратите внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой.

5. Изучение нового материала.

5. 1. «Принципы лечения пациентов с хирургическими заболеваниями органов грудной клетки» (Аннотация ,приложение 1).

5.2.Отработка практических манипуляций (Измерение АД,PS,ЧД, уход за послеоперационными больными, пальпация, перкуссия, аускультация, уход за дренажами).

5.2. Демонстрация больных по теме.

Приложение 1

АННОТАЦИЯ

Хирургические заболевания органов грудной клетки

К хирургическим заболеваниям груди и органов грудной клетки относятся врожденные заболевания врожденные деформации грудной клетки, пороки сердца, легких, гнойно-воспалительные заболевания флегмоны, фурункулы, карбункулы, травмы грудной клетки и ее органов и опухоли. Врожденные заболевания и гнойно – воспалительные Вы должны изучить самостоятельно.

В современных условиях возрастающей интенсивности дорожного движения, с ростом строительства, развитием промышленности и при локальных военных конфликтах увеличивается число пострадавших с тяжелой травмой груди и составляет 8-10% от числа всех травм. Повреждения грудной клетки относятся к тяжелым и дают от 3,5% до 8% смертности, поэтому важно начать лечение пострадавших, как можно, раньше, т.е. с момента оказания экстренной неотложной помощи на месте происшествия.

Классификация травм груди.

I По числу поврежденных областей

1. изолированные повреждена только грудь,

2. сочетанные грудная клетка и ее органы, торакоабдоминальные, грудная клетка и череп

II По отношению к внешней среде

1.открытые

а) проникающие нарушена целостность париетальной плевры,

б) непроникающие плевра не повреждена.

2.закрытые повреждения.

III По характеру и локализации повреждений

1. ушиб грудной клетки

а) без повреждения ее органов,

б) с ушибом легких, сердца, средостения

2. переломы ребер,

3. переломы грудины,

4. ранения грудной клетки и ее органов,

5. травматическая асфиксия.

Основными причинами закрытых повреждений является транспортная травма – 72,3% и падения с высоты –23,7%, на остальные причины приходится 4%.

Ушиб грудной клетки.

Ушиб грудной клетки возникает при ударах по ребрам или при сильном надавливании на них. Чаще всего он бывает изолированным, но иногда, при сильных коротких ударах в области сердца или в области легкого на вдохе, могут возникнуть кровоизлияния под висцеральную плевру, под эпикард и в миокард, то есть возникает ушиб легкого и сердца.

При ударах по грудной клетке возникает кровоизлияние в подкожную клетчатку, вокруг межреберных нервов и в эпиплевральное пространство – этим объясняется выраженность и стойкость болевого синдрома.

Клиническая картина.

Жалобы на боли в соответствующей половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и движении, на одышку, через 1-2 дня может присоединиться кашель и гипертермия.

При осмотре пациента обращает на себя внимание вынужденное положение сидит, прижимая руку к зоне ушиба, бледность, а у пожилых пациентов – цианоз губ. Поврежденная половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧДД увеличено.

При пальпации определяется боль по ходу межреберий.

При аускультации ослабленное дыхание, тахикардия.

Осложнения: межреберная невралгия и застойная пневмония.

Переломы ребер.

Переломы ребер являются наиболее частым видом травм грудной клетки. Чаще повреждаются IV-X ребра, т.к. I-III защищены мускулатурой, а XII ребро короткое.

Классификация переломов ребер.

I По отношению к кожным покровам

1. открытые кожа повреждена,

2. закрытые кожа цела.

II По числу

1. одиночные – сломано одно ребро в одном месте,
2. множественные – сломано 2 и более ребер в одном месте,
3. двойные: одиночный двойной перелом ребра – одно ребро сломано в двух местах, множественные двойные переломы – два и более ребер сломаны в двух местах – окончатые переломы.

III По локализации

1. односторонние,
2. двусторонние.

IV По наличию осложнений

1. неосложненные,
2. осложненные подкожной эмфиземой, гемо- и пневмотораксом, повреждением внутренних органов.

Клиническая картина.

В клинической картине переломов ребер можно выделить два ведущих синдрома: болевой и синдром острой дыхательной недостаточности.

Патогенез. Болевой синдром связан с раздражением болевых рецепторов и мелких нервов в зоне повреждения, болевых рецепторов плевры и межреберных нервов, усиливают эти раздражения точечные кровоизлияния в эпиплевральное пространство и в парietальную плевру.

Жалобы на боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, кашле и движении, на одышку, ощущение хруста ребер или щелчка при дыхании.

Объективное обследование.

Состояние пострадавшего может колебаться от тревожного до критического и даже катастрофического, в зависимости от вида перелома и количества сломанных ребер. Пациент, как правило, сидит или полусидит, прижимая руку к поврежденному участку. Кожные покровы бледные, но при множественных и «окончатых» переломах отмечается цианоз и набухание шейных вен. Поврежденная половина грудной клетки отстает в дыхании, а при «окончатых» переломах имеется парадоксальное дыхание – реберно-мышечный фрагмент на вдохе западает в грудную клетку, а на выдохе – выбухает. При надрывах легкого и плевры появляется подкожная эмфизема, т.е. скопление воздуха в подкожной клетчатке. Это приводит к сглаживанию над- и подключичных ямок, увеличению объема туловища. Подкожная эмфизема может распространиться на шею, голову, конечности, живот. У пациента ткани становятся одутловатыми, при перкуссии определяется высокий тимпанит, при пальпации – крепитация. ЧДД увеличено. При развитии пневмоторакса перкуторно определяется тимпанит, а аускультативно отсутствие дыхательных шумов. При развитии гемоторакса, перкуторно в нижних отделах определяется притупление перкуторного звука с горизонтальной нижней границей, аускультативно – дыхание либо не выслушивается тотальный гемоторакс, либо выслушивается выше границы притупления, но ослаблено. При неосложненных переломах ребер перкуторно изменений не определяется, при аускультации – дыхание ослаблено.

Диагноз подтверждается рентгенологически. Особой подготовки к рентгенологическому исследованию не требуется.

Первая помощь при переломах ребер

Доврачебная помощь при переломе ребер оказывается по следующему алгоритму.

Обезболить (ненаркотические анальгетики; в тяжелых случаях - наркотические, кроме препаратов опия).

Освободить шею от с давления воротником, грудь - от стесняющей одежды.

Обеспечить проходимость дыхательных путей.

Обеспечить доступ кислорода (свежего воздуха).

Туго перебинтовать грудную клетку на выдохе (полотенцем, широким бинтом).

Провести простейшие противошоковые мероприятия.

Транспортировать пострадавшего в ЛПУ на носилках в положении сидя или полусидя.

Переломы ключицы.

Причинами переломов ключицы являются падения на область плечевого сустава, на отведенную в нем руку и прямые удары по ключице.

Клиническая картина.

Жалобы на боли в надплечье, усиливающиеся при движениях рукой.

При осмотре обращает на себя внимание, что пациент сидит, придерживая здоровой рукой руку на поврежденной стороне. В области ключицы имеется гематома, а по ходу ключицы имеется ступенеобразная деформация. Иногда, когда травмирующая сила направлена на дистальный конец ключицы происходит разрыв акромиально-ключичного сочленения – в этом случае конец ключицы выступает над поверхностью акромиального отростка.

При пальпации определяется боль в области перелома и симптом «клавиши» в области акромиального конца ключицы при надавливании на него пальцем он занимает нормальное положение, а стоит только отпустить палец, как конец ключицы вновь приподнимается над акромионом.

Диагноз подтверждается рентгенологически.

Первая помощь при переломе ключицы

Пострадавшего усадить

Придать руке со стороны повреждения физиологическое положение

Наложить мягкую бинтовую повязку Дезо или косыночную повязку

Сопроводить пострадавшего в травмпункт

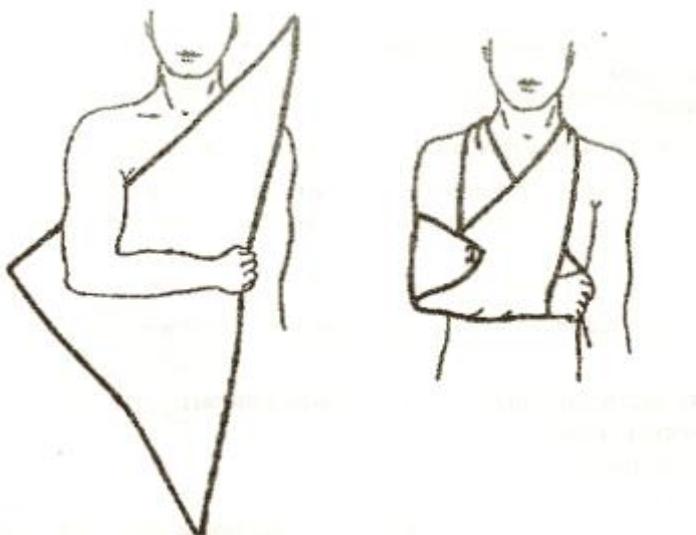


Рис №1. Наложение косынки при переломе ключицы

Переломы лопатки

Причинами переломов лопатки являются падения на область плечевого сустава, на отведенную в нем руку и прямые удары по лопатке. Лопатка обычно ломается в области суставного отростка и тела.

Клиническая картина.

Жалобы на боли в плечевом суставе, усиливающиеся при движениях рукой.

При осмотре обращает на себя внимание, что пациент сидит, придерживая здоровой рукой руку на поврежденной стороне. В области лопатки имеется припухлость.

При пальпации определяется боль в области либо суставного отростка лопатки, либо ее тела. Движения рукой в плечевом суставе резко болезненны.

Диагноз подтверждается рентгенологически.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

Проблемы пациента	Цель вмешательства	Действия фельдшера
1. Боль	Обезболить	1. Ввести в/м ненаркотические анальгетики второй группы. 2. Имobilизовать повязкой Дезо или косыночной повязкой.

Переломы грудины.

Причиной переломов грудины являются падения на твердые предметы и прямые удары по груди. Грудина ломается в области рукоятки, тела и мечевидного отростка.

Клиническая картина.

Жалобы на боли в области грудины, усиливающиеся при дыхании и движениях рукой, на одышку.

При осмотре обращает на себя внимание, что пациент сидит, придерживая рукой грудь. Дыхание поверхностное или брюшной тип его.

При значительных смещениях отломков может быть одутловатость лица и набухание шейных вен.

В области грудины имеется припухлость или ступе необразная деформация.

При пальпации определяется боль в области перелома.

Диагноз подтверждается рентгенологически.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

Проблемы пациента	Цель вмешательства	Действия фельдшера
1. Боль	Обезболить	1. Функциональное положение.

Ушиб и разрыв легкого.

Ушиб и разрыв легкого возникает при падении с высоты, ударах по грудной клетке. При этом происходит кровоизлияние в ткань легкого, что приводит к выключению данного участка легкого из газообмена, в «здоровых» участках легкого происходит артериально-венозное шунтирование, т.е. артериальная кровь смешивается с венозной, что еще больше усиливает нарушение газообмена. Клинические проявления возникают через несколько часов после травмы.

В клинической картине отмечается быстро нарастающая одышка, появляются влажные хрипы, резко усиливается цианоз, тахикардия, появляется кровохарканье.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

Проблемы пациента	Цель вмешательства	Действия фельдшера
1. Кровоизлияние в ткань легкого. 2. ОДН.	Остановить кровотечение. Борьба с гипоксией. 1. Усилить выведение жидкости.	1. Введение гемостатиков, повышающих свертываемость крови по назначению врача. 2. Введение диуретиков лазикс 2 мл в/в.

3. Нарастающий отек легкого. 4. Тахикардия.	2. Уменьшить пенообразование. Нормализовать ЧСС.	3. Ингаляции кислорода через пеногаситель спирт 96%, триамфосилан. 4. Введение в/в морфина 1% до 4 мл. 5. Введение сердечных гликозидов и панангина по назначению врача. 6. Применение рефлекторных методов нормализации ЧСС.
---	--	---

Ушиб сердца.

Механизм закрытых повреждений сердца может быть различным, однако главными определяющими его факторами являются величина силового давления, направление удара, фаза сердечной деятельности в момент удара. Ушиб сердца может быть двух видов: инфарктоподобной и стенокардитический.

Клиническая картина.

Жалобы на боль за грудиной и в левой половине грудной клетки, иррадиирующие по каналу сердца, одышку, вплоть до удушья.

При осмотре обращает на себя внимание нарастающий цианоз. Сознание нарушается лишь при инфарктоподобной форме.

Перкуторно выявляется расширение границ сердца. Аускультативно – глухость сердечных тонов, а при инфарктоподобной форме – нарушение сердечного ритма в виде неполной и полной блокад сердца. Артериальное давление нестабильно.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

Проблемы пациента	Цель вмешательства	Действия фельдшера
1. Боль 2. Нарушение коронарного кровообращения.	Обезболить. Снять спазм коронарных сосудов.	Придать полусидящее положение. Дать больному нитроглицерин, валидол.

Ранения груди.

Ранения груди встречаются как в мирное, так и в военное время.

Классификация ранений груди.

I По ранящему предмету

1. колотые,
2. колото-резаные,
3. огнестрельные.

II По отношению к плевральной полости

1. непроникающие
 - а) слепые,
 - б) касательные;
2. проникающие
 - а) сквозные,
 - б) слепые.

III По наличию осложнений

1. с пневмотораксом,
2. с гемотораксом,
3. с повреждением внутренних органов,
4. с повреждением костей.

В случаях непроникающих ранений повреждаются лишь мягкие ткани, чаще всего эти ранения бывают слепыми и касательными и не сопровождаются повреждением ребер. Эти ранения относятся к легким. При огнестрельных ранениях возможно повреждение ребер. Все проникающие ранения грудной клетки сопровождаются развитием **пневмоторакса**, т.е. скоплением воздуха в плевральной полости, и **гемоторакса**, т.е. скоплением крови в плевральной полости. В зависимости от калибра поврежденного сосуда гемоторакс может быть малым занимает синус, средним доходит до VIII ребра и большим располагается выше VIII ребра. При малом гемотораксе нарушения гемодинамики и дыхания незначительны, а при среднем и большом имеется СОК и ОДН.

Поскольку пневмоторакс встречается при всех видах повреждений грудной клетки необходимо рассмотреть его виды.

Виды пневмоторакса.

1. **Закрытый пневмоторакс** возникает при закрытых повреждениях перелом ребер, спонтанный разрыв легкого и при колотых ранениях, когда раневой канал спадается по какой-то причине, его величина зависит от количества попавшего в плевральную полость воздуха и размеров раны легкого. При поверхностных повреждениях паренхимы легкого пневмоторакс незначительный и проявляется одышкой лишь при физической нагрузке, при повреждениях бронхов и больших ранениях паренхимы развивается тотальный или напряженный пневмоторакс, проявляющийся выраженной дыхательной недостаточностью.
2. **Открытый пневмоторакс** возникает при обширных ранениях грудной клетки, при них воздух с шумом всасывается в рану на вдохе, а на выдохе из раны выделяется пенная кровь рана пузырится. Пациент напуган, возбужден, страдает от резких болей в ране и мучительного кашля. В клинической картине преобладают симптомы ОДН.
3. **Клапанный пневмоторакс** возникает при ранениях, сопровождающихся образованием лоскута в области входного отверстия, при этом воздух на вдохе всасывается в плевральную полость, а на выдохе лоскут как клапан перекрывает раневой канал и не дает воздуху выйти, т.е. при дыхании происходит нагнетание воздуха в плевральную полость и смещение средостения. Клинически клапанный пневмоторакс проявляется гемодинамическими и дыхательными расстройствами и нарастающей подкожной эмфиземой.

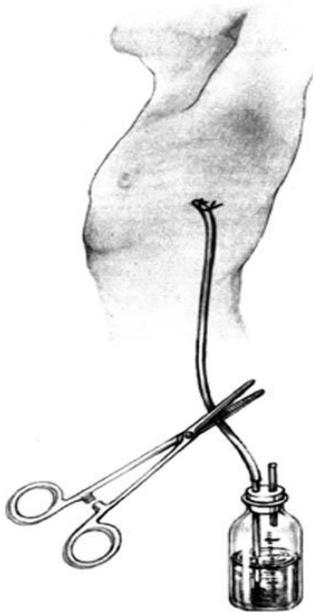


Рис №2. Дренаж по Бюлау
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

Проблемы пациента	Цель вмешательства	Действия фельдшера
1. Закрытый пневмоторакс 2. Открытый пневмоторакс 3. Клапанный пневмоторакс	1. Предупредить инфицирование плевральной полости. 2. Прекратить доступ воздуха в плевральную полость. 3. Уменьшить давление в плевральной полости.	1. Наложение асептической повязки на рану или фиксация отломков ребра лейкопластырем. 2. Наложить асептическую окклюзионную повязку. 3. Провести пункцию плевральной полости толстой иглой с клапаном можно привязать два лепестка перчаточной резины к канюле иглы Дюфо: обработать переднюю поверхность грудной клетки по одному из способов обработки операционного поля, затем обезболить мягкие ткани раствором новокаина, толстой иглой проколоть все слои грудной стенки во втором межреберье по срединно-ключичной линии, затем фиксировать иглу пластырем к коже. Правильность выполнения манипуляции можно проверить по расхождению лепестков на выдохе.

Ранения сердца.

Ранения сердца в большинстве случаев заканчиваются смертью, особенно огнестрельные, и сопровождаются тампонадой сердца. Заподозрить ранение сердца можно по расположению раны в проекции сердца или «пульсации» торчащего из груди ножа. При ранениях сердца, сопровождающихся широким ранением перикарда, тампонада сердца не возникает, и работа сердца не затруднена. В этом случае ранение сердца проявляется СОМ. Наиболее выражена симптоматика при тампонаде сердца. Состояние резко ухудшается. Кожные покровы становятся бледно-серыми или синюшными, шейные вены набухают. Дыхание учащается, становится поверхностным. Границы сердца расширяются. Тоны сердца резко ослаблены или не выслушиваются, пульс малого наполнения и слабого напряжения, аритмичный. Артериальное давление снижено ниже критического.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

Проблемы пациента	Цель вмешательства	Действия фельдшера
1. Геморрагический шок. 2. Рана 3. Нож в грудной стенке	1. Остановить кровотечение. 2. Восполнить ОЦК. 3. Предупредить инфицирование раны. 4. Прекратить доступ воздуха в плевральную полость. 5. Предупредить дальнейшую травму сердца.	1. Войти в вену и поставить систему для инфузии раствора Рингера. 2. Проведение инфузионной терапии. 3. Наложить асептическую окклюзионную повязку. 4. Фиксировать нож.

Ранения крупных внутригрудных сосудов.

Ранения крупных внутригрудных сосудов относятся к числу тяжелых травм, и раненые с такими повреждениями обычно остаются на месте происшествия, если они успевают попасть в ЛПУ, то у них развивается СОМ и большой гемоторакс.

Повреждения грудного отдела трахеи и главных бронхов.

Этот вид повреждения редко бывает изолированным и часто сопровождается ранением сердца и крупных сосудов. Тяжесть состояния пациентов обусловлена нарушением дыхания и гемодинамики на фоне нарастающей медиастинальной эмфиземы: постепенное скопление в клетчатке средостения большого количества воздуха, поступающего из раны дыхательных путей вызывает сдавление органов и в первую очередь вен и правой половины сердца, что приводит к нарушению сердечного ритма: экстраперикардальная тампонада сердца.

Клиническая картина.

Раненый беспокоен, жалуется на резкие боли за грудиной, нехватку воздуха, кашель, кровохарканье.

При осмотре обнаруживается быстро нарастающий цианоз кожных покровов и видимых слизистых, резкое вздутие шейных вен, в надключичных областях определяется подкожная эмфизема, распространяющаяся на шею, лицо и верхнюю половину туловища. Дыхание частое поверхностное.

Перкуторно выявить границы сердца не удастся. Тоны его глухие или не выслушиваются. Пульс частый малого наполнения и напряжения. Артериальное давление снижено.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

Проблемы пациента	Цель вмешательства	Действия фельдшера
1. Геморрагический шок. 2. Нарастающая подкожная эмфизема. 3. ОДН 4. Рана. 5. Боль	1. Остановить кровотечение. 2. Восполнить ОЦК. Уменьшить скорость ее нарастания. 3. Уменьшить гипоксию. 4. Предупредить инфицирование раны. 5. Прекратить доступ воздуха в плевральную полость. 6. Обезболить.	1. Войти в вену и поставить систему для инфузии раствора Рингера. 2. Проведение инфузионной терапии. 3. Введение в подкожную клетчатку игл Дюфо, особенно в области яремной вырезки рукоятки грудины. 4. Ингаляции кислорода. 5. Наложить окклюзионную асептическую повязку. 6. Придание функционального положения

Ранения легких.

Поверхностные раны легких могут мало отражаться на общем состоянии раненого, а глубокие раны, особенно в прикорневой зоне, вследствие возникающего массивного кровотечения в полость плевры и в просвет бронхов и напряженного пневмоторакса, вызывают значительные нарушения состояния раненого.

Клиническая картина.

Раненый беспокоен, жалуется на боли в грудной клетке, удушье.

При осмотре обращает на себя внимание вынужденное положение раненого: сидит, опираясь спиной об опору, и зажимает рану рукой, при попытке лечь изо рта появляется струйка алой крови, - говорит о прикорневых ранениях легкого. Имеется нарастающая подкожная эмфизема. Дыхание частое поверхностное, соответствующая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания или не участвует в нем.

Перкуторно определяется тимпанит или притупление с горизонтальной верхней границей, дыхание не выслушивается. Границы сердца не определяются, тоны глухие, пульс частый, малого наполнения, артериальное давление снижено.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

Проблемы пациента	Цель вмешательства	Действия фельдшера
1. Легочное кровотечение 2. ОДН 3. Рана и пневмоторакс.	1. Остановить кровотечение. 2. Уменьшить гипоксию. 3. Предупредить инфицирование раны. 4. Прекратить доступ воздуха в плевральную полость. 5. Обезболить.	1. Для уменьшения притока крови к легким наложить венозные жгуты на три конечности, дают противокашлевые препараты кодеин 0,015 или дионин 0,02. 2. Вызвать врача. 3. Войти в вену, поставить периферический катетер в вену. 4. Ингаляции кислорода. 5. Наложить окклюзионную асептическую повязку

Рак молочной железы занимает 1-2 место среди всех форм рака у женщин. Рак молочной железы бывает нескольких форм:

1. узловатый рак,
2. диффузный рак
3. инфильтративно-отечная форма,
4. рак Педжета.

КЛИНИКА.

Наиболее часто встречается узловатая форма. Клинически эта форма проявляется образованием плотного узла в том или ином участке молочной железы, чаще всего в верхненаружном квадранте.

Ранние признаки.

2. Наличие четко определяемого узла в молочной железе.
3. Плотная консистенция опухоли.
4. Ограниченная подвижность опухоли в железе.
5. Патологическая морщинистость или втяжение кожи над опухолью определяются при сдвигании ее над опухолью.
6. Безболезненность опухолевого узла.
7. Наличие одного или нескольких плотных подвижных лимфоузлов в подмышечной впадине.

Поздние признаки.

1. Заметное на глаз втяжение кожи над опухолью – симптом умбиликации.
2. Симптом лимонной корки над опухолью ил и за ее пределами – явления лимфостаза.
3. Изъязвление или прорастание опухоли кожи.
4. Утолщение соска и складки ареолы.
5. Втяжение и фиксация соска.
6. Большие размеры опухоли.
7. Деформация молочной железы: уменьшение или увеличение ее размеров, подтягивание вверх или фиксация к грудной стенке.
8. Большие неподвижные метастатические лимфоузлы в подмышечной впадине той же стороны.
9. Надключичные метастазы той же стороны или перекрестные подмышечные и надключичные метастазы с противоположной стороны.
10. Боли в молочной железе.
11. Отдаленные метастазы, выявляемые клинически или рентгенологически.

Диффузные формы рака молочной железы.

1. *Эризтелоидный рак* – рожистоподобный рак встречается редко, плохо поддается лечению, протекает бурно. Характеризуется покраснением кожи молочной железы и быстрым распространением за ее пределы на грудную стенку. Кожная температура умеренно повышена. Молочная железа диффузно умеренно уплотнена, слегка болезненна, определяются плотные увеличенные регионарные лимфоузлы.
2. *Маститоподобная форма* – встречается чаще в молодом возрасте. Характеризуется диффузным уплотнением всей молочной железы, ее увеличением, небольшой гиперемией кожи, болезненностью, наличием регионарных метастазов. Течение заболевания быстрое, прогноз плохой.

Инфильтративно-отечная форма рака молочной железы.

Встречается чаще в молодом возрасте. Характеризуется уплотнением части, а иногда и всей молочной железы. Кожа имеет характерный вид апельсиновой корки, хорошо заметной на глаз. Отек распространяется на ареолу и сосок, который втянут и фиксирован. Возможна легкая гиперемия кожи железы. Пальпация железы болезненна. Рано появляются метастазы в надключичные и подмышечные лимфоузлы. Течение заболевания быстрое, прогноз плохой.

Болезнь Педжета.

Начинается с покраснения и утолщения соска, появления сухих и мокнущих корочек и струпигов. При их отпадении обнаруживается влажная, зернистая поверхность. В процесс медленно вовлекается ареола. Постепенно сосок уплощается, изъязвляется, и процесс переходит на кожу молочной железы, одновременно процесс идет по протокам в глубь молочной железы.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

При I стадии применяется хирургическое лечение, при II-III – комбинированное лечение: расширенная мастэктомия в сочетании с лучевой, химиотерапией и гормонотерапией. В IV стадии применяется гормонотерапия, химиотерапия или лучевая терапия и симптоматические или паллиативные операции.

После проведенного радикального или паллиативного лечения больная нуждается в реабилитации в виде первичного накожного протезирования молочной железы, по прошествии пяти лет при условии отсутствия рецидива опухоли возможно радикальное протезирование с созданием искусственной молочной железы из силикона.

ПРОФИЛАКТИКА И МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ.

Учитывая большую частоту рака молочной железы, фельдшер на своем участке должен вести его целенаправленную профилактику. С этой целью необходимо проводить беседы о вреде абортов, вести пропаганду современных контрацептивов, пропагандировать необходимость грудного вскармливания детей. Кроме этого необходимо обучить женщин проводить регулярные самоосмотры молочной железы. Для этого каждая женщина один раз в месяц должна встать обнаженной перед зеркалом и осмотреть свои железы, обращая внимание на их форму, размеры, одинаковое расположение желез по высоте. Затем она должна пропальпировать молочные железы в положении стоя, а потом лежа. После этого она должна, закинув руку за голову прощупать подмышечную впадину, а затем над- и подключичную область. При обнаружении подозрительных образований женщину необходимо направить на консультацию к маммологу.

РАК ЛЕГКИХ.

Заболеемость раком легких значительно возросла за последние годы в развитых странах. Возникновению его предшествуют обычно хронические воспалительные процессы в легких, которые возникают при длительном воздействии на них различных факторов: запыленность и задымленность городов за счет неполного сгорания различных видов топлива, особенно автомобильного; курение;

изменение радиоактивного фона.

КЛИНИКА.

Клинические проявления рака легких весьма разнообразны, что обусловлено, во-первых, наличием развивающейся опухоли в просвете бронха и ее воздействием, во-вторых, многочисленными осложнениями, сопутствующими раку легких, в-третьих, метастазированием и наличием интоксикации.

Ранние симптомы.

1. Кашель сухой или со скудной мокротой слизистой или слизисто-гноющей; у курильщиков изменяется характер кашля или он усиливается.
2. Кровохарканье.
3. Лихорадка в виде или периодических подъемов температуры, или постоянного субфебрилитета.
4. Боли на стороне поражения.
5. Одышка.
6. Слабость, повышенная утомляемость.

Поздние симптомы.

1. Надсадный приступообразный кашель с мокротой типа малинового желе.
2. Развитие экссудативного плеврита.
3. Прогрессирующие боли в грудной клетке.
4. Охриплость голоса.
5. Одышка.
6. Кахексия.
7. Увеличение регионарных лимфатических узлов/надключичные и узлы средостения/.

На основании анатомического расположения опухоли выделяют центральный и периферический рак легкого. Центральный рак легкого локализуется в области главного, долевого или, чаще, сегментарного бронха. Развитие клиника обусловлено отношением опухоли к просвету бронха: при эндобронхиальном росте первым симптомом является кашель, усиливающийся по мере сужения бронха растущей опухолью, сравнительно рано возникает кровохарканье. Дальнейший рост опухоли ведет к пневмониту и ателектазу легкого при закупорке просвета бронха. Перибронхиальный рак дает менее выраженную картину. Периферический рак развивается из мелких бронхов. В течение длительного времени он протекает бессимптомно, поэтому он выявляется либо случайно, либо при вовлечении в процесс плевры или грудной стенки /боли/, распадом опухоли с перифокальной пневмонией /повышение температуры, кашель со скудной гнойной мокротой, кровохарканье/, интоксикацией и метастазами в лимфоузлы корня легкого, средостения, в головной мозг, в позвоночник, печень, почки.

Диагностика.

Для ранней диагностики рака легких большое значение имеет ежегодное флюорографическое обследование населения. С последующим дообследованием путем бронхоскопии и бронхографии.

Принципы лечения.

Для лечения рака легкого применяют хирургический метод, лучевую и химиотерапию.

- Профилактика** заключается в 1. проведении санитарных мероприятий по борьбе с запыленностью предприятий и городов, снижение выброса канцерогенов в выхлопных газах;
2. отказ от курения, запрещение курения в общественных местах;
 3. выявление и лечение больных с хроническими воспалительными заболеваниями легких.

МАСТИТ.

Мастит – заболевания молочной железы. Заболевание встречается у женщин любого возраста, но чаще в период лактации.

Основной причиной заболевания является занос микробов в железу либо гематогенно, либо через протоки, либо через трещины сосков.

Предрасполагающим фактором является застой молока в железе.

Клиника.

В клинической картине мастита различают следующие формы:

1. **серозный мастит** – начинается остро на фоне застоя молока в железе с подъема температуры, озноба, резких болей в молочной железе; последняя плотная, горячая, резко болезненная, молоко выделяется по каплям;
2. **гнойный мастит** :

- а) абсцедирующий – в железе образуются полости, заполненные гноем, они могут располагаться ретромаммарно между молочной железой и передней грудной стенкой, интрамаммарно в толще долек железы/ в протоках и в области ареолы; при этой форме мастита температура высокая постоянного типа, железа болезненна, в ее толще пальпируется уплотнение, молоко выделяется по каплям;
- б) флегмонозный – железа пропитана гноем, температура гектического типа, пальпация железы болезненна, от пальцев остаются следы;
3. **деструктивный гангренозный мастит** - железа дряблая серого цвета, на ее поверхности имеются пузыри, заполненные геморрагической жидкостью со зловонным запахом; температура тела либо гектическая, либо пониженная, выражены симптомы интоксикации, может быть нарушение сознания в виде бреда; молоко не выделяется.

Лечение серозного мастита консервативное – назначение антибиотиков, сцеживание молока, физиотерапия; при гнойном мастите производится вскрытие и дренирование полости абсцесса, при деструктивном мастите производится ампутация молочной железы. В процессе лечения возникает вопрос о возможности кормления ребенка грудью. Для его решения необходимо исследовать молоко на стерильность. В перевязочной, до начала работы в ней, железа обрабатывается по одному из способов обработки операционного поля, затем стерильными руками сцеживается несколько капель молока в лоток, оставшееся в железе молоко сцеживается в стерильную банку до последней капли, затем молоко перемешивается стерильной палочкой и берется 2-3 мл в стерильную пробирку, которая и отправляется в бактериологическую лабораторию. При получении отрицательного ответа женщине разрешается кормить ребенка большой грудью, в противном случае молоко можно только сцеживать и утилизировать. Вторым важным вопросом, который решается при хирургическом лечении – это раннее протезирование молочной железы для профилактики ротации позвоночника. До заживления раны «протезирование» проводится с помощью перевязочного материала, после его заживления – путем вкладывания мешочка с крупой в чашечку бюстгалтера, а затем с помощью вкладыша или создания молочной железы оперативным путем. Учитывая относительно большую заболеваемость маститом, огромное значение имеет его профилактика. Профилактика мастита должна начинаться при первом обращении беременной в женскую консультацию: должны быть осмотрены железы и соски. Для подготовки к кормлению трех последних форм соска необходимо попробовать исправить их форму, что делается с помощью молокоотсоса – сосок вытягивается, возникающие при этом трещины лечатся и процесс повторяется до тех пор пока ни исправится форма соска. После родов профилактика мастита заключается в соблюдении личной гигиены женщиной, сцеживании избытка молока, остающегося после кормления ребенка, в предохранении от простуды.

6. Самостоятельная работа студентов на практическом занятии

6.1 Решение ситуационных задач.

Задание для решения ситуационных задач:

1. Прочитайте условие задачи.
2. Решите предложенные задачи с использованием справочного материала.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Приложение 2

Задача №1

Больной Б., 46 лет, жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость. Считает себя больным в течение 2 часов, когда был сбит грузовым автомобилем, после чего отметил появление боли в правой половине груди, затруднение вдоха, нехватку воздуха, резкое усиление боли при перемене положения, головокружение.

Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом.

Грудная клетка асимметричная, правая половина отстает в акте дыхания. Определяются множественные ссадины на правой боковой поверхности, визуально определяется смещение участка грудной стенки во время дыхания. Пальпация правой половины грудной клетки вызывает резкую болезненность, определяется костная крепитация в местах двойных переломов V-VIII ребер и подкожная крепитация в виде «хруста снега». Пальпация левой половины – без особенностей. При перкуссии справа в нижних отделах – укорочение и притупление перкуторного звука, выше – тимпанит, слева - легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над левым легким – везикулярное дыхание, над правым – дыхание практически не проводится. Пульс - 128 ударов в 1 минуту, АД – 90/45 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий – 36 в 1 минуту.

На обзорной рентгенограмме ОГП справа определяются переломы V – VI – VII – VIII ребер по передней и задней подмышечной линиям. Легкое коллабировано на 1/2, нижние отделы легочного поля справа гомогенно затемнены до уровня VI ребра с четкой горизонтальной границей.

Дополнительные исследования. Анализ крови: Эритроц. - $3,0 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 86 г/л, Лейк. - $12,8 \cdot 10^9 /л$, П - 10%, Сегм. - 75%, Лимф. - 10%, Мон. - 5%, СОЭ - 4 мм/час.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.
3. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

Задача №2

Больной Ш., 50 лет, Жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость. Считает себя больным в течение 3 часов, когда был сбит легковым автомобилем, после чего отметил появление боли в правой половине груди, затруднение вдоха, нехватку воздуха, одышку, головокружение. Отмечает появление симметричного вздутия на шее, которое увеличивается, переходит на верхний отдел грудной клетки

Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом.

Дыхание поверхностное, затрудненное. Симметричные вздутия на шее, в надключичных областях, умеренное набухание шейных вен.

Грудная клетка симметричная, обе половины участвуют в акте дыхания. Определяются множественные ссадины на передней поверхности грудной клетки, визуально вышеописанная припухлость распространяется с шеи на лицо и верхние отделы грудной клетки. Пальпация грудной клетки вызывает умеренную болезненность в области ссадин, костная крепитация ребер не выявлена. При пальпации припухлости определяется симптом «хрустящего снега». При перкуссии над легкими – легочной звук; границы сердца в пределах нормы.

Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над левым легким – везикулярное дыхание, над правым - несколько ослабленное. Пульс – 108 ударов в 1 мин., АД – 90/45 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий – 28 в 1 минуту.

На обзорной рентгенограмме ОГП: перелом III – IV ребер справа, правое легкое коллабировано на 1/4, тень средостения расширена в поперечнике.

Дополнительные исследования. Анализ крови: Эритроц. - $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 118 г/л, Лейк. - $10,8 \cdot 10^9 /л$, П - 10%, Сегм. - 73%, Лимф. - 12%, Мон. - 5%, СОЭ - 4 мм/час.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.
3. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

Задача №3

Больной В., 29 лет, Жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость, наличие кровотока в правой половине грудной клетки, головокружение.

Считает себя больным в течение 1 часа, когда получил удар острым предметом в правую половину груди.

Общее состояние больного тяжелое. Вынужденное положение – полусидя. Кожа и видимые слизистые бледноватые, акроцианоз, кожа покрыта липким потом.

Грудная клетка симметричная, правая половина в акте дыхания не участвует. По задне-подмышечной линии справа в VI-м межреберье определяется колотая рана 2,0x0,3 см с ровными краями, острыми углами и незначительным кровотечением. Пальпация левой половины грудной клетки безболезненная, при пальпации правой половины – определяется умеренная болезненность в области раны. При перкуссии над левой половиной грудной клетки – легочный звук, справа – притупление во всех отделах; границы сердца смещены влево.

Аускультативно: тоны сердца чистые, ритмичные, над левым легким – везикулярное дыхание, справа – дыхание не проводится. Пульс – 108 ударов в 1 мин., пониженного наполнения и напряжения, АД – 90/60 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий 24 в 1 мин.

По данным обзорной рентгенограммы ОГП: справа ниже переднего отрезка IV ребра легочное поле затемнено.

Дополнительные исследования. Анализ крови: Эритро.- $3,2 \cdot 10^{12}/л$, Нв -102 г/л, Лейк. - $15,8 \cdot 10^9/л$, П -14%, Сегм. - 72%, Лимф. - 8%, Мон. - 6%, СОЭ- 14 мм/час.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.
3. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

Эталоны ответов к ситуационным задачам №1,2,3.

1. Закрытая травма грудной клетки справа. Двойные переломы V-VIII ребер справа. Флотирующая грудная клетка. Гемо-пневмоторакс справа. Подкожная эмфизема справа. Необходимо произвести фиксацию флотирующей части грудной клетки. Дренажное дренирование правой плевральной полости во II межреберья по среднеключичной линии и в VII межреберья по средней подмышечной линии. Произвести аспирацию воздуха и эвакуацию крови с плевральной полости с определением пробы Ревилуа Грегуара. Выполнить контрольную Рo-графию органов грудной клетки.

2. Закрытая травма грудной клетки справа. Перелом III-IV ребер справа. Частичный разрыв правого главного бронха. Малый пневмоторакс справа. Пневмомедиастинум. Подкожная эмфизема шеи, лица и верхних отделов грудной клетки. Необходимо произвести дренирование правой плевральной полости во II межреберья по среднеключичной линии и подключить к системе по Бюлау. Дренажное дренирование верхнего средостения. Выполнить контрольную Рo-графию органов грудной клетки.

3. Проникающее колото-резаное ранение грудной клетки справа. Средний правосторонний гемоторакс. Необходимо произвести торакоскопию и дренирование правой плевральной полости в VII межреберья по средней подмышечной линии. Определить пробу Ревилуа Грегуара. После эвакуации крови – выполнить контрольную Рo-графию органов грудной клетки. Контроль анализа крови.

7. Подведение итогов. Выводы

8. Домашнее задание

8.1 Рефераты на тему:

- "Лечение пациентов с травмами грудной клетки"

9. Литература:

9.1. Конспект лекции;

9.2. Учебник Э.Д.Рубан. «Хирургия», Ростов-на-Дону, «Феникс», 2014г, стр.356-401.

Занятие 14.

Тема: «Тема: «Организация работы фельдшера при заболеваниях и травмах брюшной полости».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме Организация работы фельдшера при заболеваниях и травмах брюшной полости.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация работы фельдшера при заболеваниях и травмах брюшной полости»

Форма контроля знаний: фронтальный опрос

1. Что понимается под диагнозом «острый живот»?

2. Какова тактика медсестры при подозрении на острый живот?

3. Повреждения каких органов чаще встречаются при закрытой травме живота?

4. Какова тактика при закрытых травмах живота?

5. Повреждения каких органов чаще встречаются при открытой проникающей травме живота?

6. Какова тактика при открытых травмах живота?

7. Причины и клинические симптомы при остром перитоните.

8. Принципы оказания неотложной доврачебной помощи при остром перитоните.

9. Охарактеризуйте основные принципы сестринского ухода за пациентом при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация работы фельдшера при заболеваниях и травмах брюшной полости».

Алгоритм выполнения

1. Подготовка пациента к эндоскопическим методам исследования пищеварительной системы.

Цель: подготовить пациента к осмотру слизистой оболочки пищевода, желудка, 12-перстной кишки.

Показания: по назначению врача.

Противопоказания:

Желудочное кровотечение.

Непроходимость пищевода.

Возможные проблемы пациента:

Негативное отношение пациента к предстоящей манипуляции.

Страх перед вмешательством.

Повышенный рвотный рефлекс.

Оснащение: полотенце.

Последовательность действий фельдшера с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Дайте пациенту накануне исследования в 18 часов легкий ужин.

Предупредите, чтобы утром пациент не пил, не ел, не курил, не принимал лекарств.

Сопроводите пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни и полотенцем.

Попросите пациента после процедуры не есть 1-2 часа.

Оценка достигнутых результатов: слизистая оболочка пищевода, желудка и 12-перстной кишки осмотрены, получено заключение врача.

Обучение пациента или его родственников: консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.

Алгоритм выполнения

2. Подготовка пациента к УЗИ

Цель: подготовить пациента к исследованию.

Показания: назначение врача.

Противопоказания: острые повреждения кожи над обследуемым органом, ушибы и др.

Возможные проблемы пациента: необоснованный отказ от вмешательства.

Оснащение:

Полотенце.

Тапочки.

Простыня и др. (в зависимости от исследуемого органа).

Последовательность действий фельдшера с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Дайте пациенту полотенце или салфетку.

Проводите пациента до кабинета УЗИ.

Оценка достигнутых результатов: пациент к исследованию подготовлен

Алгоритм выполнения

3. Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию желудка и тонкой кишки

Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить его согласие на исследование.

Объяснить пациенту ход предстоящей подготовки:

за 2-3 дня до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: черный хлеб, картофель, квашеную капусту, сырые овощи и фрукты и т.д.;

При наличии упорных запоров и метеоризма -вечером и утром, накануне исследования, за 1,5-2 часа, поставить очистительную клизму;

Вечерний прием пищи не позднее 20ч;

Утром, накануне исследования, исключить завтрак, прием лекарственных средств через рот.

Проинформировать пациента о точном времени и месте проведения исследования.

Попросить пациента повторить ход подготовки к исследованию (в амбулаторных условиях).

Алгоритм выполнения

4. Наложение асептической повязки на рану.

Цель: Фиксация перевязочного материала.

Оснащение стерильные:

перевязочный материал;

пинцеты;

клеол (или липкий пластырь);

ножницы;

тупфер для клеола.

1. Подготовка к процедуре:

Объяснить пациенту цель и ход процедуры.

Обработать руки гигиеническим способом.

Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

2. Выполнение процедуры:

Надеть стерильные резиновые перчатки.

Предложить пациенту занять удобное для него положение (сидя, лежа).

Встать лицом к пациенту.

С помощью двух пинцетов наложить на рану стерильный перевязочный материал.

Кожу вокруг перевязочного материала смазать клеолом (пользуйтесь тупфером).

Через 1-2 мин., когда клеол немного подсохнет, положить поверх перевязочного материала салфетку, чтобы ее края заходили на 2 -3 см за пределы клеола.

Салфетку натянуть и плотно прижать к обработанной клеолом поверхности кожи, свободные края отрезать.

Проверить правильность повязки, чтобы она надежно закрывала поврежденный участок.

3. Окончание процедуры:

Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.

Обработать руки гигиеническим способом.

Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Занятие 15. Тема Принципы лечения больных с хирургическими заболеваниями мочеполовых органов и травмами прямой кишки.

Тип занятия: Урок совершенствования знаний, умений и навыков

Форма проведения: Практическое занятие, клиническая практика

Место проведения занятия: учебная комната, палаты в отделении общей хирургии.

Оснащение занятия: тематические больные с разными видами хирургической патологией органов брюшной полости, набор хирургического инструментария; перевязочный материал, перчатки, слайды, видеофильм

Учебные вопросы практического занятия:

знакомство с методами обследования и лечения больных с хирургической патологией органов брюшной полости;

составление плана обследования и лечения больных с различными заболеваниями органов брюшной полости;

составление набора хирургических инструментов для различных видов операций на органах брюшной полости.

Цели занятия:

Образовательная:

- сформировать у студентов представление о видах хирургических заболеваний органов брюшной полости;

- сформировать у студентов знания по современным принципам профилактики и лечения хирургических заболеваний органов брюшной полости;

Студент должен закрепить знания полученные на анатомии, фармакологии и физиологии.

Студент должен иметь практический опыт и владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза больному с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и последующим направлением его на дополнительное обследование к врачам-специалистам.

Студент должен знать:

- методы обследования больных с хирургической патологией органов брюшной полости;

виды врожденной хирургической патологии органов брюшной полости и методы ее - коррекции;

- основные виды хирургической патологии органов брюшной полости (воспалительные и не воспалительные заболевания, травмы органов брюшной полости), особенности их лечения.

Студент должен уметь:

- интерпретировать результаты клинико-лабораторных данных, инструментальных методов исследования ;

- проводить осмотр пациента с хирургической патологией органов брюшной полости и с синдромом "острого живота" на догоспитальном этапе лечения и в стационаре ЛПУ;

- составлять набор хирургических инструментов для различных абдоминальных оперативных вмешательствах;

- расписать план обследования и лечения пациента с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Развивающие цели: Развить у студентов умения, которые относятся к общим и профессиональным компетенциям:

Воспитательные цели:

- воспитать аккуратность и внимательность при выполнении работ с больными хирургического профиля;

- воспитать высокую творческую активность при изучении данной темы

- воспитать творческое отношение к избранной профессии.

Межпредметные связи: анатомия, физиология, основы патологии, латинский язык, основы сестринского дела, пропедевтика и диагностика в терапии, педиатрии, акушерстве и гинекологии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть. Организационный момент – предусматривает проверку внешнего вида студентов, подготовку аудитории к занятию и отметка отсутствующих.

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Вспомните, пользуясь своим конспектом, содержание лекции по принципам лечения пациентов с хирургической патологией органов брюшной полости, изучите рекомендуемую литературу, выполните контрольные задания по теме и решите ситуационные задачи

2. Начальная мотивация учебной деятельности.

В своей практической работе фельдшер чаще всего встречается (особенно на скорой помощи) с острой хирургической патологией органов брюшной полости под названием "острый живот".

Само словосочетание «острый живот» без предварительных пояснений воспринимается как вульгаризм, медицинский жаргон, а не диагноз. Когда и кем оно впервые было использовано - утверждать трудно. В отечественной медицинской литературе это выражение получило распространение после публикации в 1940 году [перевода книги](#) Генри (франц. - Анри) Мондора «Неотложная диагностика. Живот». В предисловии к книге известный хирург использовал в качестве синонимов выражения «острый живот» и «брюшная катастрофа», заключив их в кавычки.

«Острый живот» - синдром, характерный для острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости. Диагноз является клиническим, временным, его выставляют в неотложной ситуации, когда нет времени и условий для детального исследования и нет возможности точно определить причину заболевания у больного, нуждающегося в немедленной медицинской помощи.

Помощь больному с «Острым животом» в автономных условиях крайне ограничена, поэтому многое будет зависеть от того, насколько правильно и вовремя поставлен диагноз, сделана срочная операция. Так при ущемленных грыжах, кишечной непроходимости и перфоративных язвах, где временной фактор имеет особую значимость, госпитализация больных в первые 6 часов обеспечивает среднюю летальность соответственно 2,8 %, 5,8 %, и 2,5 %, а в случае поздней госпитализации и выполнения операции более, чем через сутки от начала заболевания, показатели летальности возрастают до 15,2 %, 14,8 %, и 21,6 %, соответственно. Прогноз зависит от характера и тяжести основного заболевания, а также от срока, прошедшего с момента начала заболевания до поступления больного в стационар, его возраста и сопутствующих заболеваний. Прогноз неблагоприятный при запущенных распространенных формах перитонита, непроходимости кишечника с его обширным некрозом, тромбозе брыжеечных сосудов, особенно в пожилом и старческом возрасте. Чем быстрее при синдроме "острого живота". больной госпитализирован, чем раньше поставлен точный диагноз и проведено адекватное (в т. ч. оперативное) лечение, тем ниже летальность и лучше ближайшие и отдаленные результаты.

3. Атуализация опорных знаний студентов с элементами проверки домашнего задания.

Контроль знаний:

Фронтальный опрос

Дайте определение понятия синдром "острого живота".

Назовите клинические симптомы "острого живота".

Какие наиболее важные компоненты объективного обследования пациентов с острой болью в животе?

Какие лабораторные анализы необходимо выполнять пациентам с подозрением на "острый живот"?

В чём заключается подготовка пациента к рентгенологическому исследованию желудка и тонкой кишки?

Опишите технику наложения асептической повязки на рану.

Составьте набор инструментов для операции аппендэктомии.

В чём заключается подготовка пациента к УЗИ ?

Опишите подготовку пациента к эндоскопическим методам исследования пищеварительной системы.

Опишите технику применения пузыря со льдом.

Решите входные тесты.

Выберите один правильный ответ:

Вариант №1

1. Свободный газ в брюшной полости определяется при:

- 1) холецистите
- 2) перфоративной язве желудка
- 3) аппендиците
- 4) кишечной непроходимости

2. Защитное мышечное напряжение характерно для:

- 1) острого перитонита
- 2) отечной формы панкреатита
- 3) инвагинации кишечника
- 4) желудочного кровотечения

3. Симптом Ситковского наблюдается при:

- 1) острым холецистите
- 2) острым панкреатите
- 3) острым аппендиците
- 4) почечной колике

4. При желудочном кровотечении показана:

- 1) рентгенография желудка с барием
- 2) УЗИ
- 3) экстренная ФГДС
- 4) экстренная операция

5. При синдроме «острого живота» необходимо:

- 1) сделать очистительную клизму
- 2) ввести обезболивающее
- 3) промыть желудок
- 4) применить холод, срочно госпитализировать больного

6. Симптом, не характерный для ущемленной грыжи:

- 1) напряженное грыжевое выпячивание
- 2) острая боль
- 3) положительный симптом кашлевого толчка
- 4) непроходимость кишечника

7. Рвота при острым панкреатите:

- 1) многократная, не приносящая облегчения
- 2) однократная
- 3) многократная, приносящая облегчение
- 4) отсутствует

8. Причина механической желтухи при холецистите:

- 1) печеночная недостаточность
- 2) закупорка камнем общего желчного протока
- 3) гемолиз эритроцитов
- 4) нарушение обмена веществ

9. Для механической кишечной непроходимости не характерно:

- 1) вздутие живота
- 2) схваткообразные боли
- 3) исчезновение печеночной тупости
- 4) задержка стула и газов

10. Опоясывающая боль наблюдается при:

- 1) панкреатите
- 2) холецистите

- 3) травме селезенки
- 4) перфоративной язве желудка

11. Достоверный признак перитонита:

- 1) болезненность живота при пальпации
- 2) неотхождение газов и кала
- 3) рвота
- 4) симптомы раздражения брюшины

12. Эвентрация — это:

- 1) воспаление брюшины
- 2) ущемление кишечника в спайках
- 3) выхождение кишечных петель на переднюю брюшную стенку
- 4) выделение кишечного содержимого из раны

13. Синдром, характерный для повреждения паренхиматозных органов брюшной полости:

- 1) острого перитонита
- 2) нарушения функции желудочно-кишечного тракта
- 3) внутреннего кровотечения
- 4) острой дыхательной недостаточности

14. Перитонит развивается при повреждении:

- 1) почек
- 2) кишечника
- 3) анального канала
- 4) селезенки

15. «Чаши Клойбера» на рентгенограмме характерны для:

- 1) разрыва печени
- 2) кишечного кровотечения
- 3) кишечной непроходимости
- 4) перфорации кишечника

Вариант №2

1. Для стимуляции кишечника в послеоперационном периоде не применяют:

- 1) 10% раствор хлорида натрия
- 2) гипертоническую клизму
- 3) прозерин
- 4) атропин

2. Противопоказания к операции при остром аппендиците:

- 1) старческий возраст
- 2) отсутствию
- 3) гипертоническая болезнь
- 4) острая пневмония

3. При остром перитоните выполняется операция:

- 1) диагностическая
- 2) плановая
- 3) срочная
- 4) экстренная

4. Симптом Кохера наблюдается при остром:

- 1) аппендиците
- 2) холецистите
- 3) парапроктите
- 4) панкреатите

5. В общем анализе крови при остром аппендиците:

- 1) ускорение СОЭ
- 2) анемия
- 3) лейкоцитоз
- 4) изменений нет

6. Характер и локализация болей при остром холецистите:

- 1) постоянные, сильные в правой подвздошной области
- 2) постоянные, резкие боли в правом подреберье
- 3) опоясывающие, тупого характера
- 4) «кинжальные» в эпигастрии

7. Симптом острого холецистита:

- 1) подающей капли
- 2) Пастернацкого
- 3) Ситковского
- 4) Ортнера

8. Метод лечения не осложненного острого холецистита:

- 1) хирургический
- 2) консервативный
- 3) физиотерапевтический
- 4) санаторно-курортный

9. Анализ крови и мочи на содержание амилазы выполняют при подозрении на:

- 1) кишечное кровотечение
- 2) острый проктит
- 3) острый панкреатит
- 4) острый перитонит

10. Транспортировка больного с перитонитом осуществляется:

- 1) городским транспортом

- 2) сидя
- 3) лежа на носилках
- 4) лежа на щите

11.«Доскообразный» живот наблюдается при:

- 1) повреждении печени
- 2) перфоративной язве желудка
- 3) желудочном кровотечении
- 4) остром аппендиците

12.При кишечной непроходимости живот:

- 1) не изменен
- 2) доскообразный
- 3) асимметричен, вздут
- 4) втянут

13.Тактика среднего медработника при остром холецистите:

- 1) холод на живот, госпитализация
- 2) грелка на область печени
- 3) «слепое зондирование»
- 4) желчегонные средства в амбулаторных условиях

14.Тактика среднего медработника при ущемленной грыже:

- 1) срочная госпитализация
- 2) грелка на живот
- 3) вправление грыжи
- 4) очистительная клизма

15.Характер и локализация болей при перфоративной язве желудка:

- 1) постоянные, сильные в правой подвздошной области
- 2) постоянные, резкие боли в правом подреберье
- 3) опоясывающие, тупого характера
- 4) «кинжальные» в эпигастрии

Эталон ответа

1-в	1-2	2-3	3-3	4-3	5-4	6-3	7-1	8-2	9-3	10-1	11-4	12-3	13-3	14-2	15-3
2-в	1-4	2-2	3-4	4-1	5-3	6-2	7-4	8-2	9-3	10-3	11-2	12-3	13-1	14-1	15-1

4.Инструкция по выполнению программы учебного занятия:

Проверьте рабочее место на предмет наличия всего необходимого для Вашей работы. При необходимости обратитесь к преподавателю.

При отработке 1-го учебного вопроса занятия - знакомство с методами обследования и лечения больных с хирургической патологией органов брюшной полости - воспользуйтесь учебником по хирургии, обратите внимание на понятия «острые» и «хронические заболевания органов брюшной полости», на ранние клинические признаки, классификацию травм брюшной полости. Составьте схему диагностических мероприятий. Контролируйте свои действия. Представьте преподавателю отчет о выполненном задании. Получите задачу на выполнение очередного задания.

При отработке 2-го учебного вопроса - составление плана обследования и лечения больных с различными заболеваниями органов брюшной полости – обратите внимание на роль предрасполагающих факторов при возникновении воспалительных заболеваний органов брюшной полости, анатомические особенности строения брюшины, составьте схему профилактики.

Представьте на проверку преподавателю результат проведенной работы. Задайте возникшие вопросы. Приступите с его разрешения к выполнению очередного задания.

При отработке 3-го учебного вопроса- составление набора хирургических инструментов для различных видов операций на органах брюшной полости – обратите внимание на особенности проведения техники инструментальной перевязки чистых и гнойных ран, уходу за дренажами в брюшной полости. Отметьте наиболее частые ошибки при проведении данных манипуляций. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий, отметив современные методы диагностики и лечения, зарисуйте основные моменты в рабочих тетрадях.

По выполнению программы занятия представьте преподавателю отчет о выполненной работе. Выясните то, что у Вас вызвало затруднения.

5. При проведении заключительной части учебного занятия

Решите ситуационные задачи (приложение). Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий. Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично. Обратите внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой.

5. Изучение нового материала.

5.1. «Принципы лечения пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости» (Аннотация ,приложение 1).

5.2.Отработка практических манипуляций (Измерение АД,PS,ЧД, уход за послеоперационными больными, ранами, пальпация, перкуссия, аускультация, уход за дренажами).

5.2. Демонстрация больных по теме.

Приложение 1

АННОТАЦИЯ

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Особое значение имеет следующий ряд экстренных хирургических заболеваний: острый аппендицит, острый холецистит на фоне желчнокаменной болезни, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденальные и кишечные кровотечения при ряде соматических заболеваний пищевода, желудка, тонкого и толстого кишечника. При клиническом обследовании больных основное значение играет правильная интерпретация симптомов тех или иных хирургических заболеваний.

1. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Ежегодно острым аппендицитом заболевает 0,5% населения России. Несмотря на все успехи хирургии до настоящего времени сохраняется летальность от этого заболевания в пределах 0,1-0,3%. Последнее обусловлено поздним поступлением пациентов с развившимися тяжелыми осложнениями.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

До настоящего времени этиология острого аппендицита не определена. В числе возможных причин заболевания рассматриваются нарушение моторной функции илеоцекального отдела толстой кишки, кишечная инфекция, гиперплазия лимфоидной ткани и другие. В основе заболевания лежит спазм стенки и сосудов червеобразного отростка, в результате чего возникают застой содержимого и гипоксия слизистой оболочки. На этом фоне присоединяется инфекционный фактор и развивается бурное воспаление всех слоев червеобразного отростка.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По течению воспаления различают:

- абортивный аппендицит, протекающий по типу кишечной колики и самостоятельно купирующийся в течение нескольких часов;
- медленно прогрессирующий - когда развитие гнойного воспаления возникает в течение 2-3 суток;
- быстро прогрессирующий - приводящий к гангрене отростка с развитием перитонита в течение первых суток от момента заболевания.

По морфологическим изменениям выделяются:

- острый катаральный аппендицит (воспаление только слизистой оболочки);
- флегмонозный (воспаление всех слоев червеобразного отростка);
- гангренозный (некроз стенки). **Осложнения острого аппендицита:**
- аппендикулярный инфильтрат;
- абсцесс брюшной полости;
- перитонит;
- пилефлебит;
- спаечная кишечная непроходимость.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Характерны острое внезапное начало, постоянная боль в правой подвздошной области без иррадиации, не облегчающаяся изменением положения тела и сопровождающаяся однократной рвотой. Интенсивность боли снижается при сгибании правой ноги в тазобедренном суставе, температура тела субфебрильная, стул обычно нормальный или жидкий. Для аппендицита характерны следующие клинические симптомы:

- КОХЕРА (субъективный симптом) - перемещение боли из эпигастральной в правую подвздошную область через 2-5 ч и позднее от начала ее появления в эпигастрии;
- БАРТОМЬЕ-МИХЕЛЬСОНА - болезненность при пальпации слепой кишки, усиливающаяся в положении больного на левом боку;
- СИТКОВСКОГО - возникновение или усиление боли в правой подвздошной области при положении больного лежа на левом боку;
- ВОСКРЕСЕНСКОГО - для его проверки врач находится справа от больного, левой рукой натягивает его рубашку за нижний край для равномерного скольжения, кончики II, III, IV пальцев правой руки устанавливают в подложечной области и во время вдоха больного при наиболее расслабленной брюшной стенке кончиками пальцев с умеренным давлением на живот продельывает быстрое скользящее движение косо вниз к области слепой кишки, где останавливает руку, не отрывая ее (в момент окончания «скольжения» больной отмечает резкое усиление боли);
- ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА - после мягкого надавливания ладонной поверхностью пальцев на брюшную стенку резко отрывают последние (положительным считается появление большей болезненности при отрывании руки от брюшной стенки, чем при надавливании на нее);
- ЖЕНДРИНСКОГО - в положении лежа нажимают на брюшную стенку в точке Кюммеля (2 см вправо и ниже пупка) пальцем, не отнимая его, предлагают больному встать (усиление боли свидетельствует об аппендиците, уменьшение - об остром сальпингите);
- КРЫМОВА - появление или усиление боли в правой подвздошной области при исследовании пальцем наружного отверстия правого пахового канала;
- РАЗДОЛЬСКОГО - при перкуссии молоточком или пальцем брюшной стенки выявляется болезненность в правой подвздошной области;
- СОРЕЗИ - боль в правой подвздошной области, возникающая при покашливании и одновременной пальпации правого подреберья у больного, лежащего на спине с согнутыми ногами;
- ШИЛОВЦЕВА - в положении лежа на спине выявляют болевую точку в правой подвздошной области и, не отнимая руки, предлагают больному повернуться на левый бок (если нет спаечного процесса и слепая кишка подвижна, то боль в найденной точке уменьшается и смещается ниже и левее).

Особенности течения острого аппендицита у детей, пожилых и старых людей, беременных

Для детского возраста характерно преобладание общих симптомов над местными, выраженный интоксикационный синдром: фебрильная температура, многократная рвота, диарея, головная боль, боли в животе без четкой локализации, быстро нарастающая клиническая картина перитонита.

Для острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста характерны стертость клинической картины, отсутствие общих симптомов, слабо выраженные местные признаки воспаления червеобразного отростка. Такое течение приводит к частым диагностическим ошибкам, позднему поступлению больных в хирургическое отделение с уже развившимися осложнениями.

На поздних сроках беременности червеобразный отросток вместе с куполом слепой кишки, беременной маткой смещается вверх и латерально, что ведет к перемещению болевого синдрома в правое подреберье. При исследовании выявить характерные клинические симптомы затруднительно, так как отросток расположен позади матки. Рекомендуется выполнять обследование женщины в положении на левом боку.

Диагностическая программа

Общие анализы крови и мочи, ректальное или вагинальное исследование, УЗИ органов брюшной полости, лапароскопия. В общем анализе крови определяется умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Анализ мочи без патологии. При ректальном (вагинальном) исследовании определяется болезненность стенки прямой кишки спереди и справа, нависание свода влагалища справа. Ультразвуковое исследование позволяет выявить наличие жидкости в правой подвздошной области при деструктивном аппендиците, определить утолщенный отечный червеобразный отросток. В хирургическом отделении, когда другими способами нельзя поставить диагноз, прибегают к лапароскопии, при которой обнаруживают воспаленный червеобразный отросток, выпот в правой подвздошной области.

Дифференциальная диагностика

Острый аппендицит необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: правосторонней почечной коликой, перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, острым холециститом, болезнью Крона, гастроэнтеритом, разрывом кисты яичника, аднекситом, дивертикулитом, правосторонней нижнедолевой пневмонией.

ЛЕЧЕНИЕ

Организация лечения

Больные с подозрением на острый аппендицит подлежат направлению в дежурное хирургическое отделение в экстренном порядке.

Хирургическое лечение

Экстренная операция - аппендэктомия. Сроки нетрудоспособности после операции:

- неосложненный аппендицит - 4 недели;
- осложненный перитонитом - 6-8 недель.

Реабилитация

Рекомендуется облегченный физический труд в течение 3 месяцев. Для профилактики спаечного процесса в послеоперационном периоде проводятся ЛФК, дыхательная гимнастика, направленные на восстановление функции мышц брюшного пресса.

2. ХРОНИЧЕСКИЙ АППЕНДИЦИТ

Различают три формы хронического аппендицита: рецидивирующий, первичный и вторичный. Рецидивирующий аппендицит проявляется повторяющимися приступами острого воспаления червеобразного отростка, принимающими abortивную форму. Клинически это приступы острого аппендицита, которые быстро самостоятельно прерываются и не требуют медикаментозного или хирургического лечения.

Первичный хронический аппендицит - хроническое воспаление, которое сопровождается постоянной слабой интенсивности болевым синдромом в правой подвздошной области. Вторичный хронический аппендицит развивается после приступа острого аппендицита в связи с развитием аппендикулярного инфильтрата. После консервативного лечения в хирургическом отделении инфильтрат рассасывается и возникают неярко выраженные признаки хронического аппендицита.

Симптомы хронического аппендицита:

- ВОЛКОВИЧА - у больных хроническим аппендицитом живот справа тощий, запавший, с большей углубленностью правого подреберья и правой подвздошной области. Брюшная стенка более мягкая и податливая, чем слева. Усиление боли при отведении слепой кишки кнаружи;
- СИТКОВСКОГО - возникновение или усиление боли в правой подвздошной области при положении больного лежа на левом боку;
- ВАСТЕДО - появление боли при раздувании слепой кишки, после очищения толстого кишечника с помощью клизмы в прямую кишку больного, лежащего на спине, вводят мягкий резиновый катетер на высоту 15 мм и через него нагнетают в кишечник воздух; при хроническом аппендиците эта процедура вызывает боль в области слепой кишки.

Болевые точки:

- ЛАНЦА - болезненная точка на линии, соединяющей обе верхне-передние ости подвздошных костей на уровне 5 см от правой ости;
- МАК-БУРНЕЯ - точка, расположенная на границе средней и наружной трети линии, соединяющей правую передне-верхнюю ость подвздошной кости с пупком;
- КЮММЕЛЯ - болезненная точка, расположенная на 2 см вправо и ниже от пупка;
- МАРО - болезненная точка на пересечении линии, соединяющей пупок с правой верхней передней остью подвздошной кости с наружным краем правой прямой мышцы живота.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО АППЕНДИЦИТА

Для постановки диагноза и определения показаний к хирургическому лечению необходимо исключить путем инструментального обследования заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства, которые сопровождаются болевым синдромом в правой подвздошной области. К ним относятся хронический гастрит, язвенная болезнь, хронический холецистит, хронический панкреатит, мочекаменная болезнь, хронический аднексит, хронический колит, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника и др.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время показания к оперативному лечению хронического аппендицита резко сужены, и оперативное лечение выполняется лишь при точно установленном диагнозе.

ЛЕЧЕНИЕ

Организация лечения

Больные с хроническим аппендицитом направляются на плановое хирургическое лечение только после исключения других заболеваний органов брюшной полости, сопровождающихся болевым синдромом.

Хирургическое лечение

Плановая операция - аппендэктомия.

Сроки нетрудоспособности после операции: 4 недели.

Реабилитация

Рекомендуется облегченный физический труд в течение 2 месяцев, ЛФК, дыхательная гимнастика, направленные на тренировку мышц брюшного пресса.

3. ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

В настоящее время заболевание вышло на 2-е место по частоте среди экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита. Женщины болеют в 3 раза чаще мужчин. Количество камненосителей увеличивается с возрастом. Необходимо подчеркнуть, что камни в желчном пузыре обнаруживаются у 20% лиц старше 40 лет, а острый холецистит развивается лишь у 30-50%.

ЭТИОЛОГИЯ

Образованию камней в желчном пузыре способствует нарушение коллоидного состояния желчи - равновесия между билирубином и холестерином, дискинезия желчных путей, хроническая инфекция. Острый холецистит на фоне желчнокаменной болезни развивается вследствие обструкции желчных протоков камнем. Бескаменный холецистит развивается вторично при панкреатите, сепсисе, сальмонеллезе.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По степени выраженности воспалительного процесса выделяют:

- острый катаральный холецистит (воспаление слизистой оболочки);
- острый флегмонозный холецистит (гнойное воспаление всех слоев стенки желчного пузыря);
- острый гангренозный холецистит (некроз стенки желчного пузыря частичный или тотальный).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

Клинически острый холецистит может протекать в двух вариантах: по типу печеночной колики с кратковременным болевым синдромом; по типу локального воспалительного процесса желчного пузыря. Для печеночной колики характерна боль в эпигастральной области и в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, в правую надключичную область. Колика возникает после употребления жирной, острой, пряминой пищи. На высоте болей возможна рвота, иногда с примесью желчи. При втором варианте возникает ряд общих и местных симптомов. Характерна постоянная интенсивная боль в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в правую лопатку.

Выражены общие симптомы интоксикации: фебрильная температура, озноб, головная боль, желтуха. При исследовании выявляют следующие пузырьные симптомы:

- ОРТНЕРА - появление боли при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге;
- КАЛЬКА - возникновение боли при поколачивании в области проекции желчного пузыря кончиком пальца;
- КЕРА - при пальпации в области проекции желчного пузыря на вдохе возникает боль;

- МЕРФИ - боль на вдохе при погружении пальцев правой кисти в область проекции желчного пузыря;
- МЮССИ-ГЕОРГИЕВСКОГО - боль при надавливании пальцем между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- КУРВУАЗЬЕ - пальпируется увеличенный желчный пузырь;
- ВАСИЛЕНКО - болезненность при поколачивании в области проекции желчного пузыря на высоте вдоха;
- ЗАХАРЬИНА - болезненность при поколачивании в области желчного пузыря;
- РАЖБА - болезненность при легком постукивании краем ладони по правой реберной дуге;
- ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА - появление выраженной болезненности при отрывании исследующей руки от брюшной стенки.

Диагностическая программа

Клинические и биохимические анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, фиброгастроскопия в целях дифференциальной диагностики. В анализах крови - лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, в анализах мочи характерных изменений нет. При подпеченочной желтухе в моче появляется билирубин и исчезает уробилин. В биохимическом анализе крови характерно повышение билирубина за счет его прямой фракции, повышение активности аспартат аминотрансферазы (АСТ), аланин аминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) при присоединении холестатического гепатита, амилазы крови и мочи при холецистопанкреатите. УЗИ желчного пузыря - увеличение размеров, наличие камней в просвете, утолщение стенки, выпот в паравезикальном пространстве.

Дифференциальная диагностика

Острый холецистит необходимо дифференцировать с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, правосторонней почечной коликой, острым панкреатитом, кишечной непроходимостью, острым аппендицитом, гепатитом, правосторонней нижнедолевой пневмонией, инфарктом миокарда.

Осложнения

Эмпиема (гноя в полости пузыря), перфорация с развитием перитонита, пузырно-кишечный свищ, миграция камней в желудочно-кишечный тракт с закупоркой кишечника, механическая желтуха, холангит, водянка желчного пузыря.

ЛЕЧЕНИЕ

Организация лечения

Экстренная госпитализация в хирургическое отделение. Больные с острым холециститом оперируются в экстренном порядке лишь при развитии перитонита. В остальных случаях лечение начинают с консервативных мероприятий: голод, холод на живот, внутривенное введение растворов кристаллоидов и глюкозы, спазмолитиков, антибиотиков. Если в течение суток имеется положительная клиническая динамика, подтвержденная купированием воспалительного процесса в желчном пузыре по данным ультразвукового исследования (сокращение пузыря с нормальными анатомическими размерами его стенки), больному показано плановое хирургическое лечение. Если в течение суток консервативными мероприятиями не удается прервать патологический процесс, выполняют срочную операцию - холецистэктомию.

Сроки нетрудоспособности после операции: 4-6 недель.

Реабилитация

Трехнедельный курс санаторно-курортного лечения в санатории гастроэнтерологического профиля. Для предупреждения рецидива камнеобразования в желчных протоках необходимо соблюдать оптимальный двигательный режим, вегетарианскую диету, приблизить массу тела к идеальной и избегать запоров.

4.ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

ЛЕЧЕНИЕ

Организация лечения

При выявлении у больного желчнокаменной болезни вне обострения холецистита больные подлежат направлению на плановое хирургическое лечение. При этом необходимо на амбулаторном этапе исключить заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы.

Хирургическое лечение

Плановая операция - холецистэктомия эндоскопическая, или традиционная. В настоящее время 85% операций по поводу желчнокаменной болезни выполняются при помощи видеондоскопической техники. Последняя позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре до 1-2 дней и уменьшить реабилитационный период до 10-14 дней. Противопоказаниями для выполнения эндоскопической холецистэктомии являются холедохолитиаз, механическая желтуха, протяженные стриктуры желчных протоков, нарушение нормальной анатомии желчных путей воспалительным инфильтратом.

Сроки нетрудоспособности после операции: 1 месяц.

Реабилитация

Трехнедельный курс санаторно-курортного лечения в гастроэнтерологическом санатории, предотвращение рецидива камнеобразования мероприятиями, описанными выше.

5.ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Острый панкреатит занимает 3-е место среди экстренных заболеваний органов брюшной полости. В настоящее время отмечен резкий рост заболеваемости вследствие учащения желчнокаменной болезни, алкоголизации населения. Следует подчеркнуть, что у 10-15% больных развивается панкреонекроз с летальностью до 20%.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Выделяют следующие этиологические факторы острого панкреатита: заболевания желчных путей, вызывающие повышение давления в общем желчном

и вирсунговом протоках; прием обильной жирной пищи; употребление в больших дозах и длительно некачественного алкоголя с высокой концентрацией этанола; травмы живота и поджелудочной железы; нарушение кровообращения в поджелудочной железе вследствие тромбоза или эмболии питающих сосудов; выраженные аллергические реакции на пищевые продукты со спазмом протоков поджелудочной железы; заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки с явлениями дуоденостаза и повышением давления в желчевыносящих протоках.

В основе патогенеза лежит гипертензия и разрыв протоков поджелудочной железы; патологическая активизация ферментов с аутолизом тканей железы; попадание в кровь большого количества ферментов с развитием ферментативной токсемии, в брюшную полость - с развитием ферментативного перитонита, в забрюшинное пространство - с развитием парапанкреатической флегмоны.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют отечную форму панкреатита, жировой панкреонекроз, геморрагический панкреонекроз, гнойный панкреатит.

Формы панкреонекрозов - асептический и инфицированный.

Осложнения панкреатита: панкреатогенный шок, делирий, абдоминальный сепсис, полиорганная недостаточность. Осложнения асептического панкреонекроза: панкреатогенный инфильтрат, ферментативный перитонит, киста поджелудочной железы. *Осложнения инфицированного панкреонекроза*: флегмона забрюшинной клетчатки, абсцесс сальниковой сумки, эрозивные кровотечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Характерна внезапная резкая боль в эпигастриальной области, иррадиирующая в спину и описываемая больным как стягивающая обручем, не снимаемая спазмолитиками. Боль сопровождается многократной мучительной рвотой, не приносящей облегчения больному. Живот при пальпации болезнен, напряжен и вздут, особенно в верхней половине живота по ходу поджелудочной железы. **Определяются следующие**

положительные симптомы острого панкреатита:

- МЕЙЮ-РОБСОНА - болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- КАЧА-МЕЙЮ-РОБСОНА - болезненность в левом реберно-позвоночном углу, сочетающаяся с иррадиацией боли в левую лопатку;
- ВОСКРЕСЕНСКОГО - ослабление (исчезновение) пульсации брюшного отдела аорты (определяется пальпаторно слева над пупком);
- МОНДОРА - появление фиолетовых пятен на коже лица и туловища;
- ХАЛСТЕДА - цианоз кожи живота;
- ТУРНЕРА - цианоз боковых стенок живота;
- ЛАГЕРЛЕФА - общий цианоз лица и конечностей;
- ДЭВИСА - цианотичная окраска живота с петехиальными пятнами на ягодицах с бурой окраской кожи ниже ребер сзади;
- КЮЛЛЕНА - желтушная окраска кожи в области пупка;
- КЕРТЭ - резистентность передней брюшной стенки в эпигастриальной области;

- ГРЮНВАЛЬДА - наличие экхимозов вокруг пупка;
- БЕРГМАНА-КАЛЬКА - зона гипертензии выше пупка от левого подреберья до левого реберно-позвоночного угла.

Общая симптоматика складывается из синдромов токсемии, гиповолемии, в тяжелых случаях - панкреатогенного шока.

Интоксикационный синдром: фебрильная температура, цианоз кожи, озноб, олигурия, тахикардия, гипотония, симптомы перитонита.

Гиповолемический синдром: жажда, сухость слизистых, снижение тургора кожи, западение подкожных вен, олигурия, отрицательное ЦВД.

Панкреатогенный шок - цианоз боковых стенок живота, лица и конечностей, петехиальные и фиолетовые пятна на туловище, индекс Альговера свыше 1,5.

ДИАГНОСТИКА

Диагностическая программа

Лабораторное исследование: лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ в общем анализе крови, повышение уровня амилазы, липазы, трипсина и сахара в крови и моче.

Ультразвуковое исследование: увеличение размеров, размытость контуров поджелудочной железы, наличие очагов деструкции, жидкость в сальниковой сумке, забрюшинном пространстве, брюшной полости, формирование кист, инфильтратов и абсцессов.

Лапароскопия - геморрагический выпот в брюшной полости, бляшки жирового стеатонекроза, забрюшинная флегмона.

Дифференциальная диагностика

Заболевание необходимо дифференцировать с перфоративной язвой, острым холециститом, перфорацией полых органов, кишечной непроходимостью, острым аппендицитом, инфарктом миокарда, нижнедолевой пневмонией.

ЛЕЧЕНИЕ

Организация лечения

Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

При отечной форме назначают консервативное лечение: голод, холод на живот, дренирование желудка с помощью назогастрального зонда, внутривенное введение солевых растворов и высокомолекулярных кровезаменителей объемом до 3 л в сутки. Внутривенное введение спазмолитиков, например: дротаверин (но-шпа), холинолитиков (атропин, платифиллин), ингибиторов протеаз [апротинин (контрикал, гордокс)], цитостатиков (фторурацил), десенсибилизирующих препаратов [дифенгидрамин (димедрол)], H₂-блокаторов рецепторов гистамина [фамотидин (квamatел), омепразол (лосек)], октреотид (сандостатин). При панкреатогенном шоке применяют методы экстрокорпоральной детоксикации (плазмаферез, лимфосорбцию, гемосорбцию). При алкогольном панкреатите консервативное лечение в сочетании с минимальными хирургическими вмешательствами (дренирование брюшной полости, полостных образований в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке). При билиарном панкреатите - комплексное оперативное вмешательство холецистэктомия, дренирование общего желчного протока,

абдоминализация поджелудочной железы. При развитии гнойного панкреатита через 2-3 недели от начала заболевания выполняют операцию - некрсеквестрэктомия с дренированием сальниковой сумки.

Сроки нетрудоспособности после операции: 8-12 недель.

Реабилитация

Трехнедельный курс санаторно-курортного лечения в санаториях гастроэнтерологического профиля с дальнейшим лечением хронического панкреатита у ВОП. При алкогольном панкреатите необходимо лечение алкогольной зависимости у нарколога. При билиарном панкреатите проводится лечение патологии желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки. Основу реабилитации составляет правильный образ жизни, соблюдение диеты и поддерживающая медикаментозная терапия, которая направлена на устранение внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы.

6.ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

В России хронический панкреатит наблюдается у 2-8% населения. Группами риска являются мужчины, злоупотребляющие алкоголем, и женщины, страдающие желчнокаменной болезнью и хроническим холециститом.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Этиологические факторы: алкоголизм, ЖКБ, дуодениты, дивертикулы, папиллиты фатерова соска, вирусные гепатиты, длительный прием препаратов, обладающих токсическим действием на поджелудочную железу (тетрациклины, сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные препараты). При алкоголизме возникают жировая дегенерация и фиброз органа, обусловленные избытком свободных радикалов. При ЖКБ и холецистите возникает регургитация желчи и дуоденального содержимого в вирсунгов проток, что приводит к патологической активации ферментов поджелудочной железы.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- хронический обструктивный панкреатит - воспалительный, медленно прогрессирующий процесс дистальнее места обструкции;
- хронический кальцифицирующий панкреатит - кальцификаты, камни и кисты протоков с исходом в атрофию ткани ацинусов;
- хронический паренхиматозный панкреатит - фиброз ткани железы без поражения протоков.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Хронический панкреатит проявляется болевым синдромом в эпигастриальной области, который может быть постоянным, приступообразным, связанным или несвязанным с приемом пищи. Чаще всего болевой синдром уменьшается после приема спазмолитиков и ингибиторов протеолитических ферментов. Наиболее неблагоприятным вариантом является развитие неврита чревного ствола, при котором не помогает консервативная терапия.

При физикальном исследовании отмечается снижение массы тела, появление ярко-красных пятен на коже груди и живота, развитие гингивита, глоссита, пародонтоза. Живот при пальпации мягкий, болезненный в проекции поджелудочной железы.

Специфические симптомы хронического панкреатита:

- ЧУХРИЕНКО - боль, возникающая при толчкообразных движениях брюшной стенки снизу вверх, спереди назад кистью врача, поставленной поперек живота ниже и несколько слева от пупка;
- МЕЙО-РОБСОНА - спонтанная боль при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- КЕРТЭ - болезненная резистентность передней брюшной стенки в эпигастриальной области в проекции поджелудочной железы;
- КЮЛЛЕНА - желтовато-цианотичная окраска кожи в области пупка;
- ГРЮНВАЛЬДА - экхимозы и петехии в ягодичной области или области пупка вследствие поражения периферических сосудов;
- РАЗДОЛЬСКОГО - перкуторная болезненность над поджелудочной железой;
- МАХОВА - гипертонус кожи выше пупка. Болевые точки:
- ЗАХАРЬИНА-ГЕДА - зона повышенной кожной чувствительности в области VII-X сегментов слева;

- МЕЙО-РОБСОНА - определяется на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги;
- КАЧА - болезненность в проекции левой прямой мышцы на 5 см выше пупка;
- ДЕЖАРДЕНА - болезненность при надавливании в точке, расположенной приблизительно на расстоянии 6 см от пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной ямкой.

ДИАГНОСТИКА

Диагностическая программа

Лабораторное исследование внешней и внутренней секреции поджелудочной железы (определение амилазы, трипсина, липазы, глюкозы крови и мочи), обзорная рентгенография брюшной полости (выявление кальцинатов в железе). Ультразвуковое исследование выявляет увеличение органа, неровность контуров, полостные структуры различных размеров, заполненные жидкостью. Наиболее информативна компьютерная томография, которая позволяет выявить весь спектр патологического процесса. В редких случаях для определения состояния панкреатического протока прибегают к ретроградной панкреатохолангиографии.

Дифференциальная диагностика

Проводится с раком поджелудочной железы, пенетрирующими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим холециститом, синдромом раздраженной толстой кишки, ишемической болезнью органов пищеварения.

ЛЕЧЕНИЕ

Организация лечения

При отсутствии показаний к хирургическому лечению лечение проводит врач общей практики. Оно включает в себя заместительную медикаментозную терапию. При внешнесекреторной недостаточности назначают панкреатин (панцитрат и креон). Менее эффективен панкреатин (мезим форте). При внутрисекреторной недостаточности назначают препараты простого инсулина с последующим переходом на пероральные препараты гликлазид (диабетон МВ). Рекомендуются H₂-блокаторы рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин), буферные антациды (фосфалогель), спазмолитики [дротаверин (но-шпа), бенциклан (галидор)], анальгетики [метамизол натрия (анальгин, баралгин), кеторолак (кеторол)], диадинамические токи с прокакаином (новокаином) или ультразвук на эпигастриальную область. Показаниями для направления в хирургическое отделение являются киста поджелудочной железы, стриктура большого дуоденального сосочка, псевдодуоденальный панкреатит с обтурацией панкреатического протока, сдавление чревного ствола с выраженным длительным болевым синдромом, непрерывно рецидивирующее течение хронического панкреатита при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Хирургическое лечение

Плановая операция - резекция поджелудочной железы - проводится по строго ограниченным показаниям при отсутствии эффекта от консервативного лечения.

Сроки потери трудоспособности: без операции - выписка на работу, после резекции поджелудочной железы - 12-16 недель. У больных с тяжелой внешне- и внутрисекреторной недостаточностью поджелудочной железы возникает стойкая утрата трудоспособности.

Реабилитация

Охранительный режим, диета ? 5, прием ферментов, фитопрепаратов, минеральных вод, соколение, санаторно-курортное лечение в Ессентуках, Железноводске.

7.ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Острая кишечная непроходимость наблюдается у 3-5% хирургических больных. Отмечается рост заболеваемости в связи с увеличением количества оперативных вмешательств на органах брюшной полости с развитием спаечной болезни. Летальность остается достаточно высокой и колеблется в пределах 7-10%.

ЭТИОЛОГИЯ

Выделяют врожденную и приобретенную формы заболевания. Первая связана с пороками развития пищеварительного канала и встречается преимущественно у новорожденных и детей (различные виды атрезии, пилоростеноз, болезнь Гиршпрунга). Одной из причин приобретенной кишечной непроходимости является нарушения пропульсивной способности кишечника паралитического или спастического происхождения, которые носят функциональный характер. Главная причина - механическая непроходимость органической природы вследствие обтурации кишечника спайками, опухолью, инородными телами, заворотов, ущемления, узлообразования.

ПАТОГЕНЕЗ

В основе патогенеза кишечной непроходимости лежит нарушение пропульсивной способности кишечника функциональной или органической природы. Последнее ведет к накоплению в его просвете пищеварительных соков, их брожению, гниению. В результате развивается выраженный интоксикационный и гиповолемический синдром. Интоксикация обусловлена всасыванием непереваренных продуктов обмена (индола, скатола, кадаверина, путресцина). Многократная рефлекторная рвота, депонирование воды в интерстициальном пространстве приводят к гиповолемии. Определенное значение имеет потеря электролитов с рвотными массами. Финалом заболевания становится синдром недостаточности кишечной стенки и перитонит, что вызывает полиорганную недостаточность.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяются врожденная и приобретенная формы. Приобретенная непроходимость может быть динамической (спастической и паралитической) и механической (обтурационной и странгуляционной).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Паралитическая кишечная непроходимость в общей врачебной практике может развиваться при почечной и желчной колике, забрюшинной гематоме, переломах позвоночника, инфарктах миокарда, диабетической коме. Спастическая непроходимость наблюдается при истерии, неврозах, гельминтозах, различных отравлениях. Она проявляется постоянными распирающими болями в животе, задержкой стула и газа. Общее состояние страдает мало. Живот равномерно вздут, мягкий, слегка болезненный при пальпации. Кишечная перистальтика резко ослаблена.

Для механической кишечной непроходимости характерно внезапное появление боли без четкой локализации, имеющей схваткообразный характер, сопровождающейся многократной рвотой, постепенным вздутием живота, неотхождением газа и кала. Следует подчеркнуть, что при странгуляционной кишечной непроходимости, вызванной заворотом, узлообразованием или ущемлением, боли становятся постоянными и резко интенсивными в результате ишемии кишечника вследствие непроходимости сосудов брыжейки. Один из характерных симптомов - рвота, обычно многократная, не приносящая облегчения, которая на поздних стадиях заболевания приобретает каловый характер. Другими кардинальными симптомами являются задержка стула и газов, вздутие живота, интоксикация и гиповолемия.

Симптомы острой кишечной непроходимости:

- АНШЮТЦА - вздутие слепой кишки при непроходимости расположенных ниже отделов толстой кишки;
- БУВРЕ - при вздутии слепой кишки место кишечной непроходимости в ободочной кишке, если слепая кишка в спавшемся состоянии, то препятствие находится в тонкой кишке;
- ВАЛЯ - при острой кишечной непроходимости кишечная петля вздувается и образует над местом препятствия местно ограниченный фиксированный метеоризм с высоким тимпанитом над ним, пальпаторно определяется вздутая петля;
- ГОНГОЛЬФА - притупление в отлогих местах живота, свидетельствующее о скоплении свободной жидкости при кишечной непроходимости;
- КЕНИГА - усиленная перистальтика во время приступа боли в животе, шумы (бульканье, урчание), понос или усиленное отхождение газов при сужении тонкой кишки различными процессами и при неполной обтурационной непроходимости кишечника;
- МАТЬЕ-СКЛЯРОВА - шум плеска в кишечнике, определяемый при аускультации живота во время пальпаторного смещения органов брюшной полости руками врача;
- СПАСОКУКОЦКОГО - аускультативно определяемый звук падающей капли;
- ФРИГМАНДАЛЯ - при кишечной непроходимости в растянутых газом петлях тонкой кишки рентгенологически определяют поперечную исчерченность;
- ШЛАНГЕ - видимая перистальтика кишечника при кишечной непроходимости;
- ТРЕВСА - при непроходимости толстых кишок во время проведения клизмы аускультативно определяют своеобразное урчание у места непроходимости;
- ЦЕГЕ-МАНТЕЙФЕЛЯ - при завороте сигмовидной кишки с клизмой удается ввести не более 0,5-1 л жидкости;
- ТЭВЕНАРА - резкая боль, возникающая при надавливании по средней линии, на два поперечных пальца ниже пупка, точка соответствует проекции корня брыжейки, наблюдается при завороте тонкой кишки;
- ОБУХОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ - пустая и растянутая ампула прямой кишки при ректальном исследовании.

Дифференциальная диагностика

Заболевание необходимо дифференцировать с перфоративной язвой, острым аппендицитом, острым панкреатитом, острым холециститом, болезнью Крона, инфарктом миокарда, аднекситом, нижнедолевой пневмонией, почечной коликой.

Диагностическая программа

Лабораторное, рентгенологическое и ультразвуковое исследования. В анализах крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ, повышение гемоглобина и гематокрита, гипонатриемия, гипохлоремия, гипокалиемия, гипопроteinемия, повышение креатинина и мочевины. На обзорной рентгенограмме выявляются чаши Клойбера (газ над горизонтальными уровнями жидкости), симптом органичных труб (раздутые газом петли тонкой кишки), кишечные арки (в верхних отделах которых находится газ, а в нижних - жидкость). При контрастной рентгенографии с барием отмечается расширение кишки выше места препятствия, прекращение пассажа бария по кишечнику. Ультразвуковое исследование позволяет выявить расширенные, заполненные жидкостью петли кишечника, утолщения кишечной стенки, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

ЛЕЧЕНИЕ

Экстренная госпитализация в дежурное хирургическое отделение. Больной с динамической кишечной непроходимостью подлежит консервативному лечению: спазмолитические или антихолинэстеразные препараты [неостигмина метилсульфат (прозерин), метоклопрамид (реглан), пиридинтигмина бромид (калимин)], очистительные или гипертонические клизмы. При механической кишечной непроходимости при отсутствии перитонита на работу, не связанную с подъемом тяжести. Для профилактики рецидива спайкообразования показан электрофорез лекарственных веществ на брюшную стенку: трипсина, лидазы, ронидазы. При отсутствии эффекта показано хирургическое лечение - экстренная операция (устранение кишечной непроходимости). В зависимости от причины, вызвавшей непроходимость, производят: рассечение спек, сдавливающих кишку; расправление заворота и узлообразования; удаление инородных тел, обтурирующих просвет кишечника; резекцию кишечника вместе с опухолью, перекрывающую ее просвет, и др. После этого производятся назогастроинтестинальная интубация тонкого кишечника, санация и дренирование брюшной полости.

Сроки потери нетрудоспособности после операции: 8 недель.

Реабилитация

Трехнедельный курс санаторно-курортного лечения в гастроэнтерологическом санатории, строгое соблюдение диеты и режима питания: прием пищи малыми порциями 5-6 раз в день с исключением пищевых продуктов, вызывающих усиленное газообразование и вздутие живота. Перевод больных на работу, не связанную с подъемом тяжести. Для профилактики рецидива спайкообразования показан электрофорез лекарственных веществ на брюшную стенку: трипсина, лидазы, ронидазы.

8. ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Частота перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки колеблется от 3% до 20%, по данным различных авторов. Среди больных преобладают мужчины, в 10 раз чаще, чем женщины. Наиболее часто перфорируют язвы двенадцатиперстной кишки (85%). Перфорация язв желудка встречается значительно реже. Летальность при перфоративной язве остается высокой и колеблется от 5% до 8%.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины возникновения перфоративных язв до настоящего времени точно не установлены. Определенное значение имеют следующие факторы: тяжелое течение язвенной болезни с неэффективностью консервативной терапии; грубое нарушение пищевого режима (прием большого количества пищевых масс, вызывающих усиленное брожение и перерастяжение желудка в сочетании с газированными напитками); длительные промежутки между приемами пищи, способствующие накоплению и массивному выделению желудочного сока.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Классическая перфорация в свободную брюшную полость, прикрытая перфорация, перфорация в забрюшинное пространство.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В клиническом течении выделяют три стадии. *Первая стадия шока* характеризуется острым абдоминальным болевым синдромом. Боль очень резкой интенсивности в эпигастральной области, которую сравнивают с ударом кинжала в живот, вследствие начала истечения желудочного содержимого в брюшную полость. Больной лежит на спине с приведенными к животу ногами, стонет. Симптомы шокового состояния: бледность кожи, липкий пот, гипотония, вначале бради-, а затем тахикардия. В первые часы заболевания возникает «доскообразный» живот, который не участвует в акте дыхания. Симптомы раздражения брюшины положительны. При перкуссии печеночная тупость не определяется. Продолжительность стадии 6 ч.

Вторая стадия «мнимого благополучия». Клинически проявляется снижением интенсивности боли. По мере прогрессирования отмечается появление вздутия живота, рвоты, жажды, угнетения перистальтики, симптомов раздражения брюшины. Признаки шока исчезают, вместо них появляется синдром гиповолемии: жажда, сухость слизистых, олигоурия, тахикардия, гипотония. Живот становится менее напряженным. Ввиду уменьшения интенсивности болевого синдрома в этой стадии возможны диагностические ошибки. Продолжительность стадии 10-12 ч.

Третья стадия перитонита развивается через 16-20 ч от момента перфорации. Вновь усиливается боль в животе, появляется резкое его вздутие. На первый план выходят клинические признаки острой паралитической кишечной непроходимости: тошнота, икота, рвота, лихорадка, тахикардия, гипотония. Выражены интоксикационный и гиповолемический синдромы. Симптомы раздражения брюшины резко положительны, перистальтика отсутствует.

Особенности клинической картины прикрытой перфорации. Через несколько минут или часов после появления кинжальной боли в животе болевой синдром внезапно стихает и локализуется чаще всего в правом подреберье. Это происходит из-за того, что перфорационное отверстие прикрывается левой долей печени и/или салником. В дальнейшем истекшее желудочное содержимое ограничивается спаечным процессом в правом подреберье с формированием абсцесса брюшной полости.

Особенности клинической картины перфорации в забрюшинное пространство. Очень редко язвы задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки могут перфорировать в салниковую сумку. Последнее проявляется резкой болью в эпигастриальной области с иррадиацией в спину. Признаков разлитого перитонита нет. По мере накопления содержимого в салниковой сумке оно начинает

истекать в свободную брюшную полость через Winslow отверстие. Появляются вначале нечеткие, а затем яркие клинические признаки распространенного перитонита.

Диагностическая программа

Лабораторное, рентгенологическое и эндоскопическое исследования. В анализах крови отмечаются лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ, по мере прогрессирования заболевания и развития перитонита - гипонатриемия, гипокальциемия, гипопротейнемия, азотемия. На обзорной рентгенограмме определяется симптом пневмоперитонеума: наличие газа под куполами диафрагмы. При отсутствии пневмоперитонеума следует выполнить фиброгастродуоденоскопию, которая позволяет выявить язву, перфорирующую в брюшную полость. В очень редких случаях при сомнительном эндоскопическом диагнозе перфорации после ФГДС следует повторить рентгенологическое исследование. Проникновение газа, введенного при эндоскопическом исследовании из желудка в брюшную полость, поможет поставить правильный диагноз.

Дифференциальная диагностика

Перфоративную язву следует дифференцировать с острым холециститом, острым панкреатитом, инфарктом миокарда, крупозной пневмонией, почечной коликой, кишечной непроходимостью.

ЛЕЧЕНИЕ

Организация лечения

Экстренная госпитализация в дежурное хирургическое отделение. На догоспитальном этапе при наличии шока показано введение ненаркотических анальгетиков.

Хирургическое лечение

Экстренная операция при острых перфоративных язвах - ушивание; при хронических - иссечение; при наличии других осложнений (кровотечение, пенетрация, стеноз) - резекция желудка.

Сроки нетрудоспособности после операции: 8-12 недель.

Реабилитация

Трехнедельный курс санаторно-курортного лечения в гастроэнтерологическом санатории, постоянное консервативное лечение у ВОП по поводу язвенной болезни. Больным, перенесшим оперативное лечение по поводу перфоративной язвы, показаны курсы противорецидивной терапии 2 раза в год осенью и весной, включающей антисекреторные препараты, антибактериальные средства, пленкообразующие препараты.

9. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Кровотечение из эрозированного сосуда в дне язвы наблюдается у 10-15% больных. Чаще кровоточат пенетрирующие язвы желудка и язвы, расположенные на задней стенке. Частота гастродуоденальных кровотечений увеличилась за последние 10 лет в 2 раза, а общая летальность колеблется в пределах 3-5%, послеоперационная - 10-15%.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Факторами риска развития кровотечения являются обострение язвенной болезни, алкоголь, прием глюкокортикоидов, аспирина, нестероидных противовоспалительных препаратов и антикоагулянтов.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Гастродуоденальные кровотечения I степени (общее состояние удовлетворительное, частота пульса до 80 в минуту, систолическое АД выше 100 мм рт.ст., эритроциты до 3 млн, гемоглобин до 100 г/л, дефицит объема циркулирующей крови 10%); II степени (состояние средней тяжести, бледность кожи, пульс 100 ударов в минуту, систолическое АД 90 мм рт.ст., эритроциты 2,5 млн, гемоглобин 75 г/л, дефицит объема циркулирующей крови 20%); III степени (состояние тяжелое, выраженная бледность кожи, пульс 120 ударов в минуту, систолическое АД 80 мм рт.ст., эритроциты 2,0 млн, гемоглобин 50 г/л, дефицит объема циркулирующей крови 30%); IV степени (состояние крайне тяжелое, мраморность кожи, пульс и систолическое АД на периферических артериях не определяется, эритроциты меньше 2,0 млн, гемоглобин меньше 50 г/л, дефицит объема циркулирующей крови больше 30%).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина определяется степенью кровопотери.

Кардинальные симптомы.

- СИМПТОМ БЕРГМАНА - исчезновение вегетативного болевого синдрома после возникновения острого гастродуоденального кровотечения, вследствие нейтрализации желудочного содержимого излившейся в просвет желудка кровью.

- РВОТА КРОВЬЮ ИЛИ «КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ» - чем выше находится источник кровотечения, тем меньше измененной крови в рвотных массах. При кровотечении из пищевода и проксимальной части желудка рвотные массы представлены неизменной кровью. Кровотечения из антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки проявляется рвотой цвета кофейной гущи из-за образования солянокислого гематина.
- ПРИМЕСЬ КРОВИ В КАЛОВЫХ МАССАХ - при кровотечениях из желудка и двенадцатиперстной кишки кал окрашивается в черный цвет. При ректальном исследовании на перчатке кал типа мелены. Кровотечения из тонкой кишки возникают крайне редко и также проявляются меленой. При кровотечениях из правой половины толстого кишечника кал приобретает цвет «малинового желе», из поперечно-ободочной кишки - вишневый цвет. При кровотечениях из левой половины толстой и прямой кишок в кале имеется примесь неизменной крови.

ОСТРАЯ АНЕМИЯ - слабость, головокружение, бледность кожи, гипотония, тахикардия.

Диагностическая программа

Лабораторное, эндоскопическое исследования желудка и двенадцатиперстной кишки. В анализах крови отмечаются снижение эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, ОЦК, ретикулоцитоз, увеличение СОЭ. При ФГДС определяют источник кровотечения и состояние желудочного

гемостаза. *Различают три вида гемостаза:* продолжающееся кровотечение (венозное или артериальное), неустойчивый гемостаз (язва прикрыта рыхлым сгустком крови, или в дне язвы видны тромбированные сосуды), устойчивый гемостаз (язва покрыта фибрином).

Дифференциальная диагностика

Гастродуоденальные кровотечения могут вызывать следующие заболевания: эрозивный гастрит, рак и полипы желудка, острые трещины кардиального отдела желудка и пищевода, цирроз печени с развитием портальной гипертензии, болезни крови (полицитемия, гемофилия, тромбоцитопения и тромбоцитопатии, болезнь Рандю-Ослера).

ЛЕЧЕНИЕ

Организация лечения

Экстренная госпитализация в дежурное хирургическое отделение. На догоспитальном этапе: холод на эпигастральную область; строгое соблюдение горизонтального положения; гемостатические препараты (дицинон, аминокапроновая кислота); при шоке - струйное внутривенное введение высокомолекулярных кровезаменителей.

Хирургическое лечение

При продолжающемся кровотечении - экстренная операция (иссечение язвы); при наличии других осложнений (перфорация, пенетрация, стеноз) - резекция желудка. При состоянии неустойчивого гемостаза проводится комплексная консервативная терапия, включающая противоязвенные препараты, гемостатики, инфузию кровезаменителей, при III и IV степени кровопотери - гемотрансфузию. Выполняют контрольно-динамическую фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) через 12-16 ч. Если неустойчивый гемостаз трансформировался в устойчивый (язва покрылась фибрином), продолжают консервативное лечение. При сохранении угрозы рецидива кровотечения необходимо срочное хирургическое вмешательство, объем которого определяется анатомическими изменениями окружающих язву тканей.

Сроки нетрудоспособности после операции: 8-12 недель.

Реабилитация

Трехнедельный курс санаторно-курортного лечения в гастроэнтерологическом санатории, постоянное консервативное лечение у ВОП по поводу язвенной болезни. Принципы противорецидивного лечения описаны выше.

10. ОСТРЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ

Вторичные распространенные перитониты осложняют течение острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости в 15-20% случаев. Они сопровождаются высокой летальностью в пределах 30-40%, которая напрямую зависит от сроков поступления больных. В 1% случаев развивается первичное воспаление брюшной полости без наличия в нем органа с деструктивным процессом.

ЭТИОЛОГИЯ

Наиболее часто микробный перитонит вызывает смешанная микрофлора: грамотрицательные аэробы (кишечная палочка, протей, энтеробактер); грамположительные аэробы (стафилококк, стрептококк); анаэробы (бактероиды, фузобактерии, пептострептококки) и др. Этиологическими факторами асептического перитонита являются попадающие в брюшную полость кровь, желчь, желудочный сок, панкреатический сок, моча, ферменты поджелудочной железы.

ПАТОГЕНЕЗ

Попадание патологического содержимого в брюшную полость вызывает образование токсического экссудата, состоящего из экзотоксинов, эндотоксинов, белка и форменных элементов крови. Всасывание токсических продуктов в кровеносное русло приводит к развитию эндотоксикоза. Параллельно развивается процесс резкого угнетения перистальтики кишечника и развитие паралитической кишечной непроходимости. Депонирование в просвете кишки большого количества пищевых соков ведет к гиповолемии, рвоте, брожению и гниению содержимого с образованием ядовитых продуктов. Развиваются водно-электролитные и кислотно-щелочные нарушения. В финале заболевания появляются микроциркуляторные дессиминированные расстройства в жизненно важных органах с формированием полиорганной недостаточности.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяются первичный (лимфогенный, гематогенный и через маточные трубы) и вторичный (аппендикулярный, перфоративный, желчный, ферментативный, травматический, послеоперационный и др.); по характеру выпота: серозный, фибринозный, гнойный, геморрагический, смешанный; по распространенности: местный, диффузный, разлитой; по тяжести интоксикации: без признаков абдоминального сепсиса, с абдоминальным сепсисом, с тяжелым абдоминальным сепсисом, с инфекционно-токсическим шоком и полиорганной недостаточностью.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Распространенный перитонит проходит три стадии: реактивную, токсическую и терминальную. Реактивная стадия характеризуется болью в месте источника перитонита, которая постепенно распространяется по всему животу с иррадиацией в плечи и надключичные области при перфоративном перитоните. Появляется резкое напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины: симптом Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Менделя. В редких случаях возникает тошнота и рвота, которая носит рефлекторный характер. Гемодинамические показатели (пульс, АД) в пределах нормы. В токсическую стадию боли становятся менее интенсивными, однако приобретают разлитой характер, уменьшаются напряжение и болезненность мышц живота, выраженность симптомов раздражения брюшины, перистальтика исчезает. Появляются выраженные симптомы эндотоксикоза: тахикардия, гипотония, гипертермия, одышка, начинается вздутие живота, задержка стула и газов. При терминальной стадии на первый план выступают явления паралитической кишечной непроходимости. Вновь усиливается интенсивность болей в животе, появляются многократная, не приносящая облегчения рвота, икота, резкое вздутие живота, черты лица становятся заостренными, прогрессивно падают показатели гемодинамики, возникают олигоурия, желтуха и другие признаки полиорганной недостаточности.

Диагностическая программа

Лабораторные исследования крови и мочи: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, гипохлоремия, гипонатриемия, гипокалиемия, метаболический ацидоз, азотемия, гипербилирубинемия.

Рентгенологическое исследование: при перфорации полых органов определяется газ под куполом диафрагмы, рентгенологические симптомы динамической кишечной непроходимости (чаши Клойбера, кишечные аркады, расширенные петли кишечника).

Ультразвуковое исследование: синдром недостаточности кишечной стенки (увеличение объема петель кишечника, утолщение стенки, жидкость в просвете кишки и в свободной брюшной полости).

Лапароскопия: производится в условиях хирургического отделения при невозможности неинвазивными методами исследования поставить диагноз перитонита.

Дифференциальная диагностика

Перитонеальный синдром возникает при многих заболеваниях внутренних органов. Необходимо исключить следующие заболевания: инфекционные (дизентерию, брюшной тиф, вирусный гепатит, пищевую токсикоинфекцию), заболевания мочеполовых органов (пиелонефрит, гидронефроз, почечную колику), эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз, острую надпочечниковую недостаточность), заболевания легких и плевры (пневмонию, плеврит, межреберную невралгию), сердечнососудистые заболевания (атеросклероз и аневризмы висцеральных ветвей брюшной аорты), заболевания и повреждения позвоночника (спондилиты, остеомиелиты, опухоли).

ЛЕЧЕНИЕ

Организация лечения

Срочная госпитализация в хирургическое отделение.

Хирургическая тактика

Предоперационная подготовка, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений, под контролем пульса, АД, ЦВД, почасового диуреза. Обезболивание: многокомпонентная анестезия и искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Операция - срединная лапаротомия, устранение источника перитонита, назогастроинтестинальная интубация тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде плановые релапаротомии по требованию или при тяжелом абдоминальном сепсисе с полиорганной недостаточностью - лапаротомия. Послеоперационная консервативная терапия в отделениях интенсивной терапии: антибактериальная, иммунная, инфузионная, дезинтоксикационная, антикоагулянтная, эфферентная (гемосорбция, гемодиализ, ультрафильтрация, плазмаферез, энтеросорбция).

Сроки нетрудоспособности зависят от тяжести перенесенного перитонита и в среднем колеблются от 8 до 12 недель. При наличии полиорганной недостаточности показано направление пациента на МСЭК.

Реабилитация

Направлена на восстановление нарушенных функций жизненно важных органов и систем соответствующими медикаментозными препаратами, общеукрепляющая терапия, лечебная физкультура (ЛФК), массаж, витаминотерапия, профилактика развития спаечного процесса в брюшной полости (прием пищи малыми порциями 5-6 раз в день, электрофорез с ронидазой, лидазой и трипсином на переднюю брюшную стенку).

11. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ЖИВОТА

Вентральными грыжами живота страдают около 10% населения РФ. Количество больных возрастает с каждым годом из-за увеличения общего количества абдоминальных операций, которые у 15-20% больных приводят к образованию послеоперационных грыж. При отсутствии осложнений послеоперационная летальность минимальна и исчисляется сотыми долями процента. При развитии осложнений (ущемление) летальность возрастает до 3-5%.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Различают предрасполагающие и производящие факторы. Предрасполагающие: недостаточное физическое развитие, астеническое телосложение, истощение, пожилой и старческий возраст больных, врожденная генетически детерминированная неполноценность соединительной ткани, слабые места передней брюшной стенки (паховый и бедренный канал, пупочное кольцо, белая линия живота, послеоперационные рубцы). Производящие факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления: тяжелый физический труд, повторные роды, хронические заболевания легких (хронический бронхит, эмфизема легких) и желудочно-кишечного тракта (запоры), мочевыделительной системы (аденома предстательной железы).

КЛАССИФИКАЦИЯ

Наружные и внутренние, осложненные и неосложненные, по локализации: паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота, послеоперационные; редкие формы грыж: мечевидного отростка, поясничные, седалищные, запираемые, промежностные.

КЛИНИКА

Основные задачи при клиническом обследовании больных следующие:

- установить локализацию грыжи;
- определить осложненная или неосложненная грыжа;
- вправить неосложненную грыжу;
- определить показания и сроки направления больных в хирургический стационар.

При обследовании больного следует выявить основной кардинальный симптом - выходное опухолевое образование из брюшной полости на переднюю брюшную стенку при натуживании. При неосложненной грыже болевой синдром не выражен, признаков кишечной непроходимости нет. В анамнезе выявляют предрасполагающие и производящие факторы грыжи. Самое главное - установить конституционную генетическую слабость брюшной стенки, развивающуюся вследствие нарушения строения соединительной ткани с преобладанием коллагеновых волокон над эластическими. Обычно клиническими признаками такой брюшной стенки являются дряблость, птоз, куполообразный живот с диастазом прямых мышц. Очень часто у больных имеется ряд сопутствующих заболеваний, в основе которых лежат генетические нарушения строения соединительной ткани. Среди них геморрой, плоскостопие, варикозное расширение поверхностных вен, варикоцеле.

Физикальное обследование больного начинают с осмотра слабых мест брюшной стенки, в которых образуются грыжи. Таковыми являются: паховые области, бедренный треугольник, пупочное кольцо, белая линия живота, послеоперационные рубцы передней брюшной стенки.

При подозрении на образование грыжи для ее лучшей визуализации больного просят повысить внутрибрюшное давление, для чего пациент зажимает большим и указательным пальцами носовые ходы и натуживается. Визуально определяют размеры грыжевого мешка. Затем больного переводят в горизонтальное положение и производят пальпацию, перкуссию и аускультацию содержимого грыжевого мешка. Неосложненная грыжа при пальпации безболезненна, содержимое подвижно, легко смещается. Больного заставляют покашливать и определяют симптом «кашлевого толчка»: рука врача определяет смещение органа, находящегося в грыжевом мешке при повышении внутрибрюшного давления. Положительный симптом свидетельствует о неущемленной грыже. При перкуссии над ней определяется тимпанический звук (содержимым является

тонкая или толстая кишка) либо тупой звук (при наличии большого сальника). При аускультации обычно выслушивается перистальтика кишечника.

Больного просят расслабиться, согнуть ноги в коленях, не напрягать мышцы живота. Скользящими мягкими движениями кистей рук врач производит давление на содержимое грыжи от дистального участка по направлению к брюшной стенке. Постепенно и последовательно вправляют содержимое грыжи в брюшную полость. Насильственное вправление недопустимо! После вправления грыжи определяют размеры грыжевых ворот. При паховых грыжах указательным пальцем через корень мошонки находят наружное отверстие пахового канала. Бедренное кольцо определяется медиальнее пульсации бедренной артерии на середине и чуть ниже пупартовой связки. Пупочное кольцо и дефекты в белой линии живота определяют путем пальпации в месте проекции грыжи. Особое внимание уделяют пальпации апоневроза в области операционных рубцов. При больших послеоперационных грыжах определить дефект не представляет затруднений. При малых грыжах лишь тщательная пальпация позволяет установить дефект брюшной стенки.

Обследование больных с осложненными грыжами имеет свои особенности. *Различают четыре вида осложнений:* неврастия, воспаление, копростаз и ущемление. **Развитие неврастии** происходит вследствие спаечного процесса между содержимым грыжи и грыжевым мешком. Грыжа перестает вправляться в брюшную полость. Однако общее состояние не нарушается, признаков кишечной непроходимости нет. При осмотре четко определяются размеры грыжи, которые не увеличиваются при натуживании. При пальпации содержимое грыжи безболезненное, не вправляется в брюшную полость, кашлевого толчка отрицательный. Больной отмечает ухудшение качества жизни, так как грыжа начинает причинять ему большие неудобства при выполнении домашней и профессиональной работы. При развитии неврастии показана плановая госпитализация в хирургический стационар.

Под воспалением грыжи понимают воспаление грыжевого мешка, развивающееся в результате перехода инфекционного процесса с окружающих мягких тканей (фурункул, инфицированная рана) или со стороны органов брюшной полости (острый аппендицит). При осмотре в области локализации грыжи определяются гиперемия, отек, а при пальпации - инфильтрация мягких тканей. Однако содержимое грыжевого мешка свободно вправляется в брюшную полость, признаков кишечной непроходимости нет. Больные подлежат срочной госпитализации в хирургическое отделение.

Копростаз возникает при больших частично вправимых брюшных грыжах, когда в грыжевом мешке находятся петли толстого кишечника. Больной предъявляет жалобы на запоры, плохое отхождение газов. Признаков острой кишечной непроходимости (тошнота, рвота, резкое вздутие живота) нет. Чаще всего при исследовании больного обнаруживается больших размеров паховая или послеоперационная грыжа, частично вправляющаяся в брюшную полость. При аускультации определяется усиленная перистальтика кишечника. Следующим этапом развития патологического процесса может быть каловое ущемление. Поэтому больной подлежит срочному направлению в хирургическое отделение для ликвидации копростаз и планового грыжесечения.

Самое грозное осложнение грыжи - ущемление. Сдавление в грыжевых воротах органа брюшной полости с питающими его сосудами приводит к развитию кишечной непроходимости, некрозу органа и перитониту. Больные предъявляют жалобы на резкие схваткообразные боли в области грыжи, тошноту, рвоту, неотхождение газов и кала. В анамнезе важно уточнить время начала ущемления. Обычно некроз органа развивается через 12-24 ч. При осмотре определяется резкое выбухание в месте образования грыжи, которое не увеличивается в размерах при натуживании. При пальпации содержимое резко болезненное, кашлевой толчок отрицателен, грыжевое образование не вправляется в брюшную полость. При аускультации выслушивается перистальтика кишечника, если содержимое грыжи жизнеспособно. При некрозе отмечается уменьшение интенсивности болевого синдрома, перистальтика не выслушивается. Кроме того, при обследовании определяются классические клинические признаки непроходимости кишечника. Следует подчеркнуть, что явление кишечной непроходимости может и не быть, если в грыжевом мешке ущемлен большой сальник. Вправлять ущемленную грыжу нельзя, так как это чревато развитием перитонита. Больной должен быть экстренно направлен в хирургический стационар.

Диагностическая программа

При неосложненных грыжах достаточно исследования показателей крови и мочи, электрокардиограммы и консультации ВОП для коррекции сопутствующей патологии. При ущемленных грыжах: лабораторное, рентгенологическое и ультразвуковое исследования по программе кишечной непроходимости. Характерные изменения описаны выше.

Дифференциальная диагностика

В зависимости от локализации грыжи необходимо дифференцировать с доброкачественными опухолями мягких тканей, водянкой яичка, лимфаденитом, омфалитом, гранулемами послеоперационных рубцов.

ЛЕЧЕНИЕ

Организация лечения

При неосложненных и невправимых грыжах - плановая госпитализация в хирургическое отделение. При осложнении грыжи ущемлением, копростазом и воспалением - экстренная госпитализация.

Хирургическое лечение

При неосложненных и невправимых грыжах показана плановая операция - грыжесечение; при грыжах, осложненных ущемлением, показана экстренная операция - грыжесечение. При грыжах, осложненных копростазом, вначале ликвидируют копростаз путем постановки клизм, затем назначают плановую операцию. При воспалении грыжи рекомендуется комплексное консервативное противовоспалительное лечение, после ликвидации которого через 2-3 недели следует плановая операция. В настоящее время у лиц молодого возраста применяют в основном аутопластические операции: аутопластика грыжевого канала местными тканями, а у лиц среднего и пожилого возраста при больших грыжевых воротах - эндопротезирование брюшной стенки при помощи лавсановых, полипропиленовых, политетрафторэтиленовых и других видов синтетических протезов. Сроки нетрудоспособности после операции: 4 недели.

Реабилитация

Физиопроцедуры, направленные на укрепление послеоперационного рубца (электрофорез лекарственных веществ), массаж, витаминотерапия, перевод больного на облегченный труд на 2-3 месяца после операции. Рекомендуется работа, не связанная с переносом тяжестей.

Основные практические умения

1. Применение пузыря со льдом

Цель: Поставить пузырь со льдом на нужный участок тела.

Показания:

Кровотечение.

По назначению врача в послеоперационном периоде.

Противопоказания: Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.

Возможные проблемы пациента: Снижение или отсутствие кожной чувствительности, непереносимость холода и др.

Оснащение:

Пузырь для льда.

Кусочки льда.

Полотенце - 2 шт.

Молоток для колки льда.

Растворы дезинфицирующие.

Техника безопасности: Не используется лед единым конгломератом во избежание переохлаждения или отморожения.

1. Подготовка к процедуре:

Объяснить пациенту цель и ход процедуры.

Обработать руки гигиеническим способом.

Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

2. Выполнение процедуры:

Наденьте перчатки.

Приготовьте кусочки льда.

Положите пузырь на горизонтальную поверхность и вытесните воздух.

Снимите крышку с пузыря и заполните пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налейте 1 стакан холодной воды 14°-16°.

Выпустите воздух.

Положите пузырь на горизонтальную поверхность и вытесните воздух.

Завинтите крышку пузыря со льдом.

Оботрите пузырь со льдом полотенцем.

Оберните пузырь со льдом полотенцем в 4 слоя (толщина прокладки не менее 2 см).

Положите пузырь со льдом на нужный участок тела.
Оставьте пузырь со льдом на 20-30 минут.
Снимите пузырь со льдом.
Сделайте перерыв на 15-30 минут.
Слейте из пузыря воду и добавьте кусочки льда.
Положите пузырь со льдом (по показанию) к нужному участку тела еще на 20-30 минут.

3. Окончание процедуры:

Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
Обработать руки гигиеническим способом.
Придать пациенту удобное положение.
Обработайте пузырь в соответствии с требованиями санэпидрежима.
Храните пузырь в сухом виде и открытой крышкой.
Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

2. Подготовка пациента к эндоскопическим методам исследования пищеварительной системы.

Цель: Подготовить пациента к осмотру слизистой оболочки пищевода, желудка, 12-перстной кишки.

Показания: По назначению врача.

Противопоказания:

Желудочное кровотечение.
Непроходимость пищевода.

Возможные проблемы пациента:

Негативное отношение пациента к предстоящей манипуляции.
Страх перед вмешательством.
Повышенный рвотный рефлекс.

Оснащение: Полотенце.

Последовательность действий фельдшера с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
Дайте пациенту накануне исследования в 18 часов легкий ужин.
Предупредите, чтобы утром пациент не пил, не ел, не курил, не принимал лекарств.
Сопроводите пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни и полотенцем.
Попросите пациента после процедуры не есть 1-2 часа.

Оценка достигнутых результатов: Слизистая оболочка пищевода, желудка и 12-перстной кишки осмотрены, получено заключение врача.

Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий фельдшера.

3. Подготовка пациента к УЗИ

Цель: Подготовить пациента к исследованию.

Показания: Назначение врача.

Противопоказания: Острые повреждения кожи над обследуемым органом, ушибы и др.

Возможные проблемы пациента: Необоснованный отказ от вмешательства.

Оснащение:

Полотенце.
Тапочки.
Простыня и др. (в зависимости от исследуемого органа).

Последовательность действий фельдшера с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
Дайте пациенту полотенце или салфетку.
Проводите пациента до кабинета УЗИ.

Оценка достигнутых результатов: Пациент к исследованию подготовлен.

Примечания:

1. При наличии проблем с желудочно-кишечным трактом у пациента перед УЗИ - очистите кишечник от содержимого.
2. При УЗИ органов малого таза дайте выпить пациенту 1.5 - 2 л жидкости за 2 ч до исследования и предупредите пациента о воздержании от мочеиспускания до конца исследования (исследование проводится с полным мочевым пузырем).
3. УЗИ проводится не ранее 5 дней после рентгенологического исследования с применением контрастного вещества.

зажимы Микулича – 4-6 шт.;
крючки острозубые – 2 шт.;
крючки Фарабефа – 2 шт.;
игла Дешана – 1 шт.;
иглодержатели – 2 шт.;
иглы режущие – 4 шт.;
иглы колющие – 4 шт.;
биксы с операционным бельем и перевязочным материалом;

перчатки резиновые;
шовный материал;
дренажи трубчатые, пластинчатые;
препарат для обработки кожи;
препарат для обработки раны;
70% этиловый спирт;
0,25% -0,5% раствор новокаина;
дезинфекционный раствор.

5. Наложение асептической повязки на рану.

Цель: Фиксация перевязочного материала.

Оснащение стерильные:

перевязочный материал;
пинцеты;
клеол (или липкий пластырь);
ножницы;
тупфер для клеола.

1. Подготовка к процедуре:

Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
Обработать руки гигиеническим способом.
Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

2. Выполнение процедуры:

Надеть стерильные резиновые перчатки.
Предложить пациенту занять удобное для него положение (сидя, лежа).
Встать лицом к пациенту.
С помощью двух пинцетов наложить на рану стерильный перевязочный материал.
Кожу вокруг перевязочного материала смазать клеолом (пользуйтесь тупфером).
Через 1-2 мин., когда клеол немного подсохнет, положить поверх перевязочного материала салфетку, чтобы ее края заходили на 2 -3 см за пределы клеола.
Салфетку натянуть и плотно прижать к обработанной клеолом поверхности кожи, свободные края отрезать.
Проверить правильность повязки, чтобы она надежно закрывала поврежденный участок.

3. Окончание процедуры:

Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
Обработать руки гигиеническим способом.
Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Примечание:

При фиксации повязки липким пластырем наложите его так, чтобы полоски выступали за пределы салфетки на 3-4 см и надежно фиксировали ее. Полоски можно укладывать параллельно или крестообразно.

Объяснить пациенту ход предстоящей подготовки:

за 2-3 дня до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: черный хлеб, картофель, квашеную капусту, сырые овощи и фрукты и т.д.;
При наличии упорных запоров и метеоризма -вечером и утром, накануне исследования, за 1,5-2 часа, поставить очистительную клизму;
Вечерний прием пищи не позднее 20ч;
Утром, накануне исследования, исключить завтрак, прием лекарственных средств через рот.
Проинформировать пациента о точном времени и месте проведения исследования.
Попросить пациента повторить ход подготовки к исследованию(в амбулаторных условиях).

Примечание:

При необходимости (большое количество газов в кишечнике), клизму повторяют за 30 мин. до исследования.

6. Самостоятельная работа студентов на практическом занятии

6.1 Решение ситуационных задач.

Задание для решения ситуационных задач:

1. Прочитайте условие задачи.
2. Решите предложенные задачи с использованием справочного материала.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Приложение 2

Повод к вызову:. Болит живот. Температура.

При осмотре: Жалобы на ноющие боли в правой подвздошной области, $t=38^{\circ}\text{C}$. Болен 4-ый день. Боли стихли, но повысилась температура. Был стул, окрашен, оформлен. Мочился, моча желтого цвета.

Лежит на спине, кожа лица слегка гиперемированна. Язык обложен белым налетом, подсушен. $P_s=80$ уд. в 1 мин., ритмичный. $A_D=130/80$ мм рт. ст.. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы.

Язык обложен белым налетом, подсушен. Живот правильной формы. Некоторое отставание правых отделов в акте дыхания. При поверхностной пальпации определяется болезненность и гиперестезия кожи. При повороте на левый бок изменений в состоянии пациента нет. На толчкообразную пальпацию слева пациент не реагирует. При отнятии пальпирующей руки - каких-либо изменений в состоянии пациента нет.

При глубокой пальпации справа определяется образование плотной эластической консистенции, несколько болезненное, не смещаемое. Перистальтические шумы ослаблены. Граница мочевого пузыря не определяется.

Задание :

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
- 2.Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача № 2

48-летняя жительница села, обратилась с жалобами на тянущую боль в паху справа, неудобство при ходьбе, склонность к запорам. При осмотре: живот правильной формы, симметричен, в правой паховой области ниже паховой складки имеется образование диаметром 3 см, эластической консистенции, подвижное, безболезненное, увеличивающееся при натуживании и кашле, в горизонтальном положении исчезает

Задание :

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
- 2.Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача № 3

Фельдшер скорой помощи осматривает мужчину 60 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, неоднократную рвоту кишечным содержимым через каждые пятнадцать минут (рвота сопровождается икотой и мучительной отрыжкой), неотхождение стула и газов. Заболел три часа назад. При обследовании: пульс 60 ударов в 1 минуту, АД 100и70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут неравномерно, увеличена больше левая половина, на глаз видна перистальтика кишечника. При пальпации живота определяется разлитая болезненность.

Из анамнеза выяснено, что в течение последних двух лет больного беспокоили запоры, тенезмы, кал имел лентовидную форму, в кале обнаруживалась периодически алая кровь.

Задания:

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
- 2.Определите тактику фельдшера, объем и алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.
- 3.Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача № 4

Вы работаете фельдшером на базе отдыха без врача. К Вам обратился мужчина с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота тупого опоясывающего характера. Беспокоит мучительная неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Болен около суток после обильного застолья с употреблением алкогольных напитков.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 °С. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Пульс 108 ударов в минуту, АД 100 на 70 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут в верхнем отделе, болезнен при глубокой пальпации в эпигастрии, мягкий, симптом Щеткина- Блюмберга отрицателен.

Задания:

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
- 2.Определите тактику фельдшера, объем и алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.
- 3.Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача № 5

43-х летний мужчина несколько лет страдает паховой грыжей. Часа полтора тому назад во время подъема груза почувствовал сильную боль в правой паховой области. Боли продолжали беспокоить и в положении лежа, была однократная рвота. Ранее вправимое в положении лежа грыжевое выпячивание стало невправимым и очень болезненным. Жена вызвала соседа- фельдшера. Фельдшер оценил общее состояние больного как удовлетворительное.

При осмотре: В паховой области имеется образование размером 5х 8 см, плотной консистенции, болезненное, напряженное. Грыжевые ворота не определяются. На просьбу фельдшера покашлять пальпаторно «толчок» не определяется.

При пальпации живота- некоторое напряжение в правых нижних отделах, при отнятии пальпирующей руки изменений в состоянии пациента нет.

Задания к задаче № 1

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику.
- 2.Определите тактику фельдшера, объем и алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.
- 3.Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Эталоны ответов к задачам

Эталон ответа к задаче №1

Диагноз: Аппендикулярный инфильтрат

Обоснование диагноза: основано на данных анамнеза, данных объективного исследования, клиники.

Диагноз поставлен на основании объективного исследования, данных пальпации

– плотный б/б, несмещаемый инфильтрат в правой подвздошной ямке, болезненность и гиперестезия

- отрицательные симптомы аппендицита и перитонита

- отставание правых отделов в акте дыхания

- Т 38,0°С

Анамнез – болен 4 суток, ослабление боли и повышение температуры

Дифференциальная диагностика : - правосторонняя паховая грыжа

- инвагинация слепой кишки

- правосторонний лимфаденит

- опухоль

Классификация данной патологии: не существует

Этиология: о. аппендицит

Патогенез: ограничение процесса – спайки между петлями кишечника воспаление - инфильтрат

Возможные осложнения: абсцедирование

2.Обследование, лечение в стационаре и последующая реабилитация пациента.

Осмотр: перректум

Дополнительные методы обследования (УЗИ и т. д.): УЗИ органов бр. полости, первагинум

Анализы: цитология пунктата, ан. крови и мочи

Лечение – консервативное, покой, АБ терапия. После нормализации Т° ФТО. Оперативное лечение в плановом порядке через 4 мес.

Эталон ответа к задаче № 2

Диагноз: вправимая правосторонняя бедренная грыжа

Обоснование диагноза: основано на данных анамнеза, данных объективного исследования, клиники.

Диагноз поставлен на данных объективного исследования: + с-м «кашлевого толчка», пальпируемое образование эластической консистенции ниже пупартовой связки справа, меняющий свои размеры в горизонтальном положении

Данные анамнеза: неприятные ощущения при ходьбе, работа связана с физической нагрузкой

Дифференциальная диагностика : паховая грыжа, липома, лимфаденит

Классификация грыжи:

врожденные,приобретенные,вправимые,невправимые,ущемленные,наружные,внутренние

Этиология: слабость апоневроза, физическая нагрузка

Патогенез: расхождение апоневроза

Клиника: описание в задаче.

2. Обследование, лечение в стационаре и последующая реабилитация пациента.

Обследование

Осмотр:

Дополнительные методы обследования (УЗИ и т. д.):

Анализы: ан. крови и мочи

Лечение – оперативное в плановом порядке - грыжесечение

Операция: при отказе от операции – ношение бандажа

После операции -ЛФК .

Эталон ответа к задаче № 3

1.Диагноз: : Острая кишечная непроходимость. Рак прямой кишки?

Обоснование диагноза: Жалобы на схваткообразные боли в животе, неоднократную рвоту кишечным содержимым через каждые пятнадцать минут (рвота сопровождается икотой и мучительной отрыжкой), неотхождение стула и газов.

При обследовании: пульс 60 ударов в 1 минуту, АД 100и70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут неравномерно, увеличена больше левая половина, на глаз видна перистальтика кишечника. При пальпации живота определяется разлитая болезненность. Из анамнеза выяснено, что в течение последних двух лет больного беспокоили запоры, тенезмы, кал имел лентовидную форму, в кале обнаруживалась периодически алая кровь.

Дифференциальная диагностика с опухолью сигмовидной

2. Тактика фельдшера скорой помощи на догоспитальном этапе.

2.1 Обследование:

Жалобы на схваткообразные боли в животе, неоднократную рвоту кишечным содержимым через каждые пятнадцать минут (рвота сопровождается икотой и мучительной отрыжкой), неотхождение стула и газов.

Сбор анамнеза Из анамнеза выяснено, что в течение последних двух лет больного беспокоили запоры, тенезмы, кал имел лентовидную форму, в кале обнаруживалась периодически алая кровь.

Определить общее состояние больного (степень тяжести состояния):

Сознание- ясное, состояние средней тяжести.

Язык суховат, обложен белым налетом.,

Пульс 60 ударов в 1 минуту, АД 100и70 мм.рт.ст..

Осмотр по органам Живот вздут неравномерно, увеличена больше левая половина, на глаз видна перистальтика кишечника. При пальпации живота определяется разлитая болезненность.

2.2. Постановка предположительного ДС, определение объёма неотложной помощи на ДГЭ. Взятие наряда на госпитализацию.

Наряд на госпитализацию в хирургическое отделение

2.3. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

а) введение назогастрального зонда;

б) холод на живот.

2.4. Транспортировка

Госпитализация на носилках. Контроль за витальными функциями.

2.5. Госпитализация

Срочная .

По прибытии – передать больную непосредственно дежурному врачу.

Обследование, лечение в стационаре и последующая реабилитация пациента.

Обследование

1. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.

2. Пальпация и перкуссия органов брюшной полости, выявление ранее перечисленных симптомов.

3. Пальцевое ректальное исследование, позволяющее выявить тонус сфинктера прямой кишки, который бывает понижен при ОКН-симптом Обуховской больницы. Допустим, что на высоте пальца у нашего больного было обнаружено опухолевидное образование, циркулярное, плотное, пропускающее только кончик пальца, что подтвердило бы предположение о раке прямой кишки.

4. Обзорная рентгенография органов брюшной полости позволяет увидеть горизонтальные уровни в раздутых кишечных петлях, так называемые, чаши Клойбера. Кроме того, видим на рентгенограмме ребристость, называемую симптомом “ скелета селедки”, представляющую собой складки слизистой кишки.

5. Рентгенография легких.

6. Осмотр анестезиолога.

Лечение – комплексное.

1. Поскольку при пальцевом ректальном исследовании обнаружена обтурирующая опухоль, проведение консервативных мероприятий не целесообразно.

2. Показано оперативное лечение.

3. В предоперационный период проводится интенсивная инфузионная терапия: 5% р-р глюкозы, дисоль, трисоль, изотонический раствор хлорида натрия, реополиглюкин, гемодез.

4. Подготовка операционного поля, сухое бритье.

5. Премедикация за 30 минут до операции

6. Операцию проводят под многокомпонентным интубационным наркозом.
 7. Операция. Срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, положение двустольной сигмостомы. Кишечное содержимое из центрального отрезка отсасывается. Перед зашиванием брюшной стенки производят анестезию брыжейки тонкой кишки новокаином, тонкая кишка интубируется по Эбботу-Миллеру.
 8. В послеоперационный период продолжается инфузионная терапия (гемодез, полиглюкин, 5% р-р глюкозы, дисоль, трисоль, раствор Рингера- Локка), назначают витамины группы В и С, сердечнососудистые средства, гормональные препараты (преднизолон, гидрокортизон), переливают кровь.
 9. Антибиотикотерапия и сульфаниламидные препараты применяют по схеме ЦАМ (кефзол, гентамицин, метронидазол).
 10. В послеоперационный период восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника стимулируется проведением двусторонних паранефральных блокад, введением прозерина, гипертонических клизм в проксимальный конец колостомы.
 11. Уход за колостомой.
 12. Кормление с третьего дня (бульон, морс, чай, соки), затем включают отварное мясо, рыбу, овощи, хлеб, кефир, яйца.
 13. Профилактика пневмонии: дыхательная гимнастика, через день банки, стимуляция кашлевого рефлекса через микротрахеостому.
 14. В послеоперационный период больной обследуется по органам и системам с целью выявления отдаленных метастазов:
 - а) рентгенография легких;
 - б) УЗИ печени.
- В случае отсутствия метастазов через три месяца показана радикальная операция по удалению опухоли. На первом этапе показана лучевая терапия.

Эталон ответа к задаче № 4 :

1. Диагноз: острый панкреатит.

Обоснование диагноза: Жалобы на выраженные боли в верхних отделах живота тупого опоясывающего характера. Беспокоит мучительная неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Болен около суток после обильного застолья с употреблением алкогольных напитков.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 °С. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Пульс 108 ударов в минуту, АД 100 на 70 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут в верхнем отделе, болезнен при глубокой пальпации в эпигастрии, мягкий, симптом Щеткина- Блюмберга отрицателен.

Дифференциальная диагностика с: перфоративной язвой желудка и 12п. кишки, острый аппендицит, мезентериальный тромбоз.

2. Тактика фельдшера скорой помощи на догоспитальном этапе.

2.1 Обследование:

Жалобы на выраженные боли в верхних отделах живота тупого опоясывающего характера. Беспокоит мучительная неукротимая рвота, не приносящая облегчения

Сбор анамнеза Болен около суток после обильного застолья с употреблением алкогольных напитков.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 °С. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Пульс 108 ударов в минуту, АД 100 на 70 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут в верхнем отделе, болезнен при глубокой пальпации в эпигастрии, мягкий, симптом Щеткина- Блюмберга отрицателен.

2.2. Постановка предположительного ДС, определение объёма неотложной помощи на ДГЭ. Взятие наряда на госпитализацию.

(при взятии наряда на госпитализацию предупредить о состоянии врача Центра)

2.3. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

Доврачебная помощь заключается в транспортировке больного в стационар в положении лежа на спине. Предварительно на эпигастральную область положить пузырь со льдом, ввести назогастральный зонд.

2.4. Транспортировка

Транспортировка больного в стационар в положении лежа на спине.

2.5. Контроль АД, PS, ЧДД, общего состояния.

2.6. Госпитализация

Срочная - стационар должен быть заранее предупрежден о поступлении тяжелой больной.

По прибытии – передать больную непосредственно дежурному врачу.

3. Обследование, лечение в стационаре и последующая реабилитация пациента.

Обследование

общеклиническое обследование;

обзорную рентгенографию органов брюшной полости, на которой выявляются обычно раздутая петля поперечно- ободочной кишки и сглаженность левой пояснично- подвздошной мышцы;

УЗИ поджелудочной железы и органов брюшной полости позволяет выявить изменения в структуре поджелудочной железы, забрюшинной клетчатке, а также наличие жидкости в сальниковой сумке и брюшной полости;

фиброгастродуоденоскопию проводят с целью исключения патологии большого дуоденального соска;

лабораторные методы диагностики:

общий анализ крови (лейкоцитоз и ускоренное СОЭ),

общий анализ мочи (обычно без изменений), биохимический анализ крови на амилазу, трипсин, липазу (значение этих ферментов повышено), анализ мочи на амилазу (диастазу) (значение этого показателя повышено при отечных формах, при деструктивных остается нормальным или понижается).

Моча в лабораторию доставляется теплой.

В связи с экстренностью ситуации специальной подготовки пациента к перечисленным методам исследования не требуется.

Лечение – комплексное.

- постельный режим, холод на эпигастральную область, диета “О”;
- препараты спазмолитического и анальгетического действия (атропин, баралгин, но-шпа, 0,5 % р-р новокаина в/в), с целью обезболивания и восстановления оттока из поджелудочной железы;
- антиферментная терапия (контрикал, гордокс, трасилол);
- в настоящее время широко используется цитостатик- 5 фторурацил, блокирующий образование ферментов поджелудочной железы;
- инфузионная терапия (плазмозамещающие, дезинтоксикационные препараты, регуляторы водно-солевого обмена);
- антибиотикотерапия (группы цефалоспоринов и аминогликозидов) для профилактики гнойных осложнений;
- двусторонняя новокаиновая паранефральная блокада или блокада круглой связки печени;
- при неэффективности консервативной терапии проводится оперативное лечение.

Эталон ответа к задаче № 5

1. Диагноз: Ущемленная правосторонняя паховая грыжа

Обоснование диагноза: данных объективного исследования

+ симптома кашлевого «толчка»

консистенции инфильтрата
отсутствие грыжевых ворот
пальпация передней брюшной стенки
Анамнез – вправимая грыжа и подъем тяжести
Дифференциальная диагностика : бедренная грыжа, аппендикулярный инфильтрат, инвагинация слепой кишки, опухоль, паховый лимфаденит.

2. Тактика фельдшера скорой помощи на догоспитальном этапе.

2.1 Обследование:

Жалобы: сильная боль, рвота, фиксация грыжи

Сбор анамнеза: грыжа в анамнезе, подъем тяжести

Определить общее состояние больного (степень тяжести состояния):

Общее состояние - удовлетворительное

Окраска кожи – бледно-розовая. Язык подсушен и обложен

АД, PS (частота, наполнение), ЧДД, Физиологические отправления.

Осмотр по органам: Асимметрия живота, напряжен в нижних правых отделах, проведение перкуссии над выпячиванием. Перитонеальные симптомы не выявляются.

2.2. Постановка предположительного ДС, определение объёма неотложной помощи на ДГЭ. Взятие наряда на госпитализацию.

Наряд в хирургический стационар

2.3. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

Локальная гипотермия

2.4. Транспортировка

На носилках лежа – контроль за витальными функциями.

Продолжить лечение (какое).

Контроль АД, PS, ЧДД, общего состояния

2.5. Госпитализация

Экстренная

Предупредить стационар о поступающем больном.

По прибытии – передать больную непосредственно дежурному врачу.

3. Обследование, лечение в стационаре и последующая реабилитация пациента.

Обследование

Осмотр - перректум

Дополнительные методы обследования: Анализы крови и мочи

подготовка к экстренной операции – бритье операционного поля, премедикация

Лечение – комплексное.

Операция - грыжесечение

После операции – профилактика гипостатической пневмонии, профилактика ранних и поздних осложнений

В дальнейшем реабилитация ЛФК.

7. Подведение итогов. Выводы

8. Домашнее задание

8.1 Рефераты на тему:

- "Тактика фельдшера при синдроме "Острый живот"."

- "Принципы лечения острого перитонита"

9. Литература:

9.1. Конспект лекции;

9.2. Учебник Э.Д.Рубан.»Хирургия»,Ростов-на-Дону,»Феникс»,2014г,стр.412-473.

Занятие15. Тема Принципы лечения больных с хирургическими заболеваниями мочеполовых органов.

Тип занятия: совершенствование знаний, умений и навыков

Форма проведения: Практическое занятие, клиническая практика

Место проведения занятия: учебная комната, палаты в отделении урологии.

Оснащение занятия: тематические больные с разными видами хирургической патологии мочеполовых органов, набор хирургического инструментария; перевязочный материал, перчатки, слайды, видеофильм

Учебные вопросы практического занятия:

знакомство с методами обследования и лечения больных с хирургической патологией мочеполовых органов;

составление плана обследования и лечения больных с различными заболеваниями мочеполовых органов;

составление набора хирургических инструментов для различных видов операций на мочеполовых органах.

Цели занятия:

Образовательная:

-сформировать у студентов представление о видах хирургических заболеваний мочеполовых органов;

- сформировать у студентов знания по современным принципам профилактики и лечения хирургических заболеваний мочеполовых органов;

Студент должен закрепить знания полученные на анатомии, фармакологии и физиологии.

Студент должен иметь практический опыт и владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза больному с хирургическими заболеваниями мочеполовых органов и последующим направлением его на дополнительное обследование к врачам-специалистам.

Студент должен знать:

- методы обследования больных с хирургической патологией мочеполовых органов;

виды врожденной хирургической патологии мочеполовых органов и методы ее - коррекции;

- основные виды хирургической патологии мочеполовых органов (воспалительные и не воспалительные заболевания, травмы мочеполовых органов), особенности их лечения.

Студент должен уметь:

- интерпретировать результаты клинико-лабораторных данных, инструментальных методов исследования ;

- проводить осмотр пациента с хирургической патологией мочеполовых органов на догоспитальном этапе лечения и в стационаре ЛПУ;

- составлять набор хирургических инструментов для различных урологических оперативных вмешательств;

- расписать план обследования и лечения пациента с хирургическими заболеваниями мочеполовых органов.

Развивающие цели: Развить у студентов умения, которые относятся к общим и профессиональным компетенциям:

ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

- ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.
ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.
ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.
ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом.
ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.
ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.
ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество
ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития
ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями
ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности

Воспитательные цели:

- воспитать аккуратность и внимательность при выполнении работ с больными хирургического профиля;
- воспитать высокую творческую активность при изучении данной темы
- воспитать творческое отношение к избранной профессии.

Межпредметные связи: анатомия, физиология, основы патологии, латинский язык, основы сестринского дела, пропедевтика и диагностика в терапии, педиатрии, акушерстве и гинекологии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть. Организационный момент – предусматривает проверку внешнего вида студентов, подготовку аудитории к занятию и отметка отсутствующих.

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Вспомните, пользуясь своим конспектом, содержание лекции по принципам лечения пациентов с хирургической патологией мочеполовых органов, изучите рекомендуемую литературу, выполните контрольные задания по теме и решите ситуационные задачи

2. Начальная мотивация учебной деятельности.

В своей практической работе фельдшер чаще всего встречается (особенно на скорой помощи) с острой хирургической патологией мочеполовых органов.

Прогноз зависит от характера и тяжести основного заболевания, а также от срока, прошедшего с момента начала заболевания до поступления больного в стационар, его возраста и сопутствующих заболеваний. Прогноз неблагоприятный при запущенных распространенных формах заболеваний.

3. Актуализация опорных знаний студентов с элементами проверки домашнего задания.

Контроль знаний:

Фронтальный опрос

Врожденная патология мочеполовых органов и методы её хирургической коррекции.

Основные виды урологической патологии, вызывающие нарушения мочеотделения.

Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний органов мочеполовых органов.

Доврачебная помощь при неотложных состояниях в урологии: при травмах почек, мочевого пузыря, уретры, наружных половых органов, при почечной колике; при острой задержке мочи, при воспалительных заболеваниях мочевыводящих путей.

Тактика ведения пациента. Участие фельдшера в профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятиях, проводимых пациентам с урологическими заболеваниями.

Подготовка пациентов к урологическим операциям и особенности ухода за ними в послеоперационном периоде. Возможные осложнения в послеоперационном периоде (кровотечения, олигурия, пиурия, анурия) и роль фельдшера в их распознавании и профилактике.

Показания к госпитализации пациента и организация транспортировки в ЛПУ.

Показания и противопоказания к проведению лечебно – диагностических мероприятий.

4. Инструкция по выполнению программы учебного занятия:

5. При проведении заключительной части учебного занятия

Решите ситуационные задачи (приложение). Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий. Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично. Обратите внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой.

5. Изучение нового материала.

5.1. Демонстрация больных по теме.

6. Самостоятельная работа студентов на практическом занятии

6.1 Решение ситуационных задач.

Задание для решения ситуационных задач:

1. Прочитайте условие задачи.
2. Решите предложенные задачи с использованием справочного материала.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

7. Подведение итогов. Выводы

8. Домашнее задание

8.1 Рефераты на тему:

9. Литература:

- 9.1. Конспект лекции;
- 9.2. Учебник Э.Д.Рубан.»Хирургия», Ростов-на-Дону,»Феникс»,2014г,стр.

Занятие 16. Тема Принципы лечения больных с хирургическими заболеваниями и травмами прямой кишки.

Тип занятия: совершенствование знаний, умений и навыков

Форма проведения: Практическое занятие, клиническая практика

Место проведения занятия: учебная комната, палаты в отделении общей хирургии.

Оснащение занятия: тематические больные с разными заболеваниями и травмами прямой кишки, набор хирургического инструментария; перевязочный материал, перчатки, слайды, видеофильм

Учебные вопросы практического занятия:

знакомство с методами обследования и лечения больных с заболеваниями и травмами прямой кишки; составление плана обследования и лечения больных с различными заболеваниями и травмами прямой кишки; составление набора хирургических инструментов для различных видов операций на прямой кишке.

Цели занятия:

Образовательная:

- сформировать у студентов представление о видах заболеваний и травм прямой кишки;
- сформировать у студентов знания по современным принципам профилактики и лечения пациентов с заболеваниями и травмами прямой кишки;

Студент должен закрепить знания полученные на анатомии, фармакологии и физиологии.

Студент должен иметь практический опыт и владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза больному с заболеваниями и травмами прямой кишки и последующим направлением его на дополнительное обследование к врачам-специалистам.

Студент должен знать:

- методы обследования больных с заболеваниями и травмами прямой кишки;
виды врожденной хирургической патологии прямой кишки и методы ее - коррекции;
- основные виды хирургической патологии прямой кишки (воспалительные и не воспалительные заболевания, травмы), особенности их лечения.

Студент должен уметь:

- интерпретировать результаты клинико-лабораторных данных, инструментальных методов исследования;
- проводить осмотр пациента с заболеваниями и травмами прямой кишки на догоспитальном этапе лечения и в стационаре ЛПУ;
- составлять набор хирургических инструментов для различных хирургических вмешательств на прямой кишке;
- расписать план обследования и лечения пациента с заболеваниями и травмами прямой кишки.

Развивающие цели: Развить у студентов умения, которые относятся к общим и профессиональным компетенциям:

ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом.

ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.

ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности

Воспитательные цели:

- воспитать аккуратность и внимательность при выполнении работ с больными хирургического профиля;

- воспитать высокую творческую активность при изучении данной темы

- воспитать творческое отношение к избранной профессии.

Междисциплинарные связи: анатомия, физиология, основы патологии, латинский язык, основы сестринского дела, пропедевтика и диагностика в терапии, педиатрии, акушерстве и гинекологии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть. Организационный момент – предусматривает проверку внешнего вида студентов, подготовку аудитории к занятию и отметка отсутствующих.

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Вспомните, пользуясь своим конспектом, содержание лекции по принципам лечения пациентов с заболеваниями и травмами прямой кишки, изучите рекомендуемую литературу, выполните контрольные задания по теме и решите ситуационные задачи

2. Начальная мотивация учебной деятельности.

3. Актуализация опорных знаний студентов с элементами проверки домашнего задания.

Контроль знаний:

Фронтальный опрос

Доврачебная помощь при травмах прямой кишки и промежности, выпадении слизистой прямой кишки, кровотечении, выпадении и ущемлении геморроидальных узлов; транспортировка больных, принципы лечения.

Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ухода за больными после операций на прямой кишке. Особенности ухода за больными с колостомой. Особенности асептики и перевязочной техники в проктологии.

под руководством преподавателя студенты изучают первую помощь при травмах и инородных телах прямой кишки, первую помощь при кровоточащем и ущемленном геморрое, почечной колике, травмах почки; принципы лечения, особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ухода при хирургических заболеваниях прямой кишки и органах мочевого выделения;

- составляют план обследования и лечения больных при хирургических заболеваниях прямой кишки;

- изучают особенности асептики и перевязочной техники в проктологии, урологии;

- наблюдают и разбирают тактику ведения больных с различными видами хирургической патологии прямой кишки и мочеполовых органов;

- участвуют в подготовке больных к рентгенологическим, эндоскопическим исследованиям и операциям при хирургической патологии прямой кишки и мочеполовых органах;

- участвуют в перевязках проктологических и урологических больных;

обучают пациента и его родственников уходу за колостомой, эпицистостомой.

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

7. Подведение итогов. Выводы

8. Домашнее задание

8.1 Рефераты на тему:

9. Литература:

9.1. Конспект лекции;

9.2. Учебник Э.Д.Рубан. «Хирургия», Ростов-на-Дону, «Феникс», 2014 г, стр..

2.3. МДК.02.03 ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ТЕМА ЗАНЯТИЯ. Преэклампсия. Тактика ведения беременных. Лечение раннего токсикоза и преэклампсии.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ. Овладеть знаниями алгоритмов лечения преэклампсии, особенностей родоразрешения, реабилитации и профилактики преэклампсии.

Студент должен знать: Группу риска по развитию преэклампсии. Классификацию преэклампсии, Этиологию и патогенез развития преэклампсии. Принципы терапии и оказания экстренной помощи. Осложнения преэклампсии и оказание экстренной помощи. Возможности профилактики преэклампсии и реабилитация после родоразрешения. **Уметь:** Диагностировать преэклампсию на ранних стадиях его развития. Определить степень тяжести. Провести дифференциальную диагностику с экстрагенитальной патологией (гипертоническая болезнь, заболевания почек, эндокринная патология и др.) Выбрать обоснованную тактику ведения беременности и патогенетическую терапию в зависимости от степени тяжести преэклампсии. Оказать экстренную помощь при приступе эклампсии.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ

1. Досрочное родоразрешение показано при наличии
 - а) Экламптической комы
 - б) анурии
 - в) преэклампсии тяжелой степени
 - г) всего перечисленного
 - д) ничего из перечисленного.
2. При эклампсии тяжелой степени следует
 - а) срочно произвести родоразрешение
 - б) срочно произвести гемотрансфузию
 - в) немедленно произвести пламоферез
 - г) подготовить к родоразрешению через 2-3 дня
 - д) подготовить к родоразрешению через 5-7 дней.
3. Для профилактики развития преэклампсии целесообразно применение
 - а) полиненасыщенных жирных кислот
 - б) жиров высокой плотности
 - в) витаминотерапия
 - г) препаратов кальция.
- Д) ацетилсалициловая кислота
4. Лечение преэклампсии направлено
 - а) на нормализацию микроциркуляции
 - б) на нормализацию гемодинамики
 - в) на ликвидацию гиповолемии
 - г) на ликвидацию гипопроотеинемии
 - д) на все перечисленное.
5. Ухудшение состояния роженицы с преэклампсией в родах является основанием
 - а) для более быстрого родоразрешения вплоть до операции кесарева сечения
 - б) для более активной стимуляции родовой деятельности
 - в) для рассечения шейки матки и применения вакуум-экстракции плода
 - г) ни для чего из перечисленного.
 - д) родоразрешение операцией кесарева сечения

Задачи:

1. У роженицы с преэклампсией средней тяжести при открытии шейки матки на 3-4 см появились признаки преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. АД - 150/100 - 140/90 мм рт. ст. Пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный. Сердцебиение плода 160 ударов в минуту. Тактика?

- а) вскрытие плодного пузыря и родостимуляция окситоцином
- б) стимуляция родовой деятельности простагландином
- в) применение спазмолитиков или токолитиков
- г) родоразрешение операцией кесарева сечения

2. У роженицы с длительно текущей преэклампсией средней степени при беременности 32-34 недели началась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Плод погиб. Тактика?

- а) интенсивная терапия и родовозбуждение
- б) роды вести через естественные родовые пути с последующей плодоразрушающей операцией
- в) операция кесарева сечения по жизненным показаниям со стороны матери
- г) срочно применить спазмолитики и токолитики с последующим родоускорением.

3. Роженица доставлена в род. дом во втором периоде родов. Беременность доношенная. Дома был приступ эклампсии. Отеки, гипертензия и протеинурия с 30 недель беременности. АД - 150/100 - 160/110 мм рт. ст. Головка плода на тазовом дне. Сердцебиение плода - 160 ударов в минуту.

Тактика?

4. Беременная в сроке 34 недели перенесла дома приступ эклампсии. При поступлении в родильный дом АД - 150/100 мм рт. ст. Предполагаемая масса плода - 1500 г. Пастозность лица и голеней. Белок в моче - 0,66%. Родовые пути к родам не готовы. Начата интенсивная комплексная терапия. Тактика?

5. Беременность 37 недель. Преэклампсия средней степени тяжести. Предполагаемая масса плода - 2200 г. Шейка матки к родам не готова. Констатирована прогрессирующая хроническая гипоксия плода. Тактика?

6. У роженицы 23 лет в первом периоде родов появились судороги. Кожные покровы бледные. АД 160/100 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин. Сердцебиение плода приглушенное, 110 уд/мин. Влагалищное исследование: открытие маточного зева 3-4 см, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз.

1. Ваш диагноз? 2. Какова тактика дальнейшего ведения родов?

Вопросы

Патогенез преэклампсии представить в виде графологической схемы.

Исходя из патогенеза изучить клинические симптомы преэклампсии.

Ранние лабораторные признаки преэклампсии.

Классификация преэклампсии. Степени тяжести.

Объем обследования и дифференциальная диагностика.

Тактика ведения беременности и принципы комплексной патогенетически обоснованной терапии в зависимости от степени тяжести и типа гемодинамики.

Принципы родоразрешения беременных с преэклампсией.

Осложнения преэклампсии.

Последовательность экстренной помощи при тяжелой преэклампсии. Принципы терапии эклампсии Строганова.

Возможности профилактики преэклампсии.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ. Неправильные положения и предлежания плода. Тактика ведения, оказание помощи.

Цель занятия

Задания для практического выполнения

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ПОКАЗАНИЯМИ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ

1) пороки развития плода

2) крупный плод

3) анатомически узкий таз

4) смешанное ягодичное предлежание

2. ТРЕТИЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

1) опускание ягодиц

2) внутренний поворот ягодиц

3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища

4) врезывание ягодиц

3. В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ВОЗМОЖНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

1) первичная слабость родовой деятельности

2) раннее излитие околоплодных вод

3) выпадение петель пуповины

4) разгибание головки плода

4. ПРИ СМЕШАННОМ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПОКАЗАНО

1) наложение акушерских щипцов

2) краниотомия

3) классическое ручное пособие

4) классический акушерский поворот

5. ТАКТИКА ВРАЧА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА НА НОЖКУ

1) ведут роды по методу Цовьянова

2) выполняют кесарево сечение

3) производят плодоразрушающую операцию

4) выполняют экстракцию плода за тазовый конец

6. К ПРИЧИНАМ ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) анемия

2) преэклампсия

3) кольпит

4) многоводие

7. ЯГОДИЦЫ И СТОПКИ ПЛОДА ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

1) чисто ягодичном предлежании

2) смешанном ягодичном предлежании

3) полном ножном предлежании

4) неполном ножном предлежании

8. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТСЯ

при постановке диагноза

за две недели до предполагаемого срока родов

в сорок недель

с началом родовой деятельности

9. ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

повышение артериального давления

преждевременное излитие вод и выпадение петель пуповины

бурная родовая деятельность
повышение температуры тела

10. ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ У ПЛОДА МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ

запрокидывание ручек
разгибание головки
перелом костей черепа

травма шейного отдела позвоночника

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

В родильное отделение поступила первородящая 17-ти лет с доношенной беременностью, без родовой деятельности, с излитием околоплодных вод два часа тому назад. На учете в женской консультации с 28 недель. Общая прибавка в весе – 13 кг, неравномерная, особенно за последние три недели. Данная беременность - первая. На учете в женской консультации с 28 недель, посещения нерегулярные. При поступлении: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, АД 140/100, 145/105 мм рт. ст., рост 162 см, вес 73 кг. Отеки нижних и верхних конечностей. Размеры таза: 26-28-30-19 см. Окружность Соловьева - 13,5 см. Ромб Михаэлиса 10x10 см. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. При влагалищном исследовании диагностировано тазовое предлежание плода. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Подтекают светлые воды.

ДИАГНОЗ, ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Задача № 2

Роженица В., 38 лет, направлена в родильный дом при беременности сроком 38 недель спустя 6 ч от начала регулярных схваток. Предыдущие пять беременностей закончились срочными родами. Четверо первых детей родились в головном предлежании, а пятый - в тазовом. Все дети живы. Настоящая беременность протекала без осложнений. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не выявлено. Размеры таза: 26 – 29 – 32 - 21. Окружность живота - 109 см, высота стояния дна матки над лоном - 29 см. Живот отвислый, округлой формы. Предлежащая часть не пальпируется. Крупная, плотная баллотированная часть плода определяется слева, выше гребня подвздошной кости, другая – справа, ниже гребня подвздошной кости. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, ясное, ритмичное, 140 уд./мин. Околоплодные воды не изливались. Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, раскрытие маточного зева на 8 см. Плодный пузырь цел, напрягается во время схваток. Предлежащая часть плода не определяется. Мыс не достигим. Деформации костей таза не выявлено.

ДИАГНОЗ, ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Вопросы для семинарского занятия.

Определение понятия "тазовое предлежание плода".

Классификация тазовых предлежаний плода.

Частота тазового предлежания плода.

Этиология тазовых предлежаний плода.

Диагностика тазовых предлежаний плода.

Моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода.

Особенности течения беременности при тазовом предлежании плода.

Особенности течения и осложнения первого периода родов при тазовом предлежании плода.

Особенности течения и осложнения второго периода родов при тазовом предлежании плода.

10) Современные показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода.

11) Методы ручных пособий, применяемых в родах при тазовых предлежаниях плода.

12) Осложнения, возникающие при оказании пособий по Цовьянову в родах при тазовом предлежании плода.

13) Классическое акушерское пособие при тазовом предлежании плода.

14) Этиология неправильных положений плода.

15) Методы диагностики неправильных положений плода.

16) Осложнения во время беременности и в родах при неправильных положениях плода.

17) Наружный поворот при поперечных и косых положениях плода. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения.

18) Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот при полном открытии маточного зева. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения.

19) Наружно-внутренний поворот при неполном открытии шейки матки по Брекстон-Гиксу.

20) Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения.

21) Комплексы гимнастических упражнений, исправляющих неправильные положения и тазовые предлежания плода.

Операции извлечения плода за тазовый конец. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание.

Запущенное поперечное положение плода, этиология, клиника, диагностика, методы родоразрешения.

Экстрагенитальная патология и беременность. динамическое наблюдения за беременными с экстрагенитальной патологией. тактика ведения.

Цель занятия:

Студент должен знать - физиологические изменения при беременности в сердечно-сосудистой и легочном системах организма. Патогенез физиологической анемии, дифференциальный диагноз с патологической. Тактику ведения беременной в женской консультации. Противопоказания для вынашивания беременности при пороках сердца. Препараты и методы оказания неотложной помощи при недостаточности кровообращения. Уметь: Выявить характерные для ревматизма и пороков сердца жалобы. Находить признаки недостаточности кровообращения. Уметь проанализировать анамнестические, объективные и лабораторные данные, результаты дополнительных методов обследования. Выбрать и обосновать рациональную тактику ведения беременности, родов и послеродового периода.

Задания для практического выполнения

ЗАДАЧА

29.03.95 машиной скорой помощи в родильный дом доставлена беременная женщина с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при небольшой физической нагрузке, боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку. В анамнезе: в 1992 году перенесла активный ревматизм, через год повторная атака. Первая беременность год назад прервана по медицинским показаниям на раннем сроке. По поводу данной беременности на учете в женской консультации не состояла. Последняя мепируация 31.08. - 3.09.94 первое шевеление плода - 18.01.95. Объективно: положение вынужденное - полусидячее, кожные покровы бледные, акроцианоз, пастозность голеней. Тахипноэ 24-26 в минуту, усиливающийся при движении. PS 96 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Над нижними долями легких выслушиваются единичные влажные хрипы. Границы сердца: левая - по срединно-ключичной линии, правая - на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя - 11 межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, пальпируется "кошачье мурлыканье". На верхушке хлопающий 1 тон, диастолический шум, акцент II

тона на легочной артерии. Матка с чёткими контурами, не возбудима, дно ее на 23 см над лоном. Головка баллотирует по правому ребру, сердцебиение приглушено, ритмичное 142 в 1 мин.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ:

На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 100 в 1 мин., электрическая ось отклонена вправо, зубец Р расширен в I и II отведениях, двухфазный в III; смещение вниз интервала S-T и отрицательный зубец T во II и III стандартных отведениях. На R-грамме органов грудной полости: усиление сосудистого рисунка и сгущение теней корней легких; гипертрофия левого предсердия и правого желудочка сердца. В анализе крови: НЬ - 98 г/л, L - 11 тыс., с плейтофильным сдвигом формулы влево; СОЭ-50 мм/час, СРБ ++, фибриноген - 5,2 г/л. При УЗИ матки: плод соответствует 26 неделям беременности, относительное МЮ го вод не, признаки в/у гипоксии плода средней ст. тяжести.

Какой срок беременности? На фоне какой экстрагенитальной патологии развивается беременность? Критические сроки в течении беременности на фоне данной экстрагенитальной патологии, с чем они связаны? Какой порок сердца имеется у беременной? Имеется ли недостаточность кровообращения? При каких заболеваниях сердца вынашивание беременности недопустимо?

Тактика ведения беременных с ревматическими пороками сердца в женской консультации.

Лечебная тактика при ситуации, изложенной в задаче.

Возможно ли проведение кардиохирургического лечения?

Показана ли тяжесть на живот роженицы при этой форме порока и почему?

Вопросы для семинарского занятия.

1. Назовите адаптационно-физиологические изменения в сердечно-сосудистой системе женщины при беременности в 1,2 и 3-м триместрах.

Критические сроки беременности для сердечно-сосудистой системы.

Частота ревматизма, приобретенных и врожденных пороков сердца.

Дайте классификацию хронической сердечной недостаточности. Какие начальные симптомы недостаточности кровообращения?

Патогенез и проявления левожелудочковой недостаточности.

Патогенез и проявления правожелудочковой недостаточности.

Патогенез гипоксии при недостаточности кровообращения.

Представьте схему лечения недостаточности кровообращения.

Патологические состояния во время беременности (невынашивание, перенашивание, кровотечения, ФПН) тактика ведения.

Цель занятия:

Задания для практического выполнения

Вопросы для семинарского занятия.

- 1) Физиологические особенности расположения плаценты.
- 2) Определение понятия предлежания плаценты, частота встречаемости.
- 3) Этиология и патогенез предлежания плаценты. Классификация предлежания плаценты.
- 4) Понятие миграции плаценты.
- 5) Особенности клинической картины предлежания плаценты. Возможные осложнения течения беременности и родов.
- 6) Диагностика предлежания плаценты во время беременности и в родах. Дифференциальная диагностика предлежания плаценты.
- 7) Тактика ведения пациентки с предлежанием плаценты в женской консультации. Тактика ведения пациентки с предлежанием плаценты в стационаре на различных сроках гестации в зависимости от акушерской ситуации.
- 8) Группа риска по возникновению данной патологии и меры профилактики этого состояния.
- 9) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, понятие, частота встречаемости. Классификация преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
- 10) Этиология и патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
- 11) Клиническая картина и диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Дифференциальная диагностика ПОНРП.
- 12) Выбор метода ведения при ПОНРП в зависимости от акушерской ситуации.
- 13) Группа риска по возникновению данной патологии. Профилактика ПОНРП.

Оказание помощи при аномалиях родовой деятельности. асфиксия новорожденных. Оказание неотложной помощи.

Цель занятия

Задания для практического выполнения

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ I ПЕРИОДА У ПЕРВОРОДЯЩЕЙ

- 1) 2-4 часа
- 2) 4-6 часа
- 3) 10-12 часов
- 4) 18-20 часов

2. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ II-ГО ПЕРИОДА У ПОВТОРНОРОДЯЩЕЙ

- 1) 15 минут
- 2) 1 час
- 3) 2 часа
- 4) 8 часов

3. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ВСКРЫТИЕ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ ПРОИСХОДИТ

- 1) во время беременности
- 2) с началом родовой деятельности
- 3) при раскрытии шейки матки на 4-5 см
- 4) при полном раскрытии шейки матки

4. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ 2 ПЕРИОДА У ПЕРВОРОДЯЩИХ

- 1) 15 минут
- 2) 30 минут
- 3) 1 час
- 4) 2 часа

5. ДЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО

- 1) незрелая шейка матки
- 2) отсутствие структурных изменений шейки матки
- 3) высокое расположение предлежащей части плода

4) наличие структурных изменений шейки матки
6.К ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ

- 1) гипотония матки
- 2) чрезмерная родовая деятельность
- 3) гипертонус нижнего сегмента
- 4) слабость потуг

7.ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ригидность шейки матки
- 2) снижение уровня эндогенных простагландинов
- 3) несоответствие между размерами головки плода и тазом матери
- 4) длительный прелиминарный период

9. В КОМПЛЕКСНЫХ СХЕМАХ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) окситоцин
- 2) АТФ, сигетин
- 3) глюкозу
- 4) галаскорбин, аскорбиновую кислоту

10. ЗАМЕДЛЕНИЕ СКОРОСТИ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

- 1) о слабости родовой деятельности
- 2) о дискоординации родовой деятельности
- 3) о преждевременных родах
- 4) о ригидности шейки матки

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Беременная 38 лет обратилась в родильное отделение с жалобами на отхождение вод 3 часа тому назад. Беременность 5-ая, доношенная, предстоят 3-ьи роды, в анамнезе 2 аборта без осложнений. Беременность протекала без осложнений. Состояние удовлетворительное. АД – 120/70 и 120/80 мм.рт. ст.

Отеков нет. Размеры таза: 25, 28, 31, 20. ВДМ - 38 см, ОЖ - 101 см. Положение плода продольное, предлежащая головка подвижная над входом в таз. Сердцебиение плода 140 уд.в мин., ясное, ритмичное. Влагалищное исследование: влагалище розавшей. Шейка матки укорочена до 1,5 см, мягкая, по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для 2 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка над 1-ой тазовой плоскостью, мыс не достижим. Емкость таза достаточная, подтекают светлые воды в умеренном количестве.

ДИАГНОЗ, АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Задача № 2.

Первородящая 32 лет, беременность доношенная. В родах 12 часов. Ночь не спала, чувствует себя утомленной. Схватки через 5-6 минут, по 20-25 секунд, слабой силы. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец над входом в малый таз. С/биение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева толстые, плохо растяжимые. Открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежит ягодицы плода над входом в малый таз. Мыс не достижим.

ДИАГНОЗ, АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Вопросы к семинарскому занятию

- 1) Современное представление о физиологии родовой деятельности.
- 2) Подготовительный период, понятие о готовности матки к родам.
- 3) Физиологическое значение, клиника прелиминарного периода.
- 4) Характеристика физиологической родовой деятельности.
- 5) Классификация АСДМ.
- 6) Причины АСДМ.
- 7) Группа риска развития АСДМ.
- 8) Патологический прелиминарный период: клиника, диагностика, лечение.
- 9) Слабость родовой деятельности: классификация, клиника, диагностика, влияние на плод; лечение первичной слабости родовой деятельности, акушерская тактика при вторичной слабости родовой деятельности; показания для оперативного родоразрешения.
- 10) Дискоординированная родовая деятельность: виды, причины, клиника, виды диагностики, принцип лечения.
- 11) Профилактика АСДМ.

6. Особенности ведения родов при аномалиях таза.

Клинически узкий таз.

Цель занятия

Задания для практического выполнения

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. РАЗМЕРЫ НОРМАЛЬНОГО ТАЗА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 25 (26) – 28 (29) – 30 (31) – 20
- 2) 24 (25) – 25 (26) – 28 (29) – 20
- 3) 26 – 29 – 30 – 18
- 4) 26 – 26 – 31 – 17

2. РАЗМЕРЫ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОГО ТАЗА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 25 (26) – 28 (29) – 30 (31) – 20
- 2) 24 (25) – 25 (26) – 28 (29) – 20
- 3) 23 – 26 – 29 – 18
- 4) 26 – 26 – 31 – 17

3. РАЗМЕРЫ ПЛОСКО- РАХИТИЧЕСКОГО ТАЗА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 25 (26) – 28 (29) – 30 (31) – 20
- 2) 24 (25) – 25 (26) – 28 (29) – 20

3) 26 – 29 – 30 – 18

4) 26 – 26 – 31 – 17

4. РАЗМЕРЫ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОГО ТАЗА СОСТАВЛЯЮТ

1) 25 (26) – 28 (29) – 30 (31) – 20

2) 24 (25) – 25 (26) – 28 (29) – 20

3) 26 – 29 – 30 – 18

4) 26 – 26 – 31 – 17

5. ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) положительный признак Вастена

2) преждевременное появление неэффективных потуг

3) отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности

4) дистресс плода

6. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ФОРМАМ УЗКОГО ТАЗА ОТНОСЯТ

1) кососмещенный

2) кососуженный

3) таз, суженный экзостозами

4) поперечносуженный

7. РАЗМЕРЫ ПЛОСКОГО ТАЗА СОСТАВЛЯЮТ

1) 25 (26) – 28 (29) – 30 (31) – 20

2) 24 (25) – 25 (26) – 28 (29) – 20

3) 26 – 29 – 30 – 18

4) 26 – 26 – 31 – 17

8. КОСЫЕ РАЗМЕРЫ ТАЗА ЭТО

1) расстояние между передне-верхней и задне-верхней осью

2) расстояние от правой передне-верхней ости до левой задне-верхней ости

3) расстояние от верхнего угла ромба Михаэлиса до лона

4) межвертельное расстояние

9. К АКУШЕРСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ ОТНОСЯТ

1) несвоевременное излитие околоплодных вод

2) аномалии родовой деятельности

3) хроническая внутриутробная гипоксия плода

4) родовой травматизм матери и плода

10. О СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ СУДЯТ ПО РАЗМЕРАМ

1) истинной конъюгаты

2) диагональной конъюгаты

3) наружной конъюгаты

4) индексу Соловьева

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Роженица 30 лет. Из анамнеза выяснено: ходить начала около 2-х лет, росла болезненным ребенком, перенесла почти все детские инфекции. Роды вторые. Первые роды, со слов женщины были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой, вес его 3200 г. Рост женщины 152 см. Имеется небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза: 26-27-30-17,5 см. Индекс Соловьева 15 см. Предполагаемый вес плода 3500 г.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Задача №2

Повторнородящая 28 лет поступила в родильный дом по поводу схваток, начавшихся 8 часов назад. Первая беременность закончилась рождением мертвого ребенка весом 3270 г. При вторых родах по поводу клинически узкого таза произведена операция кесарево сечение. Ребенок массой 3500, жив. Настоящая беременность третья, доношенная. Живот отвислый, по средней линии живота – послеоперационный рубец. ОЖ – 103 см., ВДМ – 37 см. Ромб Михаэлиса – 9,5 x 11 см. Размеры таза: 26-27-31-17 см. Индекс Соловьева 15 см. Положение плода – продольное, вторая позиция, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, 134 уд.в мин., справа ниже пупка. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, маточный зев проходим для 4 см. Плодный пузырь цел, натянут на головке. Предлежит головка над I тазовой плоскостью. Мыс достигим

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Вопросы к семинарскому занятию

1) Понятие об анатомически и клинически узком тазе

2) Классификации анатомически узких тазов по форме и степени сужения, классификация по Калгановой

3) Факторы, способствующие возникновению анатомически узкого таза

4) Диагностика анатомически узкого таза

5) Течение беременности и родов при анатомически узком тазе

6) Осложнения для матери и плода

7) Особенности биомеханизма родов при различных формах анатомически узкого таза

8) Ведение беременности и родов при различных формах анатомически узкого таза

9) Клинически узкий таз

10) Профилактика узкого таза

7.Кровотечения в родах и раннем послеродовом периодах. Оказание неотложной помощи.

Цель занятия

Задания для практического выполнения

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ОБЪЁМ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОЙ КРОВОПОТЕРИ ОТ МАССЫ ТЕЛА У ЗДОРОВОЙ РОЖЕНИЦЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0,1 % массы тела
- 2) 0,5 % массы тела
- 3) 1%
- 4) 0,25%

2. К ПРИЧИНАМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) плотное прикрепление плаценты
- 2) истинное вращение плаценты
- 3) разрывы мягких тканей родовых путей
- 4) анемия

3. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ МЕРОПРИЯТИЙ

- 1) выделение группы риска
- 2) бережного ведения родов
- 3) введение утеротоников в конце второго периода родов
- 4) обезболивание во втором периоде родов с помощью ингаляционных анестетиков

4. ПОКАЗАНИЕМ К РУЧНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОЛОСТИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дефект последа
- 2) разрыв шейки матки второй степени
- 3) сомнение в целостности последа
- 4) рубец на матке

5. К ПРИЧИНАМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) травма мягких родовых путей
- 2) гипотония матки
- 3) задержка частей последа
- 4) нарушение в системе гемостаза
- 5) раннее излитие околоплодных вод

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) окситоцин
- 2) папаверин
- 3) прегнантол
- 4) сорбифер
- 5) хинин

7. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ И НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕОБХОДИМО

- 1) ручное отделение плаценты
- 2) провести наружный массаж матки
- 3) выделить послед наружными приемами
- 4) ввести сокращающие матку средства
- 5) холод на низ живота

8. ДЛЯ ПОЛНОГО ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода
 - 2) небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
 - 3) острый ДВС-синдром
 - 4) отсутствие кровянистых выделений из половых путей в раннем послеродовом периоде
9. ФАКТОРЫ ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОТДЕЛЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ
- 1) маточные схватки
 - 2) ретроплацентарная гематома
 - 3) состояние свертывающей системы крови
 - 4) сокращение объема матки после рождения плода

10. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС - ЭТО ЧАСТНОЕ ОТ ДЕЛЕНИЯ

- 1) частоты пульса на показатель систолического АД
- 2) частоты пульса на показатель диастолического АД
- 3) суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса
- 4) показатель систолического АД на частоту пульса

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Родильница 28 лет. Роды вторые. Первые роды протекали без осложнений, масса плода 4500,0. Беременность шестая (аборт, осложненные эндометритом). Послед отделился и выделился самостоятельно через 7 мин после рождения плода, цел. Кровопотеря 350 мл. Через 5 мин кровяные выделения усилились, при наружном массаже матка мягкая, сокращается и вновь расслабляется, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ, НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Задача №2

Роженице 35 лет. В III периоде родов через десять минут после рождения ребенка началось кровотечение, признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря 350 мл и продолжается

ДИАГНОЗ, НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Вопросы для семинарского занятия.

- 1) Причины кровотечения в послеродовом периоде.
- 2) Группы риска по кровотечению в послеродовом и раннем послеродовом периоде.
- 3) Клиника, диагностика кровотечения в послеродовом периоде.

- 4) Профилактика кровотечения в родах и определение объема допустимой кровопотери.
- 5) Особенности ведения третьего периода родов.
- 6) Акушерская тактика при послеродовом кровотечении.
- 7) Причины кровотечения в раннем послеродовом периоде.
- 8) Клиника, диагностика раннего послеродового кровотечения.
- 9) Алгоритм оказания помощи при раннем послеродовом гипотоническом кровотечении.
- 10) Клиническая картина и принципы лечения геморрагического шока.

8. Гнойно-септические послеродовые заболевания. тактика ведения. реабилитация.

Цель занятия

Задания для практического выполнения

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

- 1) безводный промежуток более 12 ч.
- 2) многократные влагалищные исследования
- 3) многоплодие
- 4) хориоамнионит в родах

2. КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ЭНДОМЕТРИТА ПРОЯВЛЯЕТ СЕБЯ

- 1) на 1 – 5 сутки после родов
- 2) на 5 – 12 сутки после родов
- 3) на 4 – 6 неделе после родов

3. К УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКАМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РАНЫ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1) нечеткие гиперэхогенные образования в области лигатур;
- 2) линейные гиперэхогенные образования;
- 3) появление дефекта ткани в виде ниши;
- 4) увеличение размеров матки

4. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА СЧИТАЮТ

- 1) субинволюция матки, симптомы интоксикации
- 2) лейкоцитоз; повышение СОЭ

5. ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) раннее прикладывание к груди новорожденного
- 2) искусственное вскармливание
- 3) совместное пребывание матери и ребенка
- 4) ранняя выписка из род. дома

6. ВОЗБУДИТЕЛЬ, ДОМИНИРУЮЩИЙ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ МАСТИТЕ

- 1) гемолитический стрептококк
- 2) золотистый стафилококк
- 3) протей
- 4) кишечная палочка

7. К I ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ САЗОНОВА-БАРТЕЛЬСОНА ОТНОСЯТ

- 1) эндометрит
- 2) перитонит
- 3) параметрит
- 4) сепсис

8. КО II ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ САЗОНОВА-БАРТЕЛЬСОНА ОТНОСЯТ

- 1) эндометрит
- 2) перитонит
- 3) метроэндометрит
- 4) сепсис

9. К III ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ САЗОНОВА-БАРТЕЛЬСОНА ОТНОСЯТ

- 1) эндометрит
- 2) перитонит
- 3) метроэндометрит
- 4) сепсис

10. К IV ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ САЗОНОВА-БАРТЕЛЬСОНА ОТНОСЯТ

- 1) эндометрит
- 2) перитонит
- 3) метроэндометрит
- 4) сепсис

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Роды первые, срочные. Дородовое излитие вод. Продолжительность родов 10 часов 30 минут. Безводный промежуток 12 часов 30 минут. С III триместра отмечено снижение гемоглобина до 95 г/л. На 4-е сутки после родов поднялась температура до 38-39 °С, появились тахикардия, озноб. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Молочные железы мягкие, соски чистые, отток хороший. Тело матки на 2 см ниже пупка, мягкой консистенции, болезненное при пальпации. Лохии - мутные с запахом. **ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ**

Задача № 2

Во время обхода на 4-е сутки после первых срочных родов крупным плодом родильница предъявляет жалобы на боль и жжение в области вульвы. Температура 36,9 °С, АД 115/70 мм рт. ст. При осмотре в нижней трети правой боковой стенки влагалища обнаружена раневая поверхность до 2-х см, покрытая грязно-серым налетом, с трудом снимающимся с подлежащей ткани. Рана легко кровоточит, ткани вокруг нее - отечные и гиперемированные.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Вопросы для семинарского занятия.

Этиологические факторы послеродовых инфекционных заболеваний и их особенности.

Физиологические барьеры женского полового тракта.

Особенности гуморального и клеточного иммунитета у беременных и родильниц.

4) Особенности родового тракта у родильниц, способствующие возникновению послеродовых инфекционных заболеваний.

5) Факторы, возникающие во время беременности и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.

6) Факторы, возникающие в родах и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.

7) Факторы послеродового периода, способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.

8) Классификация послеродовых инфекционных заболеваний.

9) Клиническая картина послеродового эндометрита.

10) Клиническая картина послеродового тромбоза вен.

11) Послеродовые заболевания молочных желез: трещины, патологический лактозастаз, мастит. Клиника, диагностика, лечение.

12) Диагностика послеродового пельвиоперитонита.

13) Основные принципы лечения послеродовых инфекционных заболеваний.

14) Профилактика послеродовых инфекционных заболеваний.

9. Воспалительные заболевания Женских половых органов. Тактика ведения. Профилактика, реабилитация.

Цель занятия. Усвоить на уровне воспроизведения по памяти эпидемиологию, этиологию, патогенез, классификацию, клинику, принципы лечения острых воспалительных заболеваний половых органов.

Овладеть навыками клинического обследования (сбор анамнеза, осмотр, обследование органов малого таза, забор мазков из влагалища, цервикального канала, уретры на степень чистоты), интерпретации результатов лабораторных исследований (ОАМ, ОАК, анализ мазка, бактериологическое исследование) постановки диагноза, выбора метода лечения и профилактических мероприятий при различных формах острых воспалительных заболеваний женских половых органов

Задания для практического выполнения.

1. Какое влияние оказывают палочки Дедерлейна (лактобациллы) на микрофлору влагалища:

Препятствуют развитию патогенной флоры

Способствуют развитию патогенной флоры

Не влияют на микрофлору влагалища

2. Устойчивость половых органов к воздействию патогенных микроорганизмов снижена:

в фолликулярную фазу менструального цикла

в фазу овуляции

в лютеиновую фазу менструального цикла

3. Термин «сальпингофорит» обозначает:

Воспаление матки

Воспаление придатков матки

Воспаление околоматочной клетчатки

Воспаление шейки матки

4. Термин «эндоцервицит» обозначает:

Воспаление слизистой влагалища

Воспаление слизистой матки

Воспаление парауретральных ходов

Воспаление слизистой канала шейки матки

5. Симптомы пельвиоперитонита:

Высокая температура

Резкая боль внизу живота

Множественная рвота

Мягкий живот при пальпации

Положительный симптом Щеткина – Блюмберга

6. Острое воспаление придатков матки может осложниться:

Переходом в хроническую форму

Генерализацией инфекции с развитием перитонита

Абсцедированием

Формированием синдрома хронических тазовых болей

7. Укажите метод лечения при разрыве пиосальпинкса:

Консервативное

Ограничиться введением антибиотиков при пункции заднего свода

Экстирпация матки с придатками

Удаление пораженной трубы.

8. При каком соматическом заболевании часто наблюдается хронический вульвит:

Ревматизм

Хронический холецистит

Бронхиальная астма

Сахарный диабет

Хронический бронхит

Решение ситуационных задач.

Задача №1. Больная О., 29 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость, боли внизу живота. Анамнез: Искусственный аборт произведен 8 дней тому назад. Выписана из стационара на следующий день после аборта. Объективное обследование: общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 92 уд./мин, ритмичны. АД - 120/70 мм рт. ст. Температура тела 38,2°. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, несколько болезненный над лоном. Симптомы раздражения брюшины не выявлены. Осмотр при помощи зеркала: из цервикального канала отходят обильные гнойные выделения. При влагалищном исследовании: наружный зев закрыт. Тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Влагалищные своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

1. Диагноз?

2. План лечения?

Задача №2. Больная, 26 лет, доставлена машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингооофорит в течение 6 лет с частыми обострениями, по поводу которых неоднократно лечилась в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения. При поступлении: состояние удовлетворительное, пульс 88 ударов в минуту, температура 37,6. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании - смещение за шейку матки резко болезненно, тело матки нормальных размеров, ограничено подвижно, чувствительно при пальпации. Правые придатки не определяются. Слева и несколько кзади пальпируется образование, ограничено подвижно, резко болезненно, плотной консистенции, с участками размягчения, размером 4х9 см.

Диагноз?

План ведения?

Лечение.

Задача №3. Больная, 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, высокую температуру. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация - 2 дня назад. Заболела остро после случайной половой связи. Появились боли внизу живота, озноб, температура 39°C. При пальпации живот резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. При влагалищном исследовании матки и придатков четко не контурируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц живота. Выделения обильные, гнойные.

Предварительный диагноз

Дополнительные методы обследования

Лечение

Задача №4. Больная З., 55 лет обратилась к участковому акушеру-гинекологу с жалобами на зуд, жжение в области наружных половых органов, общее недомогание. Из анамнеза: в течение 8 лет страдает сахарным диабетом. Менструаций нет в течение последнего года. Половой жизнью в настоящее время не живет. В анамнезе две беременности: одни роды и один медицинский аборт без осложнений. Гинекологический статус: Наружные половые органы гиперемированы, отечны, обложены сероватым налетом. В зеркалах: Стенки влагалища и шейка матки обычной окраски, выделения из влагалища – бели. Вагинальный осмотр: матка обычной формы и размеров, придатки с обеих сторон без особенностей. Сводь глубокие.

Предварительный диагноз

Дополнительные методы обследования

Лечение

Вопросы для семинарского занятия.

1. Воспалительные заболевания женских половых органов.

2. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний женских половых органов.

3. Клинические проявления заболевания в зависимости от этиологического фактора, морфологических изменений, локализации, стадии воспалительного процесса. Методы обследования больных с воспалительными заболеваниями гениталий, лабораторная диагностика.

4. Принципы лечения больных. Установление критерия излеченности. Пути профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов.

10. Опухолевые заболевания женских половых органов. Тактика ведения. лечение . профилактика. Реабилитация

Цель занятия. Освоить на уровне воспроизведения терминологию и классификацию опухолевидных образований, опухолей и рака яичников.

Ознакомиться с современными методами диагностики и лечения больных с опухолевидными образованиями, опухолями и раком яичников. Приобрести навыки клинического обследования больных с опухолевидными образованиями, опухолями и раком яичников, оценки результатов дополнительных методов исследования. Уметь выбрать определить лечебную тактику в зависимости от возраста больной и клинических данных.

Задания для практического выполнения.

1. Опухоль Крукенберга:

- а) является метастазом рака желудка;
- б) как правило, поражает оба яичника;
- в) имеет солидное строение;
- г) все ответы верны;
- д) все ответы ошибочны.

2. К гормонально-активным опухолям яичников относят:

- а) гранулезоклеточную опухоль;
- б) дисгерминому;
- в) тека-клеточную опухоль;
- г) андробластому;
- д) зрелую тератому.

3. Наиболее часто перерождается в рак следующая из опухолей яичника:

- а) псевдомуцинозная;
- б) зрелая тератома;
- в) цилиоэпиталиальная;
- г) папиллярная цистаденома яичника.

4. Сроки консервативного лечения опухолевидных образований яичника следующие:

- а) до 3 месяцев;
 - б) до 6 месяцев;
 - в) до 1 года;
 - г) постоянное диспансерное наблюдение.
5. В анатомическую ножку опухоли яичника входят:

- а) собственная связка яичника;
 б) подвешивающая связка яичника;
 в) крестцово-маточная связка;
 г) часть широкой связки матки;
 д) маточная труба.
6. В хирургическую ножку опухоли яичника входят:
 а) круглая связка матки;
 б) подвешивающие связки яичника;
 в) часть широкой связки;
 г) маточная труба;
 д) собственная связка яичника.
7. Характерные особенности кист яичников:
 а) это ретенционные образования;
 б) увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток;
 в) не имеют капсулы;
 г) могут малигнизироваться;
 д) имеют капсулу.
8. Наиболее информативный метод диагностики опухоли яичника:
 а) осмотр живота;
 б) вагинальное исследование;
 в) лапароскопия;
 г) пункционная цитология;
 д) ультразвуковое исследование.
9. Объем обследования больной при подозрении на злокачественную опухоль яичников:
 а) ультразвуковое сканирование внутренних половых органов;
 б) пункция брюшной полости через задний свод влагалища с последующим цитологическим исследованием полученного аспирата;
 в) рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта;
 г) количественное определение содержания в крови опухолевых маркеров СА-125.
10. Из эндоскопических методов наиболее информативен при опухоли яичника:
 а) кольпоскопия;
 б) лапароскопия;
 в) гистероскопия;
 г) цервикоскопия.
11. Объем оперативного лечения при доброкачественной опухоли яичника у женщины репродуктивного возраста следующий:
 а) удаление яичников;
 б) удаление одного яичника, пораженного опухолью;
 в) удаление опухоли с сохранением здоровой ткани яичника;
 г) ампутация матки с придатками.
12. Оперативный метод лечения применяется при стадии рака яичника:
 а) при I стадии;
 б) при II стадии;
 в) при III стадии;
 г) при всех стадиях.
13. Наиболее частые осложнения опухолей яичников:
 а) разрыв яичника;
 б) перекрут ножки опухоли;
 в) перерождение в рак яичника;
 г) разрыв в соседние органы - влагалище, матку.
14. Наиболее частое осложнение при доброкачественных опухолях яичников:
 а) перекрут ножки опухоли;
 б) кровоизлияние в полость опухоли;
 в) разрыв капсулы;
 г) нагноение содержимого;
 д) сдавление соседних органов.

Решение Ситуационных задач.

Задача 1. Больная 48 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, потерю веса, тошноту, изжогу, боли в эпигастральной области.

При осмотре гинеколога в малом тазу обнаружены два опухолевидных образования в области придатков с обеих сторон от матки, размерами 6х7х8 и 5х6х10 см, плотные, подвижные, безболезненные. Матка в правильном положении, не увеличена, подвижна, безболезненна.

Параметральная клетчатка не инфильтрирована.

Диагноз, план обследования и лечения?

Задача 2. Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли внизу живота, больше слева.

Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два искусственных аборта без осложнений. У больной хроническое воспаление придатков, лечилась амбулаторно.

Гинекологический статус: влагалище без особенностей, шейка матки не

эрозирована, наружный зев щелевидный. Матка не увеличена, безболезненная. Справа придатки не определяются, слева

пальпируется овоидной формы образование размером 10х12 см с гладкой поверхностью, тугоэластической, местами плотноватой

консистенции, подвижное, безболезненное. Своды глубокие, выделения слизистые. Предполагаемый диагноз. Дополнительное

обследование. Тактика врача женской консультации?

Вопросы для семинарского занятия

Морфологическое строение яичника и матки (как причина многообразия опухолей яичника).

Морфологическая классификация опухолевидных образований, опухолей и рака яичника и матки.

Эпидемиология опухолевидных образования и опухолей яичника и матки.

Кисты яичников. Этиология и патогенез возникновения кист яичников. Диагностика кист яичников. Тактика врача. Осложнения кист яичника.

Параовариальные кисты. Клиника, диагностика. Врачебная тактика.

Доброкачественные опухоли яичника и матки. Патогенез. Факторы риска возникновения доброкачественных опухолей яичника. Клинические проявления. Методы диагностики. Объем диагностических мероприятий. Дифференциальный диагноз.

Осложнения опухолей яичника. Лечение. Объем хирургического вмешательства в зависимости от возраста больной морфологии опухоли.

Рак яичников, тела матки и шейки матки. Варианты рака. Факторы риска развития рака. Классификация (TNM). Клинические проявления. Диагностика. Основные принципы лечения в зависимости от стадии заболевания.

11. Бесплодный брак. Основные понятия и определения бесплодного брака. Эпидемиология и коэффициент фертильности. Причины бесплодия у мужчин и женщин. Планирование семьи

Цель занятия. Обучить студентов алгоритму обследования супружеских пар при бесплодии. Изучить причины женского и мужского бесплодия, диагностику, терапию и профилактику женского бесплодия. Изучить цели, задачи работы женских консультаций по планированию семьи, современные методы контрацепции

Задания для практического выполнения.

Вопросы для семинарского занятия

Физиологическое значение различных отделов половой системы женщины в процессах зачатия.

Строение и физиология мужских и женских половых клеток.

Строение яичников и маточных труб, их функция.

Изменение в эндометрии, способствующие имплантации.

Определение понятия "бесплодный брак".

Понятие об абсолютном и относительном бесплодии.

Понятие о первичном и вторичном бесплодии.

Медико-социальное значение бесплодного брака.

Причины мужского бесплодия. Классификация.

Принципы обследования мужчин при бесплодии, виды патологии спермограмм.

Лечение различных форм мужского бесплодия.

Причины женского бесплодия.

Значение иммунологических факторов в развитии бесплодия.

Диагностика женского бесплодия.

Алгоритм обследования супругов при бесплодном браке (исследование спермы по Я.С. Дубинчику; проба Шуварского-Гунера; Курцрока-Миллера; исследование проходимости труб и функции яичников).

Трубная и трубно-перитонеальная форма бесплодия. Причины, диагностика, принципы консервативного и оперативного лечения.

Эндокринная форма бесплодия. Этиопатогенез, клиника.

Принципы диагностики эндокринной формы бесплодия и ее гормональной коррекции.

Первичная профилактика бесплодия, вопросы реабилитации. Вспомогательные репродуктивные технологии (ЭКО, перенос эмбриона)

Планирование семьи

Актуальность, медицинское и социальное значение проблемы планирования семьи.

Структура службы планирования семьи, цели, задачи.

Виды контрацепции.

Гормональная контрацепция, механизм, противопоказания.

Внутриматочная контрацепция, механизм, осложнения, противопоказания.

Барьерная контрацепция, эффективность.

Хирургические методы контрацепции.

Классификация самопроизвольных абортов.

Причины самопроизвольного прерывания беременности.

Общие нарушения и экстрагенитальные заболевания матери, как этиологические факторы самопроизвольного аборта.

Инфекционные причины невынашивания беременности.

Гинекологические заболевания и аномалии развития гениталии как причина самопроизвольного аборта.

Иммунологические аспекты самопроизвольного прерывания беременности. Аутоиммунные состояния (Антифосфолипидный синдром (АФС), сенсибилизация к хорионическому гонадотропину (ХГЧ)).

Истмико-цервикальная недостаточность.

Гормональный генез невынашивания беременности, диагностика, лечение.

Причины прерывания беременности, зависящие от отца, эмбриона, плода.

Обследование беременных с угрожающим выкидышем.

Обследование вне беременности, понятие о «привычном» невынашивании.

Подготовка к беременности при «привычном» невынашивании беременности.

Клиника самопроизвольного аборта в зависимости от стадии.

Принципы лечения в зависимости от клинической формы самопроизвольного аборта.

Законодательство об искусственном прерывании беременности в ранние и поздние сроки беременности.

Показания для производства мини-аборта.

Социальные и медицинские показания для производства абортов в поздние сроки.

Осложнения при прерывании беременности.

Понятие о криминальном аборте.

Септический шок, как осложнение криминального аборта. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Анаэробная инфекция, как осложнение криминального аборта.

Медикаментозный аборт.

12. Аномальные маточные кровотечения. Неотложная помощь.

Цель занятия. Изучить этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение основных форм аномальных маточных кровотечений (АМК) в различные возрастные периоды.

Задания для практического выполнения.

1. Для ановуляторных менструальных циклов характерно:

Отсутствие лютеиновой фазы в яичнике

Атрофические процессы в эндометрии
Гиперпластические процессы в эндометрии
Монофазная базальная температура
Бесплодие
Секреторные изменения в эндометрии
2. При хронической ановуляции повышена концентрация гормонов яичника:
Эстрогенов
Прогестерона
Эстрогенов и прогестерона
Андрогенов

3. Ювенильные кровотечения наиболее часто встречаются в возрасте:
8-10 лет
13-14 лет
15-18 лет
18-20 лет

4. Для ювенильных маточных кровотечений по типу атрезии фолликулов характерно:
Кариопикнотический индекс ниже 30%
Монофазная базальная температура
Слабовыраженный симптом «зрачка»
Гиперплазия эндометрия

5. Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений проводится со следующей патологией:
Миома матки
Болезнь Верльгоффа
Эстроген продуцирующая опухоль яичников
Всем вышеперечисленным
Причиной ДМК в пременопаузальном периоде является:
Распадающаяся опухоль шейки матки
Субмукозная лейомиома
Нарушение функции гипоталамо-гипофизарной системы

7. При ДМК в климактерическом периоде в первую очередь необходимо провести следующее:

Гистеросальпингографию
Зондирование матки
Взятие мазков на атипические клетки
Гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием и гистологическим исследованием соскоба.

8. Основным методом остановки ювенильных маточных кровотечений является:
Назначение комбинированных эстроген - гестагенных препаратов по гемостатической схеме
Применение антигонадотропинов
Использование больших доз эстрогенов
Раздельное диагностическое выскабливание.

9. Основным методом остановки ДМК в пременопаузальном периоде является:
Назначение комбинированных эстроген – гестагенных препаратов
Введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств
Использование андрогенов
Применение 17-ОПК
Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и цервикального канала с гистероскопией

Задача №1. Больная И., 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Анамнез: Последние 2 года менструальный цикл нарушен. Интервал между менструациями 2-3 мес. Пятнадцать дней назад у больной после 2 мес. отсутствия менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени. При обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено. При осмотре шейки матки на зеркалах из цервикального канала кровянистые выделения. Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки находится в правильном положении, не увеличено, безболезненно при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Свода влагалища глубокие, параметрии свободны. Выделения кровянистые, обильные.

Предварительный диагноз?

План диагностических и лечебных мероприятий.

Задача №2. У девушки 16 лет появились кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 8 дней после 2-месячной задержки. Первые менструации появились 4 месяца назад по 3 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. Развитие правильное. При ректо-абдоминальном исследовании патологии не выявлено. Гемоглобин – 80 г/л.

Предположительный диагноз?

Тактика ведения.

Задача №3. Больная 35 лет, у которой в анамнезе было 2 нормальных родов и 2 искусственных аборта без осложнений – в течение последнего года отмечает нерегулярные менструации с задержкой до 2-3 месяцев. Начало заболевания связывает со стрессом, связанным с гибелью мужа. Около 3 недель назад появились кровянистые выделения, продолжающиеся до настоящего времени. При гинекологическом осмотре патологии не выявлено. Кровянистые выделения в умеренном количестве.

Предварительный диагноз

План диагностических и лечебных мероприятий

Вопросы для семинарского занятия

Понятие "нормальный менструальный цикл", уровни регуляции.

Методы исследования функционального состояния яичников.

Характер базальной температуры, феномен "зрачка" и арборизации в динамике нормального менструального цикла.

Характеристика цитологической картины влагалищных мазков в динамике нормального менструального цикла.

Что такое дисфункциональное маточное кровотечение?

Классификация ДМК.

Особенности дисфункционального маточного кровотечения, развивающегося в результате персистенции фолликула.

Особенности дисфункционального маточного кровотечения, развивающегося в результате атрезии фолликула.

Тесты функциональной диагностики при ановуляторном цикле.

Дисфункциональные маточные кровотечения при двухфазном цикле.

Понятие о ювенильных кровотечениях, их этиопатогенез.
Диагностика и дифференциальная диагностика ювенильных маточных кровотечений.
Принципы лечения больных с ювенильным кровотечением.
Виды гемостаза при ЮМК, негормональный, гормональный, хирургический гемостаз.
Лечебная тактика после остановки ювенильного маточного кровотечения.
Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном периоде, их патогенез. Клиника, диагностика.
С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дисфункциональное кровотечение в репродуктивном периоде?
Основные принципы и методы лечения дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном периоде.
Виды гемостаза при ДМК репродуктивного периода. Схемы гормонального гемостаза.
Циклическая гормонотерапия при ДМК репродуктивного периода.
ДМК климактерического периода, их этиопатогенез.
Диагностика и дифференциальная диагностика кровотечений климактерического периода.
Основные принципы лечения дисфункциональных маточных кровотечений климактерического периода.
Каково значение диагностического выскабливания полости матки и гистологического исследования эндометрия при дисфункциональных маточных кровотечениях?
ЗГТ в климактерическом периоде.
Причины кровотечения в период менопаузы.
Диспансеризация и реабилитация больных, страдающих дисфункцией яичников.

2.4. МДК 02.04 «ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

Практическое занятие № 1.

Тема занятия: «Базовая помощь новорожденному в родильном зале. Лечение болезней новорожденных».

Цель: освоить тактику ведения и лечения новорожденных с заболеваниями характерными для этого периода и выполнения лечебных вмешательств необходимых для лечения данной патологии, осуществлять контроль состояния и эффективность лечения с последующим оформлением медицинской документации.

Задания для практического выполнения

Задача № 1

Новорожденный родился с массой тела 2500г. Оценка на 1 минуте: дыхание самостоятельное - 40 дыхательных движений в минуту, ЧСС - 80 ударов в минуту. Кожа розовая, мышечный тонус снижен, появляются гримасы на раздражение.

Дайте оценку по Апгар.

Определите дальнейшую тактику и последовательность необходимых реанимационных мероприятий

Задача № 2

Новорожденный родился с массой тела 2000 г. При оценке на 1 минуте определено, что дыхание отсутствует, ЧСС – 60 ударов в минуту. Кожа туловища розовая, конечности синие, мышечный тонус снижен, нет реакции на раздражение.

Дайте оценку по Апгар.

Определите дальнейшую тактику и последовательность необходимых реанимационных мероприятий

Задача № 3

Новорожденный родился с массой тела 2900 г с редкими единичными дыхательными движениями, ЧСС – 100 ударов в минуту. Кожа розовая, конечности цианотичные. Мышечный тонус снижен. Рефлексы не вызываются.

Дайте оценку по Апгар.

Определите дальнейшую тактику и последовательность необходимых реанимационных мероприятий

Задача № 4

Новорожденный родился с массой тела 3100 г. При оценке на 1 минуте определено, что дыхание самостоятельное, 40 в минуту, ЧСС – 140 ударов в минуту. Кожа розовая, мышечный тонус снижен, появляются гримасы на раздражение.

Дайте оценку по Апгар.

Определите дальнейшую тактику и последовательность необходимых реанимационных мероприятий

Задача № 5

Новорожденный родился с массой тела 2000 г с редкими единичными дыхательными движениями, ЧСС 100 в минуту, кожа розовая, конечности цианотичные, мышечный тонус снижен, рефлексы не вызываются.

Дайте оценку по Апгар.

Определите дальнейшую тактику и последовательность необходимых реанимационных мероприятий

Задача № 6

Новорожденный родился с массой тела 2300 г. При оценке на 1 минуте определено, что дыхание хорошее, 40 дыхательных движений в 1 минуту, ЧСС 30 ударов в 1 минуту, кожа розовая, снижен мышечный тонус, появляются гримасы на раздражение подошв.

Дайте оценку по Апгар.

Определите дальнейшую тактику и последовательность необходимых реанимационных мероприятий.

Задача № 7

Новорожденный родился с массой тела 2000 г с редкими единичными дыхательными движениями, ЧСС 100 в минуту, кожа розовая, конечности цианотичные, мышечный тонус снижен, рефлексы не вызываются.

Дайте оценку по Апгар.

Определите дальнейшую тактику и последовательность необходимых реанимационных мероприятий.

Задача № 8

Новорожденный родился с массой тела 3200 г. При оценке на 1 минуте определено, что сердцебиение 120 в 1 минуту, кожа розовая, мышечный тонус снижен, число дыханий 40 в 1 минуту, появляются гримасы на раздражение подошв.

Дайте оценку по Апгар.

Определите дальнейшую тактику и последовательность необходимых реанимационных мероприятий.

Задача № 9

Ребенок, 10 дней. При патронаже выявлено, что пупочная ранка влажная, покрыта грануляциями, на поверхности которых капельки кровянисто-гноной жидкости, кожа вокруг пупочного кольца гиперемирована, отечна, температура тела ребенка 37⁰ С.

Поставьте предварительный диагноз?

Назначьте лечение.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача № 10

Ребенок 7 дней, мама обратилась из-за ухудшения состояния ребенка, с жалобами на срыгивает, периодически отмечается рвота, стул жидкий скудный до 8-10 раз в сутки. При оре: ребёнок вялый, неохотно берет грудь, кожный покровов горячий на ощупь, сероватого оттенка, температура 39⁰С, из пупочной ранки выявил гнойное отделяемое, кожа вокруг пупка гиперемирована, отечна.

Поставьте предположительный диагноз?

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу

Задача № 11

Новорожденный, первые сутки, родился от II беременности, I срочных родов. К концу первых суток появилось яркое желтушное окрашивание кожи, слизистых оболочек. При осмотре отмечается: вялость ребенка, увеличение печени, селезенки, мочеиспускание свободное безболезненной, стул меконниальный.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача № 12

Ребенок 20 дней, родители обратились с жалобами на вялость, отказ от груди, повышение температуры. Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне обострения хронического пиелонефрита во II половине, получила лечение урологическими фитосборами, роды в срок. При осмотре: температура 37,6⁰С, на коже лица и туловища множественные пузырьки с серозным содержимым небольших размеров, окружены воспалительным ободком.

Поставьте предположительный диагноз?

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача № 13

Новорожденный 1 сутки, родился с массой тела 3100 г, 50 см. Через 5 часов после родов у ребенка появилась желтушная окраска кожи.

Спустя 2 часа желтуха стала интенсивнее, ребенок вялый, все время спит, врожденные рефлексы снижены. У матери группа крови 0 (I), резус-отрицательная. У ребенка группа крови 0 (I), резус-положительная.

Поставьте предположительный диагноз?

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 14

Вы – фельдшер ФАПа. На приеме ребенка 2-х мес. мама предъявила жалобы, что у малыша в последние две недели значительно сократился интервал между кормлениями, постоянно беспокоится. Ребенок на грудном вскармливании. За последний месяц поправился на 400,0 г и в настоящий момент весит 4200 г. Масса тела при рождении 3400 г. При контрольном взвешивании высасывает 100 мл грудного молока.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ. 2. К развитию какого заболевания может привести или уже привела эта причина? Подтвердите свои предложения расчетом. 3. Какие данные объективного осмотра подтвердят Ваш диагноз? 4. Назначьте лечение: а) матери, б) ребенку. 5. Продемонстрируйте технику взвешивания детей грудного возраста.

Задача 15

На ФАП, под Ваше наблюдение из другой местности прибыл ребенок 7 мес. История развития утеряна при переезде.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, кожа чистая, бледной окраски, большой родничок 2,0 на 2,0 см., края слегка податливы. Отмечается увеличение теменных и лобных бугров, грудная клетка уплощена с боков, на ребрах пальпируются «четки».

Умеренно выражена гипотония мускулатуры: ребенок не сидит, не ползает, при попытке посадить выявляется симптом «складного нога».

Со стороны внутренних органов: дыхание пуэрильное, пульс – 120 ударов в 1 минуту, тоны сердца слегка приглушены, живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Стул, мочеиспускание – без особенностей.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Ваша тактика?
3. Назначьте лечение.
4. Техника расчета дозы витамина Д

Задача №16

Вы – фельдшер ФАПа. При проведении патронажа к ребенку 18 дней Вы выявили: из пупочной ранки отмечается отделяемое серозного характера. Жалоб у мамы нет, состояние малыша удовлетворительное, температура тела 36,7⁰С, сосет активно.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какова Ваша тактика?
3. Особенности ухода и наблюдения за этим ребенком.
4. Продемонстрируйте на фантоме технику обработки пупочной ранки.

Задача №17

Фельдшер ФАПа при посещении новорожденного обнаружил появление у малыша гиперемии кожи в паховых, ягодичных и подмышечных складках. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,4⁰С, сосет активно. При беседе с мамой выяснилось, что ребенок часто лежит в мокрых пеленках (т.к. «его это не беспокоит»), а при пеленании мать использует подкладную клеенку, которую прокладывает между простой и байковой пеленками.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какова Ваша тактика?
3. Назовите основные моменты ухода за этим ребенком.
4. Продемонстрируйте на фантоме технику подмывания новорожденного ребенка (девочек и мальчиков), обработку кожных складок.

Задача №18

Вы – фельдшер ФАПа. При проведении патронажа к ребенку 3-х недельного возраста Вы обнаружили налет в виде творожистых кружков, располагающихся на языке, слизистой щек. Эти налеты легко снимаются. При осмотре: общее состояние ребенка удовлетворительное, температура тела 36,5⁰ С, сосет активно, живот мягкий. Стул и мочеиспускание в норме.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Назовите причину и предрасполагающие факторы.

Какова Ваша тактика?
Продемонстрируйте обработку полости рта при данном заболевании.

Задания для отработки практического выполнения

Обработка пупочной ранки

Туалет глаз

Туалет носа

Туалет новорожденного

Вопросы для занятия:

Асфиксия новорожденных, оказание базовой помощи новорожденному в родильном зале

Родовые травмы: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Перинатальная энцефалопатия: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы ухода и вскармливания детей с поражением центральной и периферической нервной системы, этапы реабилитации.

Гемолитическая болезнь новорожденных, физиологическая желтуха: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Заболевания кожи новорожденных: опрелости, потница, дерматит, пиодермия, везикулопустулез, пузырчатка абсцесс, омфалит, мастит - тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Сепсис новорожденных: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Практическое занятие № 2.

Тема занятия: «Лечение заболеваний детей младшего возраста»

Цель: освоить тактику ведения и лечения детей младшего возраста с заболеваниями характерными для этого периода (гипотрофии, рахита, рахитоподобных заболеваний, воспалительных заболеваний слизистой ротовой полости), выполнения лечебных вмешательств необходимых для осуществления контроля состояния и эффективности лечения с последующим оформлением медицинской документации.

Задания для практического выполнения

Задача № 1

Ребенок 3 мес. Вызов на дом. Жалобы на плохой сон, снижение аппетита, срыгивания. Объективно: вялый, кожные покровы бледные, тургор снижен, п/ж слой на животе 0,5 см, стул кашицеобразный 2-3 раза в сутки, температура нормальная. Масса при рождении 3200 г, 3 дня назад при взвешивании масса 4600 г, в настоящий момент – 4200 г.

Рассчитайте должную массу тела.

Поставьте предположительный диагноз.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача № 2

Ребенку 3 мес. Масса – 4100 г (при рождении – 2800 г).

Рассчитайте должную массу тела

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Задача № 3

Вызов на дом, ребенку 2 мес. Жалобы: на боль в животе больше в вечернее время. Небольшие, до 2 раз в сутки, срыгивания малым объемом пищи, стул 1-2 раза в сутки, кашицеобразный, желто-зеленый с большим количеством воздуха. Кожные вы чистые, умеренно влажные.

Тургор тканей сохранен, периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 40 в минуту, тоны сердца громкие, ритмичные ЧСС =130 в минуту. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в околопупочной области. Диурез сохранен.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Задача №4

Мальчик 3 месяца. Мама обратилась с жалобами на плохую прибавку в массе тела, беспокойство ребёнка, плаксивость, плохой сон, вздрагивания во сне, повышенную потливость, в последнее время на подушке стала обнаруживать мокрое пятно, пот имеет кислый запах. Из анамнеза: ребенок от первой беременности протекавшей в осенне-зимний период, ребёнок родился недоношенным с массой 2500г. С рождения до 2-х месяцев находился на естественном вскармливании. С 2-х месяцев ребенок переведён на смешанное питание (смесь “Нан 1”). Количество докорма в суточном рационе 1/2. В 2 месяца переболел ОРЗ. При осмотре: кожный покров бледный, влажный, облысение затылка, большой родничок размером 3х3см, пружинят под пальцами, затылок плоско- скошенной формы, мышечный тонус снижен. Во время осмотра мальчик несколько заторможен, малоактивен, снижен эмоциональный тонус. Масса тела - 4400 г. Длина тела - 52 см.

Окружность груди - 32 см.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №5

Ребенок 6,5 месяцев, с жалобами беспокойный сон, пугливость, раздражительность. Из анамнеза родился с массой тела 3200 г, на грудном вскармливании до 2 месяцев, затем переведен на кормление коровье молоко, с 4 месяцев получает манную кашу. Объективно: масса тела 7800 г, рост 63 см, тургор тканей и мышечной тонус снижены, голова увеличена в размере, затылок уплощен, большой родничок 3х3 см, выражены лобные бугры, рудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена гаррисонова борозда, пальпируются "четки", ЧСС - 130 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, стул со склонностью к запорам.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №6

Ребенок 3 месяцев, от матери с отягощенным соматическим (хронический холецистит, реактивный панкреатит) и акушерским (кольпит, эрозия шейки матки) анамнезом, беременность I, с токсикозом в первом триместре, повышением АД в третьем триместре беременности.

Роды на 42-й неделе беременности, масса при рождении 2200 г, длина 47 см. Вскармливание: до 2 месяцев - грудное, далее адаптированной смесью "НАН", аппетит был всегда снижен. Объективно: масса тела 2700 г, рост 50 см, кожа с сероватым оттенком, сухая, эластичность снижена, тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой практически отсутствует, видимые слизистые ярко-красного цвета, трещины в углах рта, молочница, стоматит, перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно - дыхание пуэрильное, ЧДД – 30, тоны сердца приглушены, ЧСС -124 уд/мин, живот вздут из-за метеоризма, стул неустойчивый, скудный.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №7

Мальчику 8 месяцев, мама предъявляет жалобы на вялость ребенка, снижение аппетита, неустойчивый стул. Из анамнеза: ребенок от 5 беременности, протекавшей благоприятно, срочных 2 родов (масса – 3700 г, длина-50 см), вскармливание грудью до настоящего времени, из прикормов введена манная каша, соки получал редко, прогулки были не ежедневно, перенес 2 раза ОРЗ. Объективно: общее состояние удовлетворительное, но ребенок вялый, бледный, потливый, сидит с опорой на руки, спина круглая, мышечный тонус диффузно снижен, голова с выступающими лобными и затылочными буграми, большой родничок 2,5х3,0 см, края податливые, затылок уплощен, облысевший, зубов нет, грудная клетка сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие "четки", на руках выраженные "браслетки", имеется кифоз в поясничном отделе позвоночника, который исчезает при положении ребенка на животе, пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания и сердца не выявили, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена, стул неустойчивый, мочеиспускание не нарушено.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №8

При осмотре ребенка 1 год фельдшер обратила внимание на резкую бледность кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, не активен, отметила потерю аппетита. При расспросе матери удалось установить, что питание ребенка однообразное, молочная каша дважды в день. Фрукты и овощи предпочитает не давать, боясь нарушения пищеварения. На таком питании ребенок прибавляет в весе, что радовало мать. Живут в общежитии, гуляют редко. При осмотре: состояние у малыша удовлетворительное. Выраженная бледность кожи и выделение слизистых, периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердца: выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился доношенным, с смешанным вскармливанием с 1 мес, часто болел ОРВИ.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №9

При осмотре ребенка 1 год, мама предъявляет жалобы на температуру и отказ от еды. Мать сообщила, что ребенок последнюю неделю раздражителен, плачет при приеме пищи. При расспросе матери удалось установить, что за неделю до этого у ребенка отмечалось повышение температуры, мама лечила ребенка ампициллином 7 дней. При осмотре: Т 37,5°C., кожа чистая, на слизистых рта афты (язвы ярко красного цвета) периферические лимфатические узлы не увеличены. По органам и системам без патологии. Стул неустойчивый.

Мочеиспускание свободное, безболезненное

Поставьте предположительный диагноз?

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задания для отработки практических умений

Расчет веса и роста у детей разных возрастных групп.

Расчет должностящий вес.

Расчет объема и калорийность питания.

Составлять меню детям с гипотрофией I, II, III степени.

Составление плана ведения пациента с рахитом

Составление программы лечения детям с гипотрофией

Составление примерного меню с гипотрофией, рахитом

Вопросы для занятия:

Гипотрофия, тактика ведения, принципы диетотерапии, медикаментозного и немедикаментозного лечения в зависимости от степени тяжести заболевания, принципы ухода.

Рахит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Рахитоподобные заболевания, тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Заболеваниями слизистой полости оболочки рта: стоматиты (острый герпетический, афтозный), молочница, тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Практическое занятие №3

Тема занятия: «Лечение заболеваний органов дыхания у детей»

Цель: освоить тактику ведения и лечения детей с заболеваниями органов дыхания, проведения лечебных вмешательств необходимых для лечения данной патологии, осуществлять контроль состояния и эффективность лечения с последующим оформлением медицинской документации.

Задания для практического выполнения

Задача № 1.

Сереза, 9 лет, жалуется на высокую температуру, боль в груди и правой половине живота, затрудненное дыхание, болезненность при глубоком вдохе, короткий болезненный кашель, преимущественно сухой, иногда со скудной мокротой. Заболел вчера вечером, повысилась температура до 39° С, появился озноб и все перечисленные жалобы.

Объективно: состояние ребенка тяжелое, "охлающее" дыхание, частота дыхания до 40 в мин, кожные покровы бледные, отмечается румянец правой щеки. Выражен цианоз носогубного треугольника, лимфоузлы не увеличены. При осмотре грудная клетка правильной формы, отмечается некоторое отставание правой половины в акте дыхания. При перкуссии границы легких не изменены. Выявляется притупление

перкуторного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно дыхание резко ослаблено справа, хрипов нет, пульс 128 в мин. Живот правильной формы обычной конфигурации, участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не увеличены, стул и мочеиспускание не нарушены. Анализ крови Э-4,2x10¹²/л, Л-14,0x10⁹/л, П-8%, С-62%, Л-24%, М-3%, Нв-134 г/л, СОЭ-32 мм/час. Анализ мочи без патологии. На рентгенограмме — легочные поля правильной формы, усиление бронхососудистого рисунка. В нижней доле правого легкого гомогенное интенсивное затемнение. Синусы свободны, сердечная тень без особенностей.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения ребенка.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу

Задача № 2.

К Вам обратилась мама ребёнка 9 месяцев с жалобами на повышение температуры тела до 37,5⁰. У ребёнка проявления экссудативно – катарального диатеза. Ночью внезапно проснулся, стал беспокойным, появился лающий кашель, удушье, затруднён вдох. Голос осипший. При осмотре: Состояние ребёнка средней степени тяжести, беспокоен. В дыхании участвует межрёберная мускулатура. На щеках шелушение, гиперемия кожи. Из носа серозное отделяемое. В зеве – гиперемия. В лёгких – жёсткое дыхание.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения ребенка.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу

Задача №3.

В медицинский кабинет детского сада воспитатель привела ребёнка 4 лет с жалобами на вялость, бледность, отказ от еды.

При осмотре: ребёнок плачет, не контактен, зовёт маму. Температура тела 39,5⁰. Дыхание носовое, свободное. Кожные покровы бледные, чистые, конечности холодные. Язык слегка обложен белым налётом. В зеве лёгкая гиперемия миндалин, частота дыхательных движений 30 в 1 минуту, пульс 140 ударов в 1 минуту. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. Стула не было. Мочится свободно.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения ребенка.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу

Задача №4

Вера Н., 10 лет, поступила в клинику в тяжелом состоянии с выраженными явлениями удушья. Подобное явление отмечают у девочки на протяжении 4-х лет, возникает в разное время года, чаще осенью и зимой. Приступы затрудненного дыхания чаще начинаются в ночное время.

Данные анамнеза. В течение первых 2-х лет жизни у девочки были проявления экссудативного диатеза, которые возникали в ответ на пищевые погрешности (обычно на избыток сладостей, а также включение в пищу цитрусовых), на третьем году перечисленные явления прошли. Мать ребенка много лет страдает аллергическим дерматитом, у бабушки по линии матери – поллиноз.

Данные объективного обследования. Состояние средней степени тяжести, дыхание затруднено, выражена экспираторная одышка. Ребенок занимает вынужденное положение, опираясь руками о перекладину кровати.

Лицо немного одутловатого вида, легкий периоральный цианоз, губы слегка отечны. Грудная клетка умеренно вздута, плечевой пояс приподнят. Дыхание поверхностное, учащенное, выдох удлинен. Перкуторно - коробочный оттенок звука, аускультативно - жесткое дыхание над всеми легочными полями, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1 см из-под реберного края. Стул и мочеиспускание, со слов девочки, не нарушены. Со стороны нервной системы патологии не выявлено.

Данные лабораторных методов исследования.

ОАК: Эр - 3,8*10¹²/л; Нв - 122 г/л; Л - 6,8*10⁹/л; СОЭ - 14 мм/час; Э - 9; П - 3; С - 38; ЛФ - 26; М - 4.

ОАМ - без особенностей.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, подвижность нижних краев легких ограничена, корни структурные, сердце обычной конфигурации.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №5

Мать Саши П., 10 месяцев, обратилась с жалобами на повышенную температуру тела ребенка, влажный кашель, слизистые выделения из носа и снижение аппетита. Ребенок от молодых, здоровых родителей, от первой беременности, которая протекала благополучно. Роды срочные нормальные. Масса при рождении 3600, длина 50 см, оценка по Апгар 8 баллов. Мальчик вскармливался грудью до 3-х мес. Прикормы и витамин Д введены своевременно. Режим дня соблюдался, систематически бывал на прогулках.

При осмотре температура тела 38,2⁰ С, выражена одышка с участием крыльев носа. При плаче, крике, появляется цианоз носогубного треугольника, частый влажный кашель. Мышечный тонус достаточный, питание хорошее. Пальпируются единичные, шейные, подмышечные, лимфатические узлы, подвижные, безболезненные. Большой родничок 0,5x0,5 см, края плотные. Перкуторно: звук с легким тимпаническим оттенком, при аускультации на фоне жесткого дыхания в задних нижних отделах и в подмышечных областях обилие мелких и среднепузырчатых влажных хрипов. Имеется втяжение межреберных промежутков. Дыхание 28-32 в мин.

Границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны отчетливые, пульс 110 в мин. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Стул 2 раза в день без патологических примесей.

Общий анализ крови Нв-142 г/л, Э-4,32x10¹²/л, Л-11,2x10⁹/л, Э-2%, П-2%, С-64%, Л-28%, М-4%. СОЭ-24 мм/час.

Анализ мочи без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, мелкоочаговые тени в задне-нижних отделах с обеих сторон. Корни бесструктурные, синусы свободные, сердце в пределах нормы.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №6

Сергея, 9 лет, жалуется на высокую температуру, боль в груди и правой половине живота, затрудненное дыхание, болезненность при глубоком вдохе, короткий болезненный кашель, преимущественно сухой, иногда со скудной мокротой. Заболел вчера вечером, повысилась температура до 39° С, появился озноб и все перечисленные жалобы.

Объективно: состояние ребенка тяжелое, "охающее" дыхание, частота дыхания до 40 в мин, кожные покровы бледные, отмечается румянец правой щеки. Выражен цианоз носогубного треугольника, лимфоузлы не увеличены. При осмотре грудной клетки правильной формы, отмечается некоторое отставание правой половины в акте дыхания. При перкуссии границы легких не изменены. Выявляется притупление перкуторного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно дыхание резко ослаблено справа, хрипов нет, пульс 128 в мин. Живот правильной формы обычной конфигурации, участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не увеличены, стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови Э-4,2х10¹²/л, Л-14,0х10⁹/л, П-8%, С-62%, Л-24%, М-3%, Нв-134 г/л, СОЭ-32 мм/час.

Анализ мочи без патологии.

На рентгенограмме — легочные поля правильной формы, усиление бронхосудистого рисунка. В нижней доле правого легкого гомогенное интенсивное затемнение. Синусы свободны, сердечная тень без особенностей.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача № 7

Вы – фельдшер ФАПа, пришли на вызов к мальчику 3-х лет. Со слов мамы, ребенок болен 3-й день. Сначала был насморк, кашель, а сегодня повысилась температура до 38,2°С, стал плохо кушать, кашель усилился и носит характер сухого, болезненного. При осмотре: в зеве – умеренная гиперемия, налетов нет. В легких на фоне жесткого дыхания спереди и в задних отделах выслушиваются сухие свистящие хрипы. Частота дыхания – 22 раза в 1 минуту, пульс – 110 уд. в 1 мин.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Ваша тактика?
3. Назначьте лечение.
4. Продемонстрируйте технику постановки горчичников на грудную клетку на кукле-фантоме.

Задача №8

Вызов фельдшера ФАПа к мальчику, 1 год 3 мес. Болен 3-й день. Со слов мамы отмечалось повышение температуры до 37,5°С, обильные слизистые выделения из носа. Был капризен, плохо кушал. Со вчерашнего вечера появился кашель. Сегодня во время осмотра температура 37,4°С, малыша беспокоит влажный, но малопродуктивный кашель. Дыхание шумное, свистящее, выдох удлинен. Отмечается раздувание крыльев носа и втяжение межреберных промежутков при дыхании. Перкуторно – над легкими коробочный звук, при аускультации – дыхание жесткое, выслушиваются свистящие сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Частота дыхания 35 в 1 мин., пульс 120 уд. в 1 мин. Со стороны других внутренних органов и систем – без особенностей.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Какова должна быть тактика фельдшера ФАПа в подобном случае.
3. Какую помощь Вы окажете ребенку на догоспитальном этапе.
4. Продемонстрируйте технику проведения отвлекающих процедур ребенку на кукле-фантоме.

Задача №9

Вы – фельдшер ФАПа, пришли проверить состояние ребенка 8 мес., который 3 дня лечится по поводу острого респираторного заболевания по согласованию с педиатром ЦРБ. Температура в эти дни держалась 37,4-37,6° С, отмечался нечастый сухой кашель, обильные слизистые выделения из носа. Сегодня при осмотре: состояние ухудшилось, температура повысилась до 38,8°С, усилился кашель, дыхание стало «тяжелым», учащенным до 60 раз в 1 мин., при плаче появляется цианоз носогубного треугольника. Пульс 120 уд. в 1 мин.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Какие данные Вы можете получить при объективном обследовании со стороны органов дыхания?
3. Ваша тактика в условиях ФАПа.
4. Продемонстрируйте на кукле-фантоме проведение оксигенотерапии на догоспитальном этапе ребенку.

Задача №10

Вызов на дом машины скорой помощи к ребенку 9 месяцев. Накануне были насморк и температура 37,2° С. Ночью внезапно проснулся и стал беспокойным. Появился лающий кашель, начал задыхаться. Температура стала 38° С.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие неотложные мероприятия следует провести?
3. Продемонстрируйте технику осуществления санитарной обработки пациента при педикулезе.

Задания для отработки практических умений

составление плана ведения детей с заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей

отработка лечебной тактики детей с заболеваниями органов дыхания

освоение манипуляций: туалет носа, полоскание горла, обработка миндалин, ингаляция через небулайзер

Составление примерного меню, расчет необходимой жидкости при токсическом синдроме у детей с лихорадкой на фоне заболеваний дыхательных путей

Составление противорецидивных курсов терапии у детей длительно и часто болеющих.

Вопросы для занятия:

Ларингит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Бронхит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Бронхиолит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Пневмония: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Бронхиальная астма: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Практическое занятие №4

Тема занятия: «Лечение заболеваний органов кровообращения и ревматоидных заболеваний у детей»

Цель: освоить тактику ведения и лечения заболеваний органов кровообращения и ревматоидных заболеваний у детей и выполнения лечебных вмешательств необходимых для лечения данной патологии, осуществлять контроль состояния и эффективность лечения с последующим оформлением медицинской документации.

Задания для практического выполнения

Задача 1

Ребенку 7 лет, посещает школу. Учительница отмечает, что в течение последней недели ребенок стал плаксивым, гримасничает на уроках, изменился почерк.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 2

Ребенок, 2,5 лет, страдающий врожденным пороком сердца, поступил в стационар с жалобами на появившуюся одышку в состоянии покоя и отеки на ногах.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 3

При взятии крови из пальца у ребенка появились слабость, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, АД 60/40 мм рт.ст.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 4

Вызов к ребенку 10 лет. Перенес 1 год назад повторную ревматическую атаку. Периодически жалуется на боли в области сердца, одышку при подъеме на лестницу, быструю утомляемость. В последнее время состояние резко ухудшилось, появились отеки на ногах.

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 5

Больная 3 лет, планоно поступила в стационар. Данные анамнеза. У ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. Девочка всегда плохо сосала, затем плохо ела, отстает в массе тела; отмечается замедленное физическое и нервно-психическое развитие. Мать ребенка в первые месяцы беременности дважды перенесла острую вирусную инфекцию. Место работы матери - нефтеперерабатывающий завод, оператор. Данные объективного обследования. При поступлении кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек", ногти в форме "часовых стекол", отмечается деформация грудной клетки, пастозность стоп и голеней. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая - по левой аксиллярной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС - 160 уд/мин; в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум с экстракардиальным проведением, отмечается акцент второго тона во II межреберье слева. ЧДД - 40, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см. Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Нб - 148 г/л, Эр - 5,9*10¹²/л, ЦП - 0,9, Л - 9,3*10⁹/л, П - 2, С - 23, Э - 1, ЛФ - 70, М - 4, СОЭ - 3 мм/час. ОАМ: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, Л - 0-1 в п/з, Эр - нет, слизь - немного. Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, К - 4,8 ммоль/л, Na - 143 ммоль/л, Ca - 1,8 ммоль/л, P - 1,5 ммоль/л, ALT - 23 Ед/л (норма - до 40), AST - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 6

Мальчик, 11 лет, 1,5 месяца назад перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию.

Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений в носоглотке при этом не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не было выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилилось гримасничанье, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены. Выслушивается дующий негрубый систолический шум на верхушке сердца, не проводящийся за пределы сердца. ЧСС - 75 уд/мин. АД - 105/65 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр - 4,5*10¹²/л, Л - 4,5*10⁹/л, П - 2, С - 46, Э - 2, ЛФ - 48, М - 2, СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - отсутствует, Л - 2-3 в п/з, Эр - отсутствуют.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задания для отработки практических умений

Составление плана ведения пациента с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы

Составление программы лечения с заболеваниями сердца
Составление примерного меню, расчет необходимой жидкости при патологии сердца.
Составление противорецидивных курсов бициллина больным детям с острой ревматической лихорадкой

Вопросы для занятия:

Врожденных пороков сердца: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Острой ревматической лихорадки: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Неревматические кардитов: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Ювенильный ревматоидный артрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Системная красная волчанка: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Реактивный артрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Практическое занятие №5

Тема занятия: «Лечение заболеваний органов пищеварения у детей старшего возраста»

Цель: освоить тактику ведения и лечения детей с заболеваниями органов пищеварения, выполнения лечебных вмешательств необходимых для лечения данной патологии, осуществлять контроль состояния и эффективность лечения с последующим оформлением медицинской документации.

Задания для практического выполнения

Задача № 1

Мальчик, 13 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области. Перед поступлением в больницу была рвота "кофейной гущей", после чего боли стихли, но появились слабость, сердцебиение, головокружение, шум в ушах.
При осмотре: бледность кожных покровов, А/Д снижено, PS 110 в мин, при пальпации живота - болезненность в эпигастральной области.
Поставьте предположительный диагноз.
Определите тактику ведения новорожденного.
Составьте план лечения.
Дайте рекомендации по уходу.

Задача № 2

Во время проведения патронажа к новорожденному ребенку мать обратилась к фельдшеру за советом в связи с тем, что ее старшая дочь 5 лет стала капризной, раздражительной, ухудшился сон, аппетит, жалуется на периодические боли в животе, зуд в заднем проходе, тошноту. У девочки стало отмечаться ночное недержание мочи.
ВОПРОСЫ
Поставьте предположительный диагноз.
Определите тактику ведения новорожденного.
Составьте план лечения.
Дайте рекомендации по уходу.

Задача № 3

Боря Е., 15 лет, обратился в поликлинику с жалобами на длительные, приступообразные, иногда сверлящие боли в животе с длительностью до 1-2 часов, обычно на голодный желудок. Частые ночные боли. Облегчение приносит прием пищи. Длительность периода болей около 1 месяца. Аппетит не нарушен.
Из семейного анамнеза выяснено, что у деда по материнской линии язвенная болезнь желудка, у матери эрозивный гастрит.
Объективно: самочувствие удовлетворительное. Подкожно-жировой слой истончен. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Пальпация, перкуссия, аускультация изменений со стороны органов дыхания не выявили. Область сердца не изменена и границы не расширены. Тоны приглушены, ритмичные. А/Д 110/60 мм.рт.ст на обеих руках. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.
Общие анализы мочи и крови без патологии. Азотовыделительная функция не нарушена. Отклонений в белковом спектре крови, уровне липидов и сахара крови нет.
Поставьте предположительный диагноз.
Определите тактику ведения.
Составьте план лечения.
Дайте рекомендации по уходу.

Задача №4

Девочка Ю. 2-х лет поступила в больницу с жалобами матери на появление слабости у ребенка, повышение температуры тела до 39,0°C, повторную рвоту, отказ от еды и питья. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, вторых срочных родов со стимуляцией. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 51 см. Закричала после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена в родильном зале, сосала хорошо. На естественном вскармливании до 11 мес., прикорм введен с 5 мес. В весе прибавляла нормально, масса тела в 11 месяцев - 9,8 кг. Привита соответственно возрасту. До настоящего времени ничем не болела. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту.
Анамнез болезни: ребенок отдыхал в деревне у бабушки, за 2 дня до поступления в стационар у девочки поднялась температуры тела до 39,2°C, появились рвота, частый водянистый стул. В первые сутки заболевания жадно пила, была очень возбуждена. Врачом не осматривалась, лечения не получала. На вторые сутки болезни рвота участилась, стала отказываться от еды и питья, стул до 12 раз в сутки. Бабушка вызвала родителей, которые привезли ребенка в стационар. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 9,4 кг. Выражена вялость, сонливость. Глаза "запавшие", "заострившиеся" черты лица. Кожа чистая, бледная, сухая, собирается в складки и медленно расправляется. Губы потрескавшиеся, сухие. Язык "сосочковый", прилипает к шпателью. Во рту вязкая слизь. Пульс и дыхание учащены. Живот вздут. Стул водянистый со слизью и зеленью. Ребенок не мочился в течение последних 5 часов. Менингеальных и очаговых знаков нет. Общий анализ крови: Нb - 158 г/л, эритроциты - 4,9x10¹²/л, ЦП - 0,9, лейкоциты - 16,3x10⁹/л, п/я - 6%, с - 41%. э - 1%, л - 44%, м - 8%, СОЭ - 13 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - насыщенно-желтый, удельный вес - 1018, белок - следы, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 4-5 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, мочевины - 5,5 ммоль/л, холестерин - 5,3 ммоль/л, калий - 3,2 ммоль/л, натрий - 152 ммоль/л, кальций ионизированный - 1,0 ммоль/л (норма - 0,8-1,1), фосфор - 1,2 ммоль/л (норма - 0,6-1,6), АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,480 (норма - до 0,200). Кислотно-основное состояние крови: pCO₂ - 32 мм рт.ст. (норма - 36-40), pH - 7,3, BE - -10,0 ммоль/л (норма - +-2,3).
Поставьте предположительный диагноз.
Определите тактику ведения.
Составьте план лечения.
Дайте рекомендации по уходу.

Задача №5

Девочка 11 лет, с жалобами на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым и изжога. Данные анамнеза: у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в школе с углубленным обучением математики, 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Объективно: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая, живот мягкий болезненный в эпигастриальной области, при поверхностной и глубокой пальпации небольшое мышечное напряжение и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, печень не увеличена, пальпация безболезненная. По другим органам без патологии.

ЭГДС: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8*0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. Дыхательный уреазный тест - положительный. Биопсийный тест на НР-инфекцию - положительный (++)

Задача №6

Боря Е., 15 лет, обратился в поликлинику с жалобами на длительные, приступообразные, иногда сверлящие боли в животе с длительностью до 1-2 часов, обычно на голодный желудок. Частые ночные боли. Облегчение приносит прием пищи. Длительность периода болей около 1 месяца. Аппетит не нарушен. Из семейного анамнеза выяснено, что у деда по материнской линии язвенная болезнь желудка, у матери эрозивный гастрит.

Объективно: самочувствие удовлетворительное. Подкожно-жировой слой истончен. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Пальпация, перкуссия, аускультация изменений со стороны органов дыхания не выявили. Область сердца не изменена и границы не расширены. Тоны приглушены, ритмичные. А/Д 110/60 мм.рт.ст на обеих руках. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общие анализы мочи и крови без патологии. Азотовыделительная функция не нарушена. Отклонений в белковом спектре крови, уровне липидов и сахара крови нет. Рентгенологическое исследование желудка с сульфатом бария симптом "ниши" в антральном отделе желудка.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задания для отработки практических умений

Составление плана ведения детей с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта

Составление программы лечения с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки у детей

Составление примерного меню детям с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта

Составление противорецидивных курсов терапии больным детям с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта

Вопросы для занятия:

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Лямблиоз тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Гельминтоз тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Энтеробиоз тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Практическое занятие №6

Тема занятия: «Лечение заболеваний почек и мочевыводящих путей у детей»

Цель: освоить тактику ведения и лечение заболеваний почек и мочевыводящих путей у детей и выполнения лечебных вмешательств необходимых для лечения данной патологии, осуществлять контроль состояния и эффективность лечения с последующим оформлением медицинской документации.

Задания для практического выполнения

Задача № 1

Родители Саши М., 3-х лет, обратились к врачу с жалобами на вялость, отеки в области лица и ног, снижение аппетита, боли в животе. Из анамнеза выявлено, что мальчик часто болеет простудными заболеваниями, а две недели назад перенес ангину. Лечение на дому: бисептол, фарингосепт, поливитамины. Генеалогический и социальный анамнез без особенностей.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, синева под глазами, веки отечны, отеки на ногах. В зеве - слизистые физиологической окраски, лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, слегка болезненны, не спаяны с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны сердца и органов дыхания патологии не выявлено. Живот мягкий при пальпации, отмечается небольшая болезненность, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе мочи: белок 14г/л, относительная плотность 1030, реакция щелочная, эритроциты до 20 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения гиалиновые цилиндры.

В общем анализе крови: Э-4,0x10¹²/л, Нв-100 г/л, L-4,7x10⁹/л, СОЭ-69 мм/час. Биохимия крови: остаточный азот 35,7 ммоль/л, мочевина 13,48 ммоль/л, общий белок в крови 46,8 г/л.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача № 2

На прием в детскую поликлинику обратилась мама с 5-летней девочкой. У ребенка - слабость, боли в животе, снижение аппетита, по вечерам температура повышается до 37,9° С. Мать заметила, что девочка часто мочится, моча мутная. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №3

Мальчик 3 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, отеки, редкое мочеиспускание. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту.

Страдал атопическим дерматитом до 2 лет. Перенес ветряную оспу, частые ОРВИ. Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. Ребенок заболел через 8 дней после перенесенной ОРВИ. Появились отеки. Отеки нарастали, уменьшился диурез. Моча желтая, пенится.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, бледный, обширные отеки всего туловища, влажный кашель, температура 37,3 °С.

Границы сердца расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 105 уд/мин., АД 80/50 мм рт.ст. Дыхание жесткое, влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах, ЧД - 35 в мин. Живот увеличен в объеме. Пальпаторно и перкуторно - асцит. Печень + 4 см. Селезенка по краю реберной дуги. Выделил за сутки 300 мл желтой мочи.

Поставьте предположительный диагноз.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №4

Мальчик 13 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки подкожной клетчатки. Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного фарингита. Появился отечный синдром - вначале в области глаз, затем на лице, на ногах. В дальнейшем выраженность отеков нарастала, уменьшился диурез. Мальчик стал вялым, появилась головная боль. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ. Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД 100/75 мм рт. ст. ЧСС - 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выражена отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Отеки теплые, рыхлые. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи (выпил 700 мл). Общий анализ крови: Нб - 160 г/л, эритроциты - 5,2x10¹²/л, тромбоциты - 416,0x10⁹/л, лейкоциты - 9,8x10⁹/л, п/я - 3%, с - 36%, э - 7%, л - 54%, СОЭ - 37 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,028, белок - 6,0 г/л, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 0-1 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 48 г/л, альбумины - 20 г/л, СРБ - 82 мг/л, серомукоид - 0,44, холестерин - 10,9 ммоль/л, калий - 3,81 ммоль/л, натрий - 137,5 ммоль/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, креатинин - 126 ммоль/л. Клиренс по эндогенному креатинину: 70,0 мл/мин. Коагулограмма: фибриноген - 4,5 г/л, протромбин - 130%. УЗИ почек: почки расположены правильно, экзогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена. Биохимический анализ мочи: белок - 2,5 г/сут,

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Задача №5

Мальчик 13 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки подкожной клетчатки. Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного фарингита. Появился отечный синдром - вначале в области глаз, затем на лице, на ногах. В дальнейшем выраженность отеков нарастала, уменьшился диурез. Мальчик стал вялым, появилась головная боль. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ. Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД 100/75 мм рт. ст. ЧСС - 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выражена отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Отеки теплые, рыхлые. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи (выпил 700 мл). Общий анализ крови: Нб - 160 г/л, эритроциты - 5,2x10¹²/л, тромбоциты - 416,0x10⁹/л, лейкоциты - 9,8x10⁹/л, п/я - 3%, с - 36%, э - 7%, л - 54%, СОЭ - 37 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,028, белок - 6,0 г/л, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 0-1 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 48 г/л, альбумины - 20 г/л, СРБ - 82 мг/л, серомукоид - 0,44, холестерин - 10,9 ммоль/л, калий - 3,81 ммоль/л, натрий - 137,5 ммоль/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, креатинин - 126 ммоль/л. Клиренс по эндогенному креатинину: 70,0 мл/мин. Коагулограмма: фибриноген - 4,5 г/л, протромбин - 130%. УЗИ почек: почки расположены правильно, экзогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена. Биохимический анализ мочи: белок - 2,5 г/сут, оксалаты - 28 мг/сут.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №6

Девочка 9 лет, поступила в отделение по поводу болей в поясничной области и в животе.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3500 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ - часто.

Аллергологический анамнез неотягощен.

Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, температура повысилась до 39°С. Катаральных явлений в носоглотке не отмечалось. В течение последующих 4 дней продолжалась высоко лихорадка, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не было, температура тела 38°С. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Мочеиспускания безболезненные.

Общий анализ крови: Нб - 140 г/л, эритроциты - 4,5x10¹²/л, лейкоциты - 10,5x10⁹/л, п/я - 10%, с - 60%, л - 22%, м - 8%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - нейтральная, белок - 0,09 г/л, лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты - 1 в п/з, соли - оксалаты, бактерии - много.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72,0 г/л, СРБ - 164 г/л, серомукоид - 0,3, мочевины - 4,3 ммоль/л.

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая - 107x42x13 мм, правая - 94x37x13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, расширен. Подозрение на удвоение левой почки.

Посев мочи: высейна кишечная палочка в количестве 100 000 микробных тел/мл.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.
Дайте рекомендации по уходу.

Задания для отработки практических умений

Катетеризация мочевого пузыря
Составление плана ведения пациента с пиелонефритом
Составление программы лечения с заболеваниями почек
Составление примерного меню, расчет необходимой жидкости при гломерулонефритах.
Составление противорецидивных курсов фитотерапии и уросептиков больным детям с пиелонефритом

Вопросы для занятия:

Цистит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Пиелонефрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Гломерулонефрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Практическое занятие №7

Тема занятия: «Болезни крови у детей: лечение, профилактика»

Цель: освоить тактику ведения и лечения болезней крови и кроветворных органов у детей и выполнения лечебных вмешательств необходимых для лечения данной патологии, осуществлять контроль состояния и эффективность лечения с последующим оформлением медицинской документации.

Задания для практического выполнения

Задача 1

Алеша 5 лет. Жалобы: появление сыпи на коже туловища и конечностей, периодически повторяющиеся боли в животе. Сыпь появилась 3 дня тому назад, но родители не придали ей должного значения, к врачу не обращались, мальчик продолжал посещать школу и спортивную секцию. Со вчерашнего дня мама заметила, что сыпь стала значительно обильнее, ночь спал беспокойно, просыпался из-за болей в животе. Две недели назад перенес ОРВИ, лечился амбулаторно.

Объективно: состояние средней тяжести, выражены боли в животе, температура субфебрильная, обращает на себя внимание сыпь на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхности, в области ягодиц, на ушных раковинах. Сыпь рельефно выступает над поверхностью кожи, не исчезает при надавливании, симметрично расположена, имеются участки сливного характера сыпи с некрозом в центре, на стопах. Слизистые полости рта чистые. Суставы не деформированы, активные и пассивные движения в полном объеме. В легких и сердце без патологии, пульс 98 в мин. АД 110/70, живот обычной конфигурации, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, разлитая болезненность, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень и селезенка не увеличены. Стул был утром черного цвета, оформленный, мочится регулярно.

Анализ крови: Эг- $4,2 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $-245 \times 10^9/л$, Нв-134 г/л, лейкоциты $-10,8 \times 10^9/л$, П-8%, С-60%, Э-4%, Л-22%, М-6%, СОЭ-32 мм/час, длительность кровотечения по Дюке 3 мин, анализ мочи без патологии.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 2

Во время очередного патронажного посещения ребенка 1 года фельдшер обратила внимание на наличие у него резкой бледности кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, не активен, отметила потерю аппетита. При расспросе матери удалось установить, что питание ребенка однообразное, молочная каша дважды в день. Фрукты и овощи предпочитает не давать, боясь нарушения пищеварения. На таком питании ребенок прибавляет в весе, что радовало мать. Живут в общежитии, гуляют редко.

При осмотре: состояние у малыша удовлетворительное. Выраженная бледность кожи и выделение слизистых, периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердца: выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился доношенным, на смешанном вскармливании с 1 мес, часто болел ОРВИ.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 3

Девочка, 10 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на носовое кровотечение, кровавую рвоту. Страдает кровотечениями с 4-х лет. Обострения бывают 4-5 раз в год в виде носовых кровотечений и геморрагий на коже. Неоднократно лечилась в стационаре, последний раз получила лечение стационарно 3 месяца назад, выписана с улучшением. Девочка от 1 нормально протекавшей беременности, родилась в срок с массой 3200 г. С месячного возраста на искусственном вскармливании. До года ничем не болела. После года частые ОРЗ.

Аллергологический анамнез не отягощен. Матери и отцу по 34 года. Отец страдает полинозом.

Объективно: состояние девочки средней тяжести. Обращает на себя внимание бледность кожных покровов и наличие на коже туловища и конечностей разного цвета "синяков", размером от 0,5x1,0 см до 3x4 см, а также петехиальной сыпи на лице и шее. Экхимозы расположены асимметрично. Единичные петехиальные элементы на слизистой полости рта, по задней стенке глотки - кровь. Миндалины не выступают из дужек. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 95 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Мочиспускание не нарушено, стул оформлен, темного цвета. В анализе крови:

Эр- $3,3 \times 10^{12}/л$, Нв-85 г/л, тромбоциты $24,6 \times 10^9/л$, лейкоц.- $8,0 \times 10^9/л$. Длительность кровотечения по Дюке 15 мин. Реакция Грегерсена положительная. Анализ мочи без патологии.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 4

Мальчик Р., 1 года 2 месяцев, поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел). Из анамнеза известно, что ребенок от первых срочных родов, беременность протекала с анемией второй половины. Масса тела при рождении 3150 г, длина - 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ребенок находился на грудном вскармливании до 2 месяцев,

затем получал смесью, прикормы в срок, мясной ел плохо, привит по возрасту. В возрасте 1 года мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение вкуса. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются, тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум, живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, печень выступает из-под реберного края на 2,5 см, селезенка не пальпируется, моча и стул обычной окраски, менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 5

Больная 3 лет, планово поступила в стационар. Данные анамнеза. У ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. Девочка всегда плохо сосала, затем плохо ела, отстаёт в массе тела; отмечается замедленное физическое и нервно-психическое развитие. Мать ребенка в первые месяцы беременности дважды перенесла острую вирусную инфекцию. Место работы матери - нефтеперерабатывающий завод, оператор. Данные объективного обследования. При поступлении кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек", отмечается деформация грудной клетки, пастозность стоп и голеней. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,0 см вправо от правой парастеральной линии, левая - по левой аксиллярной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС - 160 уд/мин; в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум с экстракардиальным проведением, отмечается акцент второго тона во II межреберье слева. ЧДД - 40, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см. Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Нв - 148 г/л, Эр - 5,91012/л, ЦП - 0,9, Л - 9,3109/л, П - 2, С - 23, Э - 1, ЛФ - 70, М - 4, СОЭ - 3 мм/час. ОАМ: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, Л - 0-1 в п/з, Эр - нет, слизь - немного. Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, К - 4,8 ммоль/л, Na - 143 ммоль/л, Ca - 1,8 ммоль/л, P - 1,5 ммоль/л, ALT - 23 Ед/л (норма - до 40), AST - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача 6

Больной П., 10 лет, поступил в детское отделение стационара с носовым кровотечением. Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом был поставлен диагноз: геморрагический васкулит. При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечная и легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: Нв - 101 г/л, эритроциты - 3,2x10¹²/л, тромбоциты - 12x10⁹/л, лейкоциты - 6,4x10⁹/л, п/я - 2%, с - 59%, э - 3%, л - 27%, м - 8%, СОЭ - 5 мм/час. Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 2%, нейтрофильный росток - 62%, эозинофильный росток - 4%, лимфоциты - 5%, эритроидный росток - 27%, мегакарициты - 1 на 120 миелокарицитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, удельный вес - 1008, белок - нет, эпителий плоский - 2-4 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задания для отработки практических умений

- составление плана ведения пациента с лейкозом
- составление плана ведения пациента тромбоцитопенической пурпурой
- составление плана ведения пациента гемофилией
- составление плана ведения пациента анемиями
- составление диеты больным детям различного возраста с анемией

Вопросы для занятия:

- Железодефицитной анемии: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
- Острой лейкомии: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
- Тромбоцитопенической пурпуры: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
- Гемофилии: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
- Тромбоцитопеническая пурпура: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Практическое занятие №8

Тема занятия: «Лечение инфекций у детей»

Цель: освоить тактику ведения и лечение детских инфекционных экзантем и выполнения лечебных вмешательств необходимых для лечения данной патологии, осуществлять контроль состояния и эффективность лечения с последующим оформлением медицинской документации.

Задания для практического выполнения

Задача №1

Ребенок 12 лет нормального телосложения, удовлетворительного питания, заболел остро, когда повысилась температура до 38,0, появился отек в области околушной железы справа. На следующий день температура повысилась до 38,50, появился отек в области околушной железы слева. На 3-й день болезни температура нормализовалась, на 6-й день - вновь повысилась до 39,0, появилась головная боль, боль в животе, двукратная рвота. Известно, что в классе, где учится мальчик, у нескольких детей было установлено аналогичное заболевание. При осмотре дома состояние ребенка тяжелое. Жалобы на боль в животе, тошноту и боль в околушных областях при жевании. В области околушных слюнных желез пальпируется опухолевидное болезненное образование, кожа над ними не изменена. Мальчику трудно открыть

рот (больно). Язык суховат, обложен серым налетом. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия. Менингеальные знаки отрицательные.

Общий анализ крови: Нб-120г/л, лейкоциты - 5x10⁹/л, эритроциты - 4x10¹²/л, Э-0, П-2%, С-46%, Л-59%, М-2%, СОЭ-18мм/час.

Диастаза мочи: 128ед.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №2

Мальчик 8 лет, заболел ветряной оспой. На 8-й день от начала болезни потерял сознание, были кратковременные (1-2 минуты) судороги, температура тела 37,3°C.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен, отмечались боли при пальпации органов брюшной полости. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Адинамичен. Стоит неуверенно, отмечается дизартрия речи. Небольшая сглаженность носогубной складки слева. Менингеальных симптомов нет. Положительные пальце-носовая и коленно-пяточная пробы. Положительная проба Ромберга.

Из анамнеза известно, что в детском саду зарегистрированы несколько случаев ветряной оспы.

Результаты дополнительного исследования:

Анализ мочи общий - без патологии.

Общий анализ крови: Нб - 136 г/л, Эр - 4,2x10¹²/л, Лейк -5,5x10⁹/л; п/я - 2%, с/я - 25%, э - 3%, л - 65%, м - 5%; СОЭ - 7 мм/час.

Спинально-мозговая жидкость: прозрачная, вытекает каплями, цитоз -30/3, из них нейтрофилов - 2%, лимфоцитов - 21%, белок - 0,165 г/л, сахар - в норме, реакция Панди - слабо положительная (+).

ВОПРОСЫ

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Задача №3

Мальчик, 14 лет, заболел 5 дней назад с повышения температуры до 38°C, кашля, насморка, через 3 дня температура повысилась до 39°C, на лице появилась пятнисто-папулезная сыпь, на следующий день сыпь появилась на туловище. При осмотре ребенок вялый, лицо одутловатое, конъюнктивы гиперемированы, веки отечны, светобоязнь, влажный кашель, из носа слизистое отделяемое. На коже лица туловища крупная пятнисто-папулезная сыпь, местами сливается, слизистая полости рта пестрая, рыхлая. Над легкими жесткое дыхание, справа под лопаткой выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны остальных органов патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Назначьте лечение.

4. План противоэпидемических мероприятий, если известно, что в семье еще двое детей 1 года и 5 лет.

5. Существует ли специфическая профилактика?

Задача №4

В медицинский кабинет детского сада обратились с ребенком 5 лет. Сегодня мама обнаружила на всем теле ребенка высыпания при нормальной температуре. В группе переболели почти все дети, карантин не объявляли. Объективно: состояние девочки удовлетворительное, играет. На коже лица, туловища и конечностей мелко-папулезная сыпь розового цвета на нормальном фоне кожи. Зев гиперемирован. Пальпируются затылочные лимфоузлы до размеров боба, эластичные, безболезненные. Сердце и легкие без особенностей, живот мягкий, стул и мочеиспускание в норме.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Назначьте лечение.

4. План противоэпидемических мероприятий, если известно, что в семье еще двое детей 1 года и 5 лет.

5. Существует ли специфическая профилактика?

Задача №5

Вы – фельдшер, на вызове у ребенка 3-х лет, посещающего детский комбинат. Заболел три дня назад, беспокоит сильный кашель, насморк, слезотечение, температура тела 38,0°-38,3°C.

Эпидемический анамнез: ребенок начал прививаться с 2-х летнего возраста, проведена вакцинация АКДС и против полиомиелита.

Контакт с инфекционными больными отрицается.

При осмотре: состояние средней тяжести, светобоязнь, конъюнктивит, в зеве – гиперемия, на слизистой щек мелкоточечные белые высыпания, на мягком небе – энантема. Дыхание жесткое, тоны сердца учащены.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

Задача №6

Вы – фельдшер, на вызове у ребенка 4-х лет, посещающего детский комбинат. Заболел сегодня утром, повысилась температура тела до 37,8°C, появился небольшой кашель и на всем теле красная пятнисто-папулезная сыпь на бледном фоне кожи, более густо сыпь покрывает ягодицы и наружные поверхности конечностей. В зеве – умеренная гиперемия, пальпируются болезненные затылочные и заднешейные лимфоузлы. Со стороны внутренних органов без изменений.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.

2. Где следует лечить такого больного?

3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в детском дошкольном учреждении.

4. Заполните экстренное извещение в ЦГСЭН.

Задания для отработки практических умений

техника закапывания капель в нос

обработка высыпаний кожи при ветряной оспе

составление плана ведения пациентов при инфекционных экзантемах
заполнение экстренного извещения
оформление журнала регистрации случаев инфекционной патологии

Вопросы для занятия:

Корь: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Краснуха: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Ветряная оспа: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Эпидемический паротит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Менингит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.
Дифтерия: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.
Мононуклеоз: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.
Эпидемический паротит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.
Коклюш: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.
Герпетическая инфекция у детей: этиология, патогенез; клинические проявления герпетической инфекции у детей: стоматит, герпетическая экзема Капоши, герпес кожи, генитальный герпес, лечение.
Кандидозная инфекция у детей: этиология, патогенез; клинические проявления герпетической инфекции у детей: молочница, кандидозная ангина, лечение.
ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез; клинические проявления различных стадий ВИЧ-инфекции у детей, лечение и уход.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 03. НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

3.1. МДК.03.01 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Тема: Организация неотложной помощи и интенсивной терапии на догоспитальном этапе.

Цель: Подготовить фельдшера, готового и способного к исполнению профессиональных функций в условиях работы станции СМП, службы неотложной медицинской помощи, медицины катастроф и ФАПов.

Тип занятия: практическое занятие

Задание для практического выполнения.

1. Изучить ФЗ №323 от 21.11.2011 г. Об основах охраны здоровья граждан РФ ст.33,35,372.
2. Знать функциональные обязанности фельдшера в разных условиях работы на догоспитальном этапе.
3. Знать особенности понятий Неотложная медицинская помощь, медицина катастроф
4. Задачи и принципы СМП и неотложной медицинской помощи и помощи, службы медицины катастроф, врачебных амбулаторий и ФАПов относятся к месту, где происходят события, требующие экстренной помощи человеку. Следует придерживаться основных принципов организации лечения, заложенных в регламентирующих документах : оперативность и своевременность, доступность, полнота и качество, беспрепятственность к госпитализации.

Тема: Острая дыхательная недостаточность.

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при острой дыхательной недостаточности. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи острой дыхательной недостаточности.

Тип занятия: практические занятия .

Задания для практического выполнения:

Физиология и патофизиология системы внешнего дыхания
Патофизиологические основы острой дыхательной недостаточности
Классификация ОДН
Вентиляционная ОДН
Паренхиматозная ОДН
Понятие об искусственной вентиляции легких
Режимы и паттерны ИВЛ
Показания для перевода на ИВЛ
Мониторинг при ИВЛ
Осложнения ИВЛ
Прекращение ИВЛ

Тема: Принципы ведения больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе.

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях при ОКС. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи у больных с ОКС.

Тип занятия: практическое занятие.

Задания для практического выполнения:

1. Понятие об ОКС. Этиология. Патогенез.
2. Клиническая картина ОКС.
3. ЭКГ признаки ОКС
4. Биохимические маркеры некроза миокарда.
5. Дифференциальная диагностика
6. Алгоритм принятия решений при подозрении на ОКС
7. Лечение ОКС

Тема: Принципы ведения больных с ОНМК на догоспитальном этапе.

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях при ОНМК. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи в острейшем периоде церебрального инсульта.

Тип занятия: практические занятия.

Задания для практического выполнения:

Диагностика клинических синдромов: отек мозга, внутричерепная гипертензия, дислокационные синдромы, судорожный синдром.
Дифференциальная диагностика ОНМК.
Стандарт и алгоритм оказания неотложной помощи пациентам с ОНМК на догоспитальном этапе.
Маршрутизация и транспортировка пациентов с ОНМК.
Оказание неотложной помощи пациентам с отеком мозга.
Оказание неотложной помощи пациентам с внутричерепной гипертензией.
Оказание неотложной помощи пациентам с судорожным синдромом.
Оказание неотложной помощи пациентам с острой дыхательной недостаточности.
Профилактические мероприятия по профилактике пролежней, тромбозов, пневмоний у пациентов с ОНМК.
Методы ранней реабилитации пациентов с ОНМК.

Тема: Принципы ведения пациентов на догоспитальном этапе с острой сердечной недостаточностью

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях при ОСН. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи больным с ОСН.

Тип занятия: практическое занятие.

Задания для практического выполнения:

1. Определение острой сердечной недостаточности
2. Клинические проявления острой сердечной недостаточности
3. Основные причины и провоцирующие факторы острой сердечной недостаточности Клиническая картина геморрагического инсульта.
4. Патогенез отдельных вариантов острой сердечной недостаточности
5. Диагностика на догоспитальном этапе
6. Лечение на догоспитальном этапе

Тема: Лабораторный и инструментальный мониторинг критических состояний на догоспитальном этапе.

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного использовать лабораторный и инструментальный мониторинг для критических состояний. Формирование умений, общих и профессиональных компетенций.

Тип занятия: практические занятия.

Перечень рассматриваемых вопросов:

Основные патогенетические звенья критических состояний.
Принципы диагностики критических состояний на догоспитальном этапе.
Принципы лабораторного мониторинга на догоспитальном этапе, показания для его проведения.
Принципы инструментального мониторинга критических состояний на догоспитальном этапе.
Принципы ведения больных с критическими состояниями.
Респираторная поддержка при лечении больных с критическими состояниями.
Клинический минимум лабораторного и инструментального мониторинга у пациентов с критическими состояниями на догоспитальном этапе.

Тема: Постреанимационная болезнь.

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при постреанимационной болезни.

Тип занятия: практические занятия .

Задания для практического выполнения:

Перечень рассматриваемых вопросов:

Понятие о постреанимационной болезни.
Патогенетические особенности постреанимационной болезни.
Стадии постреанимационной болезни.
Неотложная помощь при постреанимационной болезни.
Основы лечения СПОН при постреанимационной болезни.
Прогноз постреанимационной болезни. Факторы, влияющие на исход.

Тема: Сортировка и транспортировка больных в условиях чрезвычайных ситуаций

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь пораженным и больным при ЧС. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС.

Тип занятия: практическое занятие.

Задание для практического выполнения:

Понятие о ЧС.
Организация и задачи службы экстренной медицинской помощи при ЧС.
Виды и объёмы медицинской помощи.

Особенности медицинской эвакуации.
Основы медицинской сортировки пораженных (больных) в условиях чрезвычайной ситуации.

Тема занятия: Интенсивная терапия острых отравлений на догоспитальном этапе.

Тип занятия: практическое занятие

Задание для практического выполнения:

1. Диагностика отравления
2. Способы идентификации яда
3. Выявить ведущий синдром
4. Детоксикация (промывание желудка)
5. Антидотная терапия и противоядия
6. Поддерживающее лечение
7. Госпитализация (показания)

Фельдшер, чаще бригады СМП при сборе анамнеза и осмотре б-го должен одновременно осмотреть бытовые особенности, наличие ампул, конвалют из под лекарств и некоторые сведения от присутствующих на месте происшествия. Необходимо уточнить путь попадания яда в организм. Чаще яд попадает через ЖКТ.

Если у пострадавшего нет угрожающего жизни синдрома, начинать следует с удаления яда из желудка методом зондового промывания ж-ка, для чего необходимо иметь Для профилактики осложнений желудочный зонд, смазанный вазелином, с воронкой, ведро воды (10-12 л) комнатной температуры, порциями по 200 -300 мл. Противопоказаниями для промывания ж-ка являются: стенокардия, гипертонический криз, отек легких, аневризма аорты, язва или дивертикул пищевода, отравление прижигающими ядами. При промывании ж-ка могут возникнуть осложнения: травма языка, аспирация промывными водами, перфорация глотки, пищевода, желудка, кровотечения.

Для профилактики осложнений нужно помнить !!! Больной должен лежать на животе с опущенной головой (промывные воды самотеком, через сифон должны быть прозрачными). Если больной находится в коме, то перед введением зонда, он должен быть интубирован трубкой с раздувной манжеткой. Желательно промывные воды отправить в судебно-химическую лабораторию. При идентификации токсического агента кроме лабораторного подтверждения должна учитываться данные анамнеза, клинического осмотра и места происшествия также результаты морфологического подтверждения.

Перед извлечением зонда в желудок вводят сорбенты (активированный уголь, каолин, ионообменные соли), способные связывать остатки яда и тем самым предотвращать их действие. Для снижения интоксикации прибегают к форсированному диурезу. Применение антидотов важно в первые часы. АНТИДОТЫ прямого действия осуществляют непосредственное химическое или физико-химическое взаимодействие с ядом (атропин, дипириксим – ФОС; амилнитрит – синильная кислота; кислород – СО, сероводород; кальция хлорид- щавелевая кислота; налоксон- препараты опиоя). Симптоматическое лечение направлено на получение клинического эффекта (обезболивание, поднятие сосудистого тонуса, устранение гиповолемии и пр.) ПОКАЗАНИЯ к госпитализации: экзогенные отравления (лекарства, ср-ва бытовой химии, инсектициды, промышленные вещества); отравления животными ядами (укусы насекомых, змей); отравления растительными ядами (грибы, ягоды); алкогольная кома почечная, печеночная недостаточность.

Тема: Принципы лечения приступов бронхиальной астмы на догоспитальном этапе.

Тип занятия: практическое занятие.

Задание для практического выполнения:

1. Диагностика тяжести приступа бронхиальной астмы.
2. Стандарты лечения больных с разной степенью тяжести в острой фазе.
3. Оценка эффективности лечения.
4. Показания к госпитализации.

Первой инстанцией обращения больных с приступом БА является служба СМП и доля их составляет 3-5% от общего количества вызовов. При легкой степени больные имеют ясное сознание. Несколько возбуждены. Кожные покровы бледны с цианозом. Экспираторная одышка 20-24 в минуту, незначительное включение вспомогательной мускулатуры. Кашель с трудноотделяемой мокротой. Свистящие хрипы при выслушивании. Тахикардия, АД в норме. ПСВ -70-90%.

При средней степени тяжести в стадии обострения больные возбуждены, цианоз и потливость кожи, экспираторная непродуктивный кашель. Несмотря на усиливающуюся одышку дыхательные шумы ослабевают вплоть до появления зон «немного легкого», ЧСС >100, АД чаще снижено, ПСВ – 50-70%.

При тяжелой степени тяжести в острой фазе больной испуган, возбужден, активное участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, резкая экспираторная одышка, тахикардия. ПСВ <50%. Угроза гипоксической комы.

Стандарты и оценка эффективности лечения

При легкой степени: ингаляции β₂ агонистов короткого действия (сальбутамол 2,5 мл, беродуал 1—2 мл в течение 10 минут через небулайзер. Оценка лечения ч/20 минут. При отрицательном результате нужно повторить в том же порядке.

При средней степени тяжести (сальбутамол- 2,5-5,0мл, беродуал- 2-3 мл ч/небулайзер 10 минут+ преднизолон 20-30 мг внутрь или 60-90 мг в/в или пульмикорт 1000-2000мкг через небулайзер. Контроль ч/20мин. При неудовлет.рез-те повторить.

При тяжелом течении - доза салбутамола и биротека остается прежней через небулайзе в течение 10 минут, а доза преднизолона повышается до 90-150 в/в, а пульмикорта в той же дозировке. При отсутствии эффекта показано введение р-ра адреналина 0,1%-0,5 мл.

При отсутствии небулайзера или насыщенной просьбе больного возможно введение в/в 2,4% р-р эуфилина 10-20 мл.

Для больных ХОБЛ важно недопустить снижения ПСВ <40%. Основными бронхолитическими препаратами при ХОБЛ являются антихолинэргические препараты, β₂симпатомиметики, ксантины, гепарин, глюкокортикостероны, антибиотики, мочегонные. В

тяжелых случаях небулайзерная терапия бронхолитиками.

Показания для госпитализации

Тяжелое обострение с угрозой гипоксемической комы
Отсутствие эффекта на проводимую бронходилатационную терапию
Высокий риск смерти, угроза остановки дыхания
Неблагоприятные бытовые условия.

Тема: Понятие о неотложных, критических, терминальных состояниях.

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи при неотложных, критических, терминальных состояниях.

Тип занятия: практические занятия .

Задания для практического выполнения:

Понятие о неотложных и критических состояниях на догоспитальном этапе.
Терминальные состояния.
Особенности патофизиологии и метаболизма при умирании.
Агония, преагония, терминальная пауза.
Клиническая смерть.
Формы остановки кровообращения.

Тема: Шок. Понятие, виды. Интенсивная терапия на догоспитальном этапе.

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях при шоках различной этиологии. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи при травматическом и геморрагическом шоке.

Тип занятия: практические занятия.

Задания для практического выполнения:

Клиническая картина и диагностика травматического шока.
Клиническая картина и диагностика геморрагического шока.
Клиническая картина и диагностика септического шока.
Клинические синдромы: гиповолемия, коагулопатия. Их диагностика.
Оказание неотложной помощи пациентам с геморрагическим шоком
Оказание неотложной помощи пациентам с травматическим шоком.
Стандарты и алгоритмы оказания неотложной помощи пациентам в состоянии различных видов шока.
Интенсивная терапия шока на догоспитальном этапе

Тема: Основы инфузионной терапии на догоспитальном этапе.

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях, используя инфузионную терапию. Совершенствование навыков применения инфузионной терапии как метода интенсивного лечения пациента.

Тип занятия: практические занятия.

Задания для практического выполнения:

Понятие о интенсивной терапии на догоспитальном этапе;
Инфузионная терапия – как основа интенсивной терапии;
Принципы и средства инфузионной терапии;
Кристаллоидные растворы;
Коллоидные растворы;
Осложнения инфузионной терапии

Тема: Принципы ведения больных на догоспитальном этапе с гипертоническим кризом

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при гипертоническом кризе.

Тип занятия: практическое занятие.

Перечень рассматриваемых вопросов:

Определение гипертонической болезни и гипертонического криза.
Классификация.
Осложнения гипертонической болезни и гипертонического криза.
Лечение гипертонической болезни и гипертонического криза.

Краткий конспект теоретических материалов.

Определение.

Гипертонический криз (ГК) - это острое значительное повышение артериального давления (АД) от обычно существующего у каждого конкретного лица его уровня, независимо от того, нормотоник этот пациент или имеет артериальную гипертонию. Гипертонический криз сопровождается нарушением функции органов-мишеней и вегетативной нервной системы.

Как правило, гипертонический криз возникает у больных с эссенциальной или симптоматической артериальной гипертензией, но он может наблюдаться и у здоровых людей под влиянием ряда факторов (употребления алкоголя, психо-эмоциональной нагрузки и др.). Клинически ГК характеризуется появлением симптомов, характерных для нарушения функции вегетативной нервной системы и органов-мишеней: сердца, головного мозга, почек. Выраженность симптоматики при этом во многом зависит от степени повышения АД, глубины поражения этих органов, также как и реакции вегетативной нервной системы.

В формировании ГК важную роль играет соотношение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) и величины сердечного выброса (СВ). Повышение ОПСС является следствием увеличения тонуса артериол за счет вегетативных влияний и задержки натрия, а прирост СВ, обеспечивается учащением частоты сердечных сокращений и увеличением объема циркулирующей крови, происходящих в результате воздействия нейрогуморальных факторов.

Классификация

Предлагаемая ниже классификация ГК представляется наиболее удобной с точки зрения догоспитального этапа, т.к. она позволяет сотруднику скорой медицинской помощи дифференцировано подойти к выбору патогенетически обоснованной лечебной тактики. Критериями при создании этой классификации были такие показатели, как ОПСС и СВ. По этой классификации различают два типа гипертонического криза:

А. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ КРИЗ (криз 1-го типа). Само название предполагает, что этот тип криза формируется в результате преимущественного повышения сердечного выброса, тогда как периферическое сосудистое сопротивление остается неизменным или повышается незначительно. Именно этой особенностью центральной гемодинамики объясняется то, что при гиперкинетическом кризе отмечается выраженный подъем систолического АД; уровень диастолического АД не меняется или меняется мало. Возникает гиперкинетический криз чаще всего на ранних стадиях заболевания, характеризуется быстрым развитием, сопровождается тахикардией и бурной вегетативной симптоматикой: пятнистой гиперемией кожных покровов, потливостью, сердцебиением, иногда — полиурией. Длительность криза 1-го типа обычно не превышает 2-4 часов.

Б. ГИПОКИНЕТИЧЕСКИЙ КРИЗ (криз 2-го типа). При данном варианте криза гемодинамическая картина меняется, артериальное давление повышается вследствие высокого ОПСС на фоне той или иной степени снижения СВ. При этом наблюдается повышение как систолического, так и диастолического АД, зачастую прирост диастолического АД преобладает. Развитие 2-го типа криза характерно для больных с исходно более высокими цифрами АД, на поздних стадиях заболевания, когда происходит поражение органов-мишеней. Гипокинетическому кризу свойственно более медленное развитие, длительное (до нескольких суток) и тяжелое течение. Для больных характерна адинамия, бледность кожных покровов, преобладание мозговых и сердечных симптомов.

Необходимо различать неосложненное и осложненное течение гипертонических кризов.

К неосложненным гипертоническим кризам следует относить кризы, протекающие с минимальной субъективной и объективной симптоматикой на фоне имеющегося существенного повышения артериального давления.

Наиболее частыми осложнениями ГК являются:

- острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких);
- острый коронарный синдром;
- острый инфаркт миокарда;
- расслаивающаяся аневризма аорты;
- энцефалопатия;
- транзиторная ишемия мозга;
- инсульт;
- фибриноидный некроз стенок почечных сосудов и острая почечная недостаточность.

Лечение неосложненного гипертонического криза.

Непосредственной задачей при лечении гипертонического криза является относительно быстрое снижение уровня артериального давления примерно на 25% от имеющегося. Более значительное быстрое снижение АД может способствовать ухудшению кровотока в жизненно важных органах и нарастанию симптоматики. Однако, выбор препарата (или комплекса лекарственных средств), путь введения, предполагаемая скорость и величина снижения АД напрямую зависят от типа гипертонического криза и наличия осложнений. Госпитализация обязательна для больных с любым видом осложненного течения криза, недостаточной эффективности лечебных мероприятий на догоспитальном этапе, а также при впервые возникшем кризе, с улицы и из общественных мест.

Правильность диагноза во многом определяется тщательным опросом пациента. При этом помимо подробного изучения жалоб на момент осмотра, и получения сведений о сопутствующих и перенесенных сердечно-сосудистых заболеваниях, сосудистых поражениях головного мозга, заболеваниях почек, сахарном диабете, необходимо получить ответы на следующие вопросы:

- Есть ли в анамнезе артериальная гипертензия, давность заболевания?
- Каковы привычные и максимальные цифры АД?
- Какую регулярную антигипертензивную терапию получает?
- Что обычно ощущает больной при значительном повышении АД?
- Длительность настоящего приступа?
- Принимал ли пациент какие-либо препараты до прибытия бригады?
- Не допустил ли пациент прекращения приема гипотензивных средств, и какие препараты были отменены?

При наличии кардиалгии, нарушения сердечного ритма или одышки особое значение приобретает электрокардиографическое исследование.

Изменения конечной части желудочкового комплекса (депрессия или элевация сегмента “ST”, формирование симметричного отрицательного зубца “T”) достоверно отражают формирование острого коронарного синдрома или инфаркта миокарда.

Основные признаки неосложненного гипертонического криза и принципы дифференцированной терапии в зависимости от гемодинамического типа приведены на рис.1.

Рис.1. Диагностика и лечение неосложненного гипертонического криза			
Гиперкинетический		Гипокинетический	
			
Быстрое развитие, преимущественное повышение систолического АД, чувство тревоги, тахикардия, гиперемия кожных покровов		Медленное развитие, значительное повышение диастолического АД, бледность кожных покровов, появление симптомов со стороны органов-мишеней	

 Часто возможно купирование одним препаратом		 Как правило, для купирования применяется комплексная терапия	
	Антагонисты кальция (Нифедипин, Коринфар, Кордафлекс) 10-30 мг под язык или Ингибиторы АПФ (Каптоприл, Капотен) 25-50 мг по язык		
			
	Эффект недостаточный		
			
	Обзидан до 5 мг в/венно дробно или Проксодолол 2 мл в/венно (возможно дробное введение через каждые 5 минут до 10 мл под контролем АД и ЧСС. или Дроперидол 2-4 мл в/венно		Дроперидол 2-4 мл в/венно или Проксодолол 2 мг в/венно (возможно дробное введение через каждые 10 минут до 10 мл под контролем АД) или Фуросемид 40-80 мг в/венно <i>При преобладании мозговой симптоматики:</i> Дибазол 1%-5,0 в/венно или Эуфиллин 2,4% -5-10 мл в/венно
			
Госпитализация: в связи с отсутствием эффекта от терапии, при кризе, возникшем впервые, из общественных мест, с улицы			

Мы видим, что купирование ГК как гиперкинетического, так и гипокINETического типа следует начинать с сублингвального назначения антагонистов кальция кратковременного действия (к примеру, нифедипина, коринфара) в дозе 10-30 мг.

При таком приеме препарат быстро всасывается и при снижении АД через 15-30 минут можно с большой долей достоверности прогнозировать купирование криза. Снижение АД достигается в результате расслабляющего влияния этого антагониста кальция на сосудистую стенку. Противопоказаниями к применению этих препаратов являются выраженная тахикардия, тяжелый аортальный стеноз, декомпенсация кровообращения.

Столь же эффективны при приеме под язык ингибиторы АПФ, например, Каптоприл в дозе 25-50 мг, однако он не имеет преимуществ перед Нифедипином. Данный препарат подавляет превращение ангиотензина I в ангиотензин II, препятствуя тем самым вазоконстрикции. Действие препарата наступает через 10 минут и продолжается до 5 часов. Следует иметь в виду, что ингибиторы АПФ противопоказаны при выраженной почечной недостаточности, беременности и в период лактации.

В случае недостаточной эффективности от сублингвальной терапии названными препаратами назначается дополнительное лечение. При гипертоническом кризе 1-го типа преобладает стимуляция β-адренергических рецепторов, клинически проявляющихся увеличением числа сердечных сокращений, в связи с чем, целесообразно использование внутривенной инфузии блокаторов β-адренергических рецепторов (Обзидан, Бривиблок), к примеру, медленное внутривенное введение Обзидана в дозе 2-5 мг. Введение Обзидана должно сопровождаться обязательным контролем над уровнем АД и ритмом сердца.

Альтернативой Обзидану является Проксодолол - β-адреноблокатор, обладающий также выраженным α-адренолитическим эффектом, вследствие чего происходит расслабление тонуса сосудов и снижение общего периферического сосудистого сопротивления. Это свойство препарата позволяет применять его и при кризах гипокINETического типа. Проксодолол вводится внутривенно в дозе 2 мл в 10 мл

изотонического раствора в течение 1-2 минут. При отсутствии эффекта через каждые 10 минут, возможно, дробное дополнительное введение препарата (всего до 10 мл). Проксодолол, также как и Обзидан, противопоказан при брадикардии, нарушении атриовентрикулярной проводимости, выраженной сердечной недостаточности.

При выраженном возбуждении пациента, чувстве страха, а также при «судорожной готовности» необходимо внутривенное применение Дроперидола в дозе 2-4 мл в зависимости от массы пациента. Помимо нейролептического действия этот препарат обладает собственным выраженным гипотензивным эффектом.

Учитывая, что гипокINETический гипертонический криз характеризуется набуханием интимы сосудов, повышением ОЦК, часто возникает у больных с застойной недостаточностью кровообращения, хронической почечной недостаточностью, хороший эффект может быть достигнут в результате быстрого внутривенного введения 40-80 мг Фуросемида.

При преобладании симптомов со стороны головного мозга рекомендуется мягкая гипотензивная терапия с одновременным уменьшением сопротивления мозговому кровотоку, которая может быть достигнута применением внутривенной инъекции 5 мл 1% Дибазола или 5-10 мл 2,4% Эуфиллина в сочетании с сублингвальным приемом антагонистов кальция (Нифедипин, Коринфар и т.д.).

Нередко ГК развивается вследствие прекращения приема гипотензивных лекарственных средств. В частности, если ГК является следствием отмены Клофелина, то и снижение АД следует начинать с внутривенного введения данного препарата в дозе 0,15 мг.

Показаниями к госпитализации больных с неосложненным ГК являются: отсутствие эффекта от терапии, криз, возникший впервые, а также из общественных мест и с улицы. Транспортировка больных с неосложненным гипертоническим кризом осуществляется бригадами любого типа, только на носилках в положении лежа.

Тема: Принципы ведения больных на догоспитальном этапе с нарушениями ритма сердца.

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при нарушениях ритма сердца.

Тип занятия: практическое занятие.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Виды аритмий. Нарушение возбудимости, нарушение проводимости.
2. Фибрилляция желудочков. Фибрилляция предсердий.
3. Экстрасистолия. Пароксизмальные тахикардии.
4. Блокады. Синдром МЭС.

Общие принципы неотложной терапии тахикардий.

Тактика купирования нарушения ритма сердца и выбор антиаритмического препарата зависят от ряда факторов:

тяжести пароксизма тахикардии;

вида аритмии, эффективности антиаритмического препарата, его побочных реакций;

предшествующей антиаритмической терапии;

характера основного заболевания, состояния сократительной функции миокарда;

наличия или отсутствия дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения, функции синусового узла, состояния

атриовентрикулярной (АВ) и внутрижелудочковой проводимости;

продолжительности тахикардии.

Пароксизмальные и персистирующие тахикардии, осложненные сердечной недостаточностью (сердечная астма, отек легких), гипотензией (систолическое АД менее 90 мм рт. ст.), ангинозными болями и/или усугублением ишемии миокарда, должны купироваться электроимпульсной терапией (ЭИТ).

Для экстренного восстановления синусового ритма ЭИТ рекомендуются следующие начальные энергии разрядов (для однофазных дефибрилляторов):

фибрилляция желудочков (ФЖ) и полиморфная желудочковая тахикардия (ПМЖТ) – 360 Дж;

мономорфная желудочковая тахикардия (ЖТ) – 50–100 Дж;

фибрилляция предсердий (ФП) – 200 Дж;

трепетание предсердий (ТП) и пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (ПНЖТ) – 50–100 Дж.

Редкие, непродолжительные, асимптомные приступы тахикардии не требуют купирования. При выборе препарата для фармакологической кардиоверсии надо учитывать не только его эффективность, но и ранее применявшиеся антиаритмические средства. Лекарства с неблагоприятным синергическим действием (удлиняющие интервал QT, вызывающие брадикардию и др.) следует использовать с осторожностью или вообще не применять. Купирование тахикардии, как правило, проводят одним препаратом, а при его неэффективности переходят к электрической кардиоверсии.

Если есть застойная сердечная недостаточность или снижена фракция выброса (ФВ), то фармакологическая кардиоверсия не должна включать антиаритмические препараты с отрицательным инотропным действием (b-блокаторы, верапамил, дизопирамид, соталол и др.).

Следует иметь в виду, что проаритмическое действие антиаритмических препаратов, регистрируемое приблизительно в 5–10% случаев, может существенно увеличиться у данной категории больных. Основными препаратами для купирования тахикардий при систолической дисфункции миокарда являются аденозин, амиодарон и лидокаин.

У больных со значительной гипертрофией миокарда и нарушением диастолической функции ЛЖ, например гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП), с целью урежения частоты сердечных сокращений (ЧСС), фармакологической кардиоверсии или профилактического лечения целесообразно применять антиаритмические препараты, не имеющие высокого риска индукции полиморфной ЖТ “torsades de pointes” (амиодарон, b-блокаторы).

Наличие хронического обструктивного заболевания легких является противопоказанием к использованию b-блокаторов (относительное противопоказание к назначению стойкая ремиссия), соталола, пропafenона, аденозина. Медикаментозная кардиоверсия аритмий вне стационара при наличии нарушений АВ-проводимости и блокад ветвей пучка Гиса не рекомендуется.

Для купирования затянувшихся пароксизмов наджелудочковых и желудочковых тахикардий, вероятно, в большинстве случаев следует проводить электрическую кардиоверсию.

Суправентрикулярные аритмии.

Требующие неотложной терапии.

Пароксизмальная СВТ (ПНЖТ).

Пароксизмальная форма ФП длительностью до 48 ч вне зависимости от наличия признаков нарушения гемодинамики.

Пароксизмальная форма ФП длительностью более 48 ч, сопровождающаяся тахисистолией желудочков и нарушением гемодинамики.

Устойчивая (персистирующая) форма ФП, сопровождающаяся тахисистолией желудочков и нарушением гемодинамики.

Постоянная форма ФП, сопровождающаяся тахисистолией желудочков и нарушением гемодинамики.

Пароксизмальная форма ТП длительностью менее 48 ч.

Пароксизмальная форма ТП длительностью более 48 ч, сопровождающаяся тахисистолией желудочков (1:1 или 2:1) и нарушением гемодинамики.

Не требующие проведения неотложной терапии.

Синусовая тахикардия.

Суправентрикулярная (в том числе предсердная) экстрасистолия.

Пароксизмальная форма ФП длительностью более 48 ч, не сопровождающаяся тахисистолией желудочков и нарушением гемодинамики.

Устойчивая (персистирующая) форма ФП, не сопровождающаяся тахисистолией желудочков и нарушением гемодинамики.

Постоянная форма ФП, не сопровождающаяся тахисистолией желудочков и нарушением гемодинамики.

Пароксизмальная форма ТП длительностью более 48 ч, не сопровождающаяся тахисистолией желудочков и нарушением гемодинамики.

Желудочковые аритмии.

Требующие неотложной терапии.

Фибрилляция желудочков.

Устойчивая мономорфная ЖТ.

Устойчивая полиморфная ЖТ (в том числе torsadesdepointes, типа «пируэт»).

Неустойчивая ЖТ у больных с инфарктом миокарда.

Частая, парная, политопная, желудочковая экстрасистолия у больных с инфарктом миокарда.

Не требующие неотложной терапии.

Желудочковая экстрасистолия 1, 2 класса по B.Lowp.

Замещающие ритмы (ускоренный идиовентрикулярный ритм, ритм из AVсоединения) с ЧСС > 50 в минуту и без нарушений гемодинамики.

Реперфузионные аритмии после успешной ТЛТ у больных с инфарктом миокарда (медленная ЖТ, ускоренный идиовентрикулярный ритм), не сопровождающиеся нарушениями гемодинамики.

Нарушение проводимости.

Требующие проведения неотложной терапии.

СССУ (СВДСУ) с синкопальными состояниями, приступами Морганьи – Адамса – Стокса либо с ЧСС < 40 в мин.

АВ – блокада Iст. с синкопальными состояниями, приступами Морганьи – Адамса – Стокса либо с ЧСС < 40 в мин.

Полная АВ – блокада (IIIст.) с синкопальными состояниями, приступами Морганьи – Адамса – Стокса либо с ЧСС < 40 в мин.

Не требующие неотложной терапии.

СССУ (СВДСУ) без синкопальными состояниями и приступов Морганьи – Адамса – Стокса.

АВ – блокада I ст.

АВ – блокада IIст. без синкопальными состояниями и приступов Морганьи – Адамса – Стокса.

Полная АВ – блокада (IIIст.) с ЧСС > 40 в мин. без синкопальными состояниями и приступов Морганьи – Адамса – Стокса.

Моно-, би-, трифасцикулярные блокады ножек пучка Гиса.

Клинические проявления значимых нарушений гемодинамики:

ОСН III,IVст. поKillip.

ОКС.

Расстройства сознания.

Суправентрикулярная тахикардия.

Всем пациентам, у которых диагностирована СВТ, восстановление синусового ритма показано на догоспитальном этапе с помощью:

Вагусные пробы.

Медикаментозная кардиоверсия.

ЭИТ при пароксизме, сопровождающемся выраженной тахисистолией желудочков (ЧЖС 150 и более в минуту) и серьезными нарушениями гемодинамики: ОСН III,IVст. поKillip; ОКС спST, ОКС бпST; угнетение сознания (сопор, кома).

Медикаментозная терапия

При впервые зарегистрированной СВТ препаратом выбора является АТФ: 10 мг в/в болюс (одним нажатием) затем 20 мл 0.9% физиологического раствора, поднимают конечность. При неэффективности повтор ч/з 2 мин 10 – 20 мг.

Верапамил: 5 мг в/в за 2 – 4 мин, с возможным повтором через 10 – 15 мин 5 – 10 мг.

Мезатон (на фоне гипотонии): доза титруется по 1 мг в/в струйно на 0.9% физиологическом растворе до восстановления ритма, либо повышения САД до цифр, превышающих оптимальное САД не более чем на 20 – 30 единиц.

Следует помнить, что для купирования фибрилляции предсердий при синдроме WPW нельзя использовать препараты, тормозящие проведение в АВ - узле, т.к. они могут улучшить проведение в дополнительном пути. К ним относятся сердечные гликозиды, верапамил, β - адреноблокаторы.

Показания к госпитализации

Появление осложнений, потребовавших проведение ЭИТ.

Впервые зарегистрированная СВТ.

Отсутствие эффекта от медикаментозной терапии (на догоспитальном этапе применяют только один антиаритмический препарат).

Часто рецидивирующие нарушение ритма.

Мерцательная аритмия.

Показания к восстановлению синусового ритма при МА (ФП и ТП).

Пароксизмальная форма МА длительностью менее 48 ч вне зависимости от наличия нарушений гемодинамики.

Пароксизмальная форма МА длительностью более 48 ч и устойчивая (персистирующая) форма МА, сопровождающаяся выраженной тахисистолией желудочков (ЧЖС 150 и более в минуту) и серьезными нарушениями гемодинамики: ОСН III,IVст. поKillip; ОКС спST, ОКС бпST; угнетение сознания (сопор, кома).

Отказ от восстановления синусового ритма при МА (ФП и ТП).

Пароксизмальная форма длительностью более 48 ч, умеренная тахисистолия желудочков менее 150 в мин. и клиническая картина умеренно выраженных нарушений гемодинамики: ОСН Iст.; САД > 90 мм тр. ст.; клиника ОКС бпSTне более 15 мин; нет признаков ишемии на ЭКГ.

Устойчивая (персистирующая) форма МА, умеренная тахисистолия желудочков менее 150 в мин. и клиническая картина умеренно выраженных нарушений гемодинамики: ОСН I–IIст.; САД > 90 мм тр. ст.; клиника ОКС бпSTне более 15 мин; нет признаков ишемии на ЭКГ.

Постоянная форма МА, сопровождающаяся тахисистолией желудочков и клинической картиной ОСН любой степени тяжести или ОКС любой степени выраженности и формы.

В данных случаях проводят терапию, направленную на урежение ЧЖС до 60 – 90 в мин., купирование признаков ОСН и купирование болевого синдрома.

Медикаментозная терапия

Восстановление синусового ритма.

Кордарон 150 – 300 мг в/в струйно на 0.9% физиологическом растворе в течение 15 – 20 минут.

Ритмилен (дизопирамид) 150 мг в/в струйно на 0.9% физиологическом растворе в течение 5 минут.

Верапамил (изоптин, финоптин) 5 – 10 мг в/в струйно на 0.9% физиологическом растворе в течение 5 минут.

Прокаинамид (новокаинамид) — показан при сохранённой стабильной гемодинамики; в/в медленно по 100 мг (10% 10 мл разводят раствором натрия хлорида 0,9% до 10 мл и вводят по 1 мл в течение 1 мин), затем повторяют введения по 100 мг через каждые 5 мин до суммарной дозы 1000 мг (до 17 мг/кг массы тела). В момент купирования мерцательной аритмии введение препарата прекращают. Дигоксин показан пациентам с признаками ХСН. При быстром темпе дигитализации в/в 0,5 мг (2 мл 0,025% р – ра) струйно на 0,9% физиологическом растворе в течение 5 минут с последующим повтором по 0,25 мг дважды с интервалом 4 часа. Метаболические антиаритмики: панангин 10 мл в/в струйно на 0,9% физиологическом растворе; магния сульфат 2,5 гр. в/в струйно на 0,9% физиологическом растворе в течение 5 минут. Особо показаны при токсической этаноловой миокардиопатии в сочетании с β – адреноблокаторами.

Урежение частоты желудочковых сокращений.

Верапамил 5 – 10 мг в/в струйно на 0,9% физиологическом растворе в течение 10 минут.

β – адреноблокаторы: бревиблок (эсмолол) по 20 мг струйно на 0,9% физиологическом растворе каждые 5 минут до 100 мг, под контролем АД до желаемой ЧЖС ; беталок (метопролол) 5 мг в/в струйно на 0,9% физиологическом растворе в течение 5 минут.

Кордарон 150 – 300 мг в/в струйно на 0,9% физиологическом растворе в течение 15 – 20 минут.

Дигоксин 0,25 – 0,5 мг в/в струйно на 0,9% физиологическом растворе в течение 5 минут.

Метаболические антиаритмики: панангин 10 мл в/в струйно на 0,9% физиологическом растворе; магния сульфат 2,5 гр. в/в струйно на 0,9% физиологическом растворе в течение 5 минут.

Показания к госпитализации

Впервые выявленная МА.

Пароксизмальная форма МА, не поддающаяся медикаментозной кардиоверсии.

МА (пароксизмальная или устойчивая), сопровождающаяся расстройствами гемодинамики или ишемией миокарда (клинически ОКС; электрокардиографические признаки ишемии), которую удалось купировать медикаментозно либо с помощью электрической кардиоверсии. Развитие осложнений антиаритмической терапии.

Желудочковая тахикардия.

ЖТ служит показанием для проведения немедленной активной терапии, направленной на восстановление ритма.

Классификация:

Залповая ЖТ.

Неустойчивая ЖТ (от 3-х последовательных комплексов до 30 секунд).

Устойчивая ЖТ (более 30 секунд).

Мономорфная ЖТ (комплексы QRS все одинаковые).

Полиморфная ЖТ (непрерывно меняющиеся комплексы QRS).

Полиморфная ЖТ типа пируэт (двунаправленная веретенообразная, torsadepointes).

Исходящую из пути оттока правого желудочка.

Фибрилляция желудочков

Фибрилляция, или мерцание, желудочков - это аритмичные, некоординированные и неэффективные сокращения отдельных групп мышечных волокон желудочков с частотой более 300 в 1 мин. При этом желудочки не развивают давления, и насосная функция сердца прекращается.

Близким к фибрилляции желудочков является их трепетание, которое представляет собой желудочковую тахикардию с частотой 220-300 в 1 мин. Как и при фибрилляции, сокращения желудочков при этом неэффективны и сердечный выброс практически отсутствует. Трепетание желудочков – неустойчивый ритм, который в большинстве случаев довольно быстро переходит в их фибрилляцию, изредка - в синусовый ритм. Клинически эквивалентна фибрилляции желудочков также частая желудочковая тахикардия с потерей сознания (так называемая желудочковая тахикардия без пульса).

Фибрилляция (мерцание) желудочков представляет собой дезорганизованную электрическую активность миокарда желудочков, в основе которой лежит механизм re-entry.

Во время фибрилляции желудочков их полноценные сокращения прекращаются, что клинически проявляется остановкой кровообращения, сопровождающейся потерей сознания, отсутствием пульсации и АД на крупных артериях, отсутствием сердечных тонов и дыхания. При этом на ЭКГ регистрируются частые (300 до 400 в минуту), нерегулярные, не имеющие четкой конфигурации электрические осцилляции с меняющейся амплитудой.

Близким к фибрилляции желудочков является трепетание желудочков (ТЖ), которое представляет собой желудочковую тахикардию с частотой 200-300 в минуту.

Как и при фибрилляции, сокращения желудочков при этом неэффективны и сердечный выброс практически отсутствует. При трепетании на ЭКГ отмечают регулярные и одинаковые по форме и амплитуде волны трепетания, напоминающие синусоидальную кривую. Трепетание желудочков – неустойчивый ритм, который в большинстве случаев быстро переходит в их фибрилляцию, изредка – в синусовый ритм.

Фибрилляция (мерцание) желудочков является основной причиной внезапной сердечной смерти.

Лечение фибрилляции (мерцания) желудочков заключается в применении экстренной сердечно-лёгочной реанимации, включающей немедленную дефибрилляцию.

Эпидемиология фибрилляции (мерцания) желудочков.

Фибрилляция желудочков наблюдается примерно в 80 % случаев остановки сердца. Из 300 тыс. летальных исходов от внезапной сердечной смерти в США, в 75%-80% случаев они возникали в результате развития фибрилляции (мерцания) желудочков.

Фибрилляция желудочков чаще развивается у мужчин, чем у женщин (3:1).

Наиболее часто фибрилляцию желудочков отмечают среди людей в возрасте 45-75 лет.

Этиология фибрилляции (мерцания) желудочков.

У большинства пациентов фибрилляция желудочков развивается на фоне различных заболеваний сердца, а также других экстракардиальных нарушений.

Причинами развития фибрилляции желудочков могут явиться следующие заболевания и патологические состояния:

ИБС.

Гипертрофическая кардиомиопатия.

Дилатационная кардиомиопатия.

Каналопатии.

Клапанные пороки сердца.

Специфические кардиомиопатии.

Более редкие причины развития фибрилляции желудочков:

Интоксикации сердечными гликозидами, а также побочные действия при приеме средних доз сердечных гликозидов.

Электролитные нарушения.

Электрический шок.

Гипотермии.

Гипоксии и ацидоз.

Коронарная ангиография, кардиоверсия.

Побочное действие при приеме некоторых лекарственных средств: симпатомиметиков (эпинефрин, орципреналин, сальбутамол), барбитуратов, средств для наркоза (циклопропан, хлороформ), наркотических анальгетиков, производных фенотиазина (хлорпромазин, левомепромазин), амиодарона, соталола, антиаритмических препаратов I класса (чаще всего – на фоне «пируэтной» тахикардии вследствие удлинения интервала QT).

Неотложная терапия.

Если остановка сердца у взрослого человека произошла в вашем присутствии и если в наличии имеется дефибриллятор, его следует немедленно применить (Класс I). Если вы не были свидетелями наступления клинической смерти, либо с момента потери сознания до прибытия помощи прошло более 4-5 минут, следует выполнить 5 циклов сердечно-легочной реанимации (приблизительно 2 минуты), после чего применить дефибриллятор (Класс IIb).

Брадиаритмии.

Остро возникающие брадиаритмии (ЧСС <60 в минуту) связаны с:

Ваготонической реакцией (синусовая брадикардия);

Расстройством функции автоматизма или блокады синусового узла: синдром слабости синусового узла (СССУ); синдром вегетативной дисфункции синусового узла (СВДСУ).

Нарушением проведения возбуждения в атриовентрикулярном узле: снижение – при АВ–блокаде I или II степени, прекращение – при АВ–блокаде III степени; брадисистолическая форма мерцательной аритмии; синдром Фредерика при МА.

Обусловленные медикаментозной терапией: В–адреноблокаторы, неди-гидропиридиновые антагонисты кальция, амиодарон, клонидин, сердечные гликозиды и др.

Прекращением работы кардиостимулятора.

Брадиаритмии требующие терапии на догоспитальном этапе:

Сопровождающиеся нестабильной гемодинамикой (снижение АД <80 мм рт. ст., развитие синкопального состояния, приступа сердечной астмы или отека лёгких, тяжёлого ангинозного приступа).

Возникшие как осложнение органического поражения сердца (инфаркт миокарда).

Развившиеся при проведении реанимационных мероприятий.

При проявлении частых приступов Морганьи—Адамса—Стокса.

При асистолии более 20 секунд (развиваются выраженный цианоз, судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация).

Неотложная помощь.

Обеспечить проходимость дыхательных путей, венозного доступа.

Кислородотерапия.

Постоянный контроль функции дыхания, сердечно-сосудистой системы (ЧСС и АД).

Готовность к проведению ИВЛ и реанимационных мероприятий.

Медикаментозная терапия

Атропин вводят в/в струйно 0,5-1 мг на 10 мл 0.9% физиологического раствора, при необходимости через 5 мин введение повторяют до общей максимальной дозы 3 мг.

Внимание: доза атропина сульфата менее 0,5 мг может парадоксально привести к урежению сердечного ритма!

Блокатор P₁-рецепторов: эуфиллин 240 мг в/в струйно на 10 мл 0.9% физиологического раствора.

Неэффективность терапии атропином и эуфиллином служит показанием к проведению временной электрокардиостимуляции. В зависимости от оснащения бригады и подготовки персонала может применяться наружная или чреспищеводная электрокардиостимуляция.

При невозможности проведения электроимпульсной терапии по жизненным показаниям допустимо применение в/в капельно эпинефрина (адреналина) 0,1 мг/кг, допамина (2-20 мг/кг в минуту).

Показания к госпитализации.

Внезапно возникшая брадиаритмии с ЧСС менее 40 ударов в минуту,

Наличие приступов Морганьи-Адамса-Стокса или синкопальных состояний.

Нестабильная гемодинамика.

В госпитализации не нуждаются пациенты с физиологической брадикардией (спортсмены), при удовлетворительной гемодинамике и отсутствии синкопальных состояний на фоне передозировки ЛС у больных с хроническими заболеваниями вне обострения (рекомендуется обратиться к участковому врачу для коррекции лечения).

Тема: Принципы ведения больных с ОЦН на догоспитальном этапе.

Цель занятия: подготовка фельдшера, готового и способного оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях при ОЦН.

Тип занятия: практические занятия .

Задания для практического выполнения:

Изучить вопросы этиологии и патогенеза первично и вторичноцеребральных ком

Изучить принципы борьбы с отеком мозга при нарушениях сознания

Ознакомиться с особенностями ИВЛ больных в коме

Ознакомиться со шкалами, оценивающими степень нарушения сознания.

Изучить принципы интенсивной терапии коматозных состояний при сахарном диабете.

Изучить основные принципы ведения больных с комами при церебральных катастрофах.

Изучить принципы мониторинга и коррекции параметров гомеостаза у больных с комами.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 04. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

4.1. МДК.04.01 ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Модуль 1. Проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп населения. Организация здоровьесберегающей среды. Проведение санитарно-гигиенического просвещения населения. Организация и проведение работы школ здоровья для пациентов и их окружения.

Занятие №1

Тема: Организация и проведение работы в центрах медицинской профилактики, центрах здоровья.

Цель: формирование у студентов представлений об организации и проведении работы в отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья.

Вопросы для рассмотрения:

1. Изучение нормативных правовых актов, регламентирующих формирование здорового образа жизни населения.
2. Изучение приемов и методов проведения профилактических бесед, методик составления рекомендаций, анкет и вопросников на заданную тему для пациентов по профилактике заболеваний.
3. Проведение анкетирования по самооценке уровня здоровья и самооздоровления человека.
4. Создание программ индивидуального обучения приоритетным нормам здорового образа жизни и нормам гигиенического поведения.
5. Изучение методов и технологий гигиенического обучения и воспитания населения. Подготовка информационной беседы для населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах.
6. Ведение учета работы по учетной форме N025-ЦЗ/у- «Карта центра здоровья» и N002-ЦЗ/у- «Карта здорового образа жизни».
7. Подготовить план заседания школы здоровья по заданной теме.

Практические задания:

Выполнение проблемно-ситуационных заданий:

Ведение учетной формы N025-ЦЗ/у- «Карта центра здоровья»,

Ведение учетной формы N002-ЦЗ/у- «Карта здорового образа жизни».

Составьте план заседания школы здоровья по заданной теме (для больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией, ИБС и др.).

Основные понятия темы

Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики медицинской организации, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении диспансеризации являются:

- 1) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении диспансеризации, о ее целях и задачах, проведение разъяснительной работы и мотивирование граждан к прохождению диспансеризации;
- 2) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;
- 3) выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом);
- 4) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением № 2 к настоящему Порядку;
- 5) формирование комплекта документов, по результатам исследований, проведенных в рамках диспансеризации, для направления пациента на осмотры врачами-специалистами и врачом-терапевтом по итогам первого и второго этапов диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации;
- 6) учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации и отчета о проведении диспансеризации по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- 7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации;
- 8) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

РАБОТА ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Мероприятия по формированию здорового образа жизни реализуются на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях. На популяционном уровне они осуществляются посредством активной непрерывной информационно-коммуникационной кампании и обеспечения условий для ведения здорового образа жизни. На индивидуальном и групповом уровнях - в основном в рамках первичной медико-санитарной помощи, в первую очередь, в центрах здоровья.

Центр здоровья является структурным подразделением медицинской организации.

Задачи центра здоровья:

Формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких.

Мотивирование их к отказу от вредных привычек, в том числе отказу от потребления алкоголя и табака.

Повышение информированности граждан о факторах риска неинфекционных заболеваний, а также, знаний и навыков по ведению здорового образа жизни.

Выявление факторов риска сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний.

Выявление лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний и, при необходимости, направление к соответствующим специалистам.

Консультирование граждан по вопросам сохранения и укрепления здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха.

Координация с медицинскими и немедицинскими учреждениями по организации профилактических мероприятий.

Структура центра здоровья:

кабинеты врачей, прошедших тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни и медицинской профилактике;

кабинет медицинской профилактики;

кабинет гигиениста стоматологического;

офтальмологический кабинет;

кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе;

кабинеты инструментального и лабораторного обследования;

кабинет (зал) лечебной физкультуры;

школы здоровья.

Руководство центром здоровья осуществляет заведующий, который назначается на должность и освобождается от нее руководителем медицинской организации. Работа центра здоровья осуществляется по 2- сменному графику в часы работы лечебно-профилактического учреждения. Любой гражданин Российской Федерации вне зависимости от места его регистрации и проживания при наличии паспорта и полиса ОМС имеет право обратиться в центр здоровья. Информация об адресе и режиме работы территориального (ближайшего) центра здоровья вывешивается на видном месте во всех медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и сообщается гражданам при обращении в регистратуру справочную.

Центр здоровья оказывает медицинские услуги следующим контингентам граждан:

впервые обратившимся в отчетном году для проведения комплексного обследования; обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья; направленным ЛПУ по месту прикрепления; направленным медицинскими работниками образовательных учреждений; направленным врачом, ответственным за проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья (далее I и II группы состояния здоровья); направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья.

Центр здоровья в плановом порядке по согласованию с органом исполнительной власти муниципального образования в сфере здравоохранения могут проводить для жителей сельской местности (проживающих в его зоне ответственности) и работников крупных предприятий и организаций **дни здоровья с организованной доставкой граждан в центр здоровья для прохождения обследования**. Центрами здоровья могут проводиться также **выездные акции** (в сельские районы, на предприятия) для проведения комплексного обследования, пропаганды здорового образа жизни и обучения населения методам профилактики и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний.

Центр здоровья оснащается в соответствии со стандартом «Оснащение оборудованием центра здоровья для взрослого населения» (согласно Приложению к Приказу №1074н от 26 сентября 2011 года).

Комплексное обследование в центре здоровья проводится граждан I раз в отчетном году.

Центр здоровья выполняет следующие функции и оказывает медицинские услуги:

Комплексное обследование граждан, включающее измерение антропометрических данных, скрининг-оценку уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, экспресс-оценку сердечно-сосудистой системы, оценку комплексных показателей функции дыхательной системы, органа зрения, выявление патологических изменений зубов, болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта. По результатам обследований проводится оценка функциональных и адаптивных резервов организма, прогноз состояния здоровья и оценка степени риска развития заболеваний и их осложнений, в том числе риска развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation), разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, оздоровительных и профилактических мероприятий; Медицинская помощь в отказе от потребления табака, алкоголя, организации рационального питания, оптимизации физической активности, снижении избыточной массы тела и др.;

Динамическое наблюдение за пациентами группы повышенного риска развития неинфекционных заболеваний и направление к участковым врачам и специалистам лечебно-профилактических учреждений по месту жительства пациентов с высокими уровнями факторов риска (требующим медикаментозного вмешательства) и вновь выявленными заболеваниями;

Групповое обучение (школы здоровья, лекции, беседы) и индивидуальное консультирование граждан по вопросам ведения здорового образа жизни, гигиеническим навыкам, сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по рациональному питанию, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха, психогигиене и управлению стрессом, профилактике и коррекции поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курения, избыточного потребления алкоголя, гиподинамии и др.), ответственному отношению к своему здоровью и здоровью своих близких, принципам «ответственного родительства»; Информирование населения территории обслуживания, заинтересованных юридических и физических лиц о вредных и опасных для здоровья человека факторах внешней среды, факторах риска неинфекционных заболеваний, а также обучение населения ведению здорового образа жизни, жизнесохраняющему поведению, снижению уровня корригируемых факторов риска, мотивирование к отказу от вредных привычек;

Методическая и практическая помощь в деятельности врачей и среднего медицинского персонала фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, здравпунктов предприятий и организаций, амбулаторий, центров (отделений) врачей общей практики (семейных врачей), поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, офисов, расположенных в зоне ответственности по реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, проведению школ здоровья;

Участие или оказание содействия в реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни и снижению распространения факторов риска неинфекционных заболеваний прикрепленного населения, проводимых центром медицинской профилактики и другими организациями;

Ведение учетной и отчетной документации в соответствии с утвержденными формами и предоставление отчета о деятельности в установленном порядке;

Осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами управления здравоохранением, Роспотребнадзора, Росздравнадзора, общественными организациями, местными (территориальными) средствами массовой информации и иными учреждениями по вопросам формирования здорового образа жизни, организации и проведения медицинской профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

2. Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение : учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

3. Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

7. Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.

- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №2

Тема: Организация и проведение школ здоровья.

Цель: формирование у студентов представлений об организации и проведении школ здоровья.

Вопросы для рассмотрения:

Что такое профилактическое консультирование? Какие выделяют виды профилактического консультирования?

Назовите приемы и методы проведения профилактических бесед.

- Сколько времени должно занимать краткое профилактическое консультирование пациента?
 - Сколько времени отводится на углубленное профилактическое консультирование пациента?
 - Какие выделяют факторы эффективного углубленного профилактического консультирования?
 - Какая классификация методов и средств гигиенического обучения и воспитания?
 - Каковы принципы эффективного общения с пациентами?
 - Какие выделяют модели восприятия пациентом заболевания?
 - Что такое школа пациента? Цели и задачи школы пациента?
 - Как должна быть организована школа пациента?
 - Что такое школа здоровья? Цели и задачи школы здоровья?
12. Назовите методики составления рекомендаций, анкет и вопросников на заданную тему для пациентов для проведения занятий в школах здоровья.
13. Как проводится анкетирование по самооценке уровня здоровья и самооздоровления человека.

Практические задания:

Выполнение проблемно-ситуационных заданий:

1. Создайте программу индивидуального обучения пациентов в школе сахарного диабета.
2. Создайте программу индивидуального обучения пациентов по артериальной гипертензии.
3. Создайте программу индивидуального обучения пациентов в школе по бронхиальной астме.
4. Разработайте индивидуальную программу здорового образа жизни для конкретного пациента с ИБС, АГ, СД, БА и пр.

Основные понятия темы:

Важным фактором эффективного профилактического консультирования является использование в ходе консультирования (беседы) приема «обратной связи», которая представляет собой контроль процесса того, что услышано, как понято, как принимается, а также какова реакция пациента (согласия или несогласия) на врачебные рекомендации.

Эффективная передача в ходе консультирования информации, способствующей формированию осознанного восприятия и принятия пациентом врачебных рекомендаций, определяется такими факторами как

- четкое разъяснение пациенту цели рекомендации/совета;
- умение задавать вопросы и выслушать пациента с повторным объяснением сути совета (при необходимости);
- исключение двусмысленности, нечеткости и употребления сложных медицинских терминов или сложных объяснений;
- проявление внимания к чувствам других людей и понимания их проблем (эмпатии) и открытости (избегать стереотипов, осуждения и скорых суждений);
- конкретные адресные советы.

Методические принципы группового профилактического консультирования (школа пациента)

Школа пациента - является организационной формой профилактического группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания)

ЦЕЛЬ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ:

- повышение информированности пациентов о заболевании и факторах риска развития заболеваний и осложнений;
- повышение ответственности пациента за сохранение здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациента к здоровью, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению;
- формирование умений и навыков по самоконтролю и самопомощи в неотложных ситуациях;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих, управляемых факторов риска.

Формирование групп пациентов для обучения в школах здоровья для пациентов:

1. Формирование «тематической» целевой группы пациентов с относительно сходными характеристиками: например, больные с неосложненным течением артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца; больные ишемической болезнью сердца, перенесшие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром;
2. Для избранной целевой группы проводится цикл занятий по заранее составленному плану и по согласованному графику; одно из основных требований – посещение всего цикла занятий;
3. Численность целевой группы пациентов должна быть не более 10-12 человек; необходим контроль, чтобы пациенты посетили все (или большинство) из запланированных занятий;
4. Организация группового консультирования должна проводиться в специально оборудованном помещении (стол, стулья, демонстрационный материал, раздаточный материал, блокноты и пр.).

Инструкция проведения школы пациента Информационная часть занятий проводится в течение каждого занятия подробно, по блокам не более 10-15 минут, чтобы избежать лекционной формы работы с пациентами.

Активная часть занятий содержит активную работу с пациентами, которая может проводиться в разных формах и простых действиях:

- вопросы-ответы;
- заполнение вопросников, имеющих отношение к теме занятия, и обсуждение их результатов – по ходу обсуждения могут даваться целевые советы, что имеет более высокую эффективность и результативность, чем безадресные советы;
- проведение расчетов и оценок, например, расчет индекса массы тела, суточной калорийности и пр.;
- обучение практическим навыкам – измерения артериального давления, подсчета пульса и др.
- знакомство со справочными таблицами и посторонние рациона и пр.

Рекомендуемая тематика группового профилактического консультирования (школ пациентов) в рамках диспансеризации:

- школа по коррекции основных факторов риска хронических НИЗ/ССЗ, выявляемых в ходе диспансеризации и профилактических осмотров;
- школа по снижению избыточной массы тела, оптимизации физической активности и рациональному питанию;
- школа для пациентов с повышенным артериальным давлением.

ПРИНЦИПЫ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ

Формы устной речи врача могут сделать общение с пациентом как эффективным, так и неэффективным. Задавая «правильные» вопросы, люди делают общение более эффективным. Вопросы могут быть закрытые (общие), на которые в ответ можно услышать односложное «Да» или «Нет», и открытые (специальные), на которые можно получить более или менее подробный ответ.

Устное сообщение будет ясным, кратким и эффективным, если:

1. Говорить медленно, с хорошим произношением, простыми короткими фразами.
2. Не злоупотреблять специальной терминологией; если терминология окажется для пациента непонятной и он постесняется обратиться за разъяснением, общение окажется неэффективным.
3. Выбирать скорость и темп речи при общении с конкретным пациентом. Если врач говорит слишком медленно, то пациент может подумать, что он недооценивает его возможности воспринимать информацию. Если врач говорит слишком быстро, пациент может подумать, что он торопится, и не захочет дальше его слушать.

4. Правильно выбирать время для общения: тот, кому адресована информация медработника врача, должен иметь желание и интерес к беседе. Лучшее время для общения то, когда пациент сам задает вопросы о своем состоянии, плане лечения, вмешательствах и т. д.
 5. Не начинать беседу сразу после информации врача о неблагоприятном исходе или неизлечимом заболевании.
 6. Следить за интонацией своего голоса, убедиться, что она соответствует тому, что вы собираетесь сказать. Неприятный случай, который произошел накануне, может отразиться на беседе с пациентом. Тон может выражать энтузиазм, заботу, безразличие и даже раздражение. Страх, гнев, печаль также выражаются интонацией.
 7. Выбирать нужную громкость: говорить так, чтобы вас слышали, но не кричать.
 8. Убедиться в том, что вас поняли, задавая человеку открытые, а не закрытые вопросы.
- Юмор тоже способствует эффективному вербальному общению, но он должен использоваться с осторожностью, особенно при манипуляциях, связанных с личной гигиеной пациента. Юмор помогает успокоить и снять напряжение и боль, обеспечивает эмоциональную поддержку и смягчает восприятие болезни.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» В ХОДЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

При профилактическом консультировании роль пациента не может ограничиваться только простым подчинением врачебным предписаниям, он должен стать активным, ответственным участником профилактического процесса.

В течение жизни под влиянием различных внутренних или внешних факторов у пациента формируются разные поведенческие модели восприятия болезни - отношения к своей болезни и действия, которые важно учитывать для определения психологических акцентов и особенностей профилактического консультирования.

6. Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

2. Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение : учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

3. Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

7. Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

МОДУЛЬ 2.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ. ПЛАНИРОВАНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Занятие №1

Тема: Диспансеризация населения.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения диспансеризации и владеть умениями диспансерного наблюдения за терапевтическими больными.

Задачи:

1. Научить планировать и организовывать проведение диспансеризации взрослого населения.
2. Научить проводить I и II этапы диспансеризации
3. Научить проводить диагностический поиск при различных заболеваниях
4. Научить формировать группы здоровья и диспансерного наблюдения.
5. Научить диспансерному наблюдению за больными
6. Научить заполнять учетную документацию диспансеризации и подводить итоги диспансеризации
7. Получить навыки профилактического консультирования.

Вопросы для рассмотрения:

1. Дайте определение диспансеризации.
2. Назовите основные цели диспансеризации.
3. Каковы задачи фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации?
4. Перечислите основные задачи участкового терапевта.
5. Назовите этапы диспансеризации.
6. Перечислите контингент лиц, подлежащих диспансеризации.
7. Назовите цель I этапа диспансеризации.
8. Что включает в себя I этап диспансеризации?
9. Назовите состав и задачи отделения профилактики.

Практические задания:

Выполнение проблемно-ситуационных заданий:

Образец ситуационной задачи:

Задача 1

Пациент 3., 57 лет. Старший инженер отдела снабжения. Работа со значительным нервным напряжением и разездами по городу в общественном транспорте.

Жалобы на онемение в левой ноге и руке, головную боль, головокружение, снижение памяти.

Анамнез: с 45 лет диагностирована гипертоническая болезнь. Вынужден был оставить работу начальника отдела снабжения и перейти на должность инженера без установления группы инвалидности. Через 10 лет после выявления артериальной гипертензии перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии, после чего остался левосторонний гемипарез. Через 1 год развилось повторное нарушение мозгового кровообращения, после чего установлена инвалидность II группы. В 2012 г. была операция по поводу гнойного тендовагинита правой кисти с последующей контрактурой в области II и III пальцев.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 82 в 1 мин., ритмичный. АД 185/100 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

ЭКГ: синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево.

$RV_{5,6} > 25$ мм, $STV_{5,6}$ ниже изолинии, T (-) $V_{5,6}$.

Холестерин 5,2 ммоль/л. Сахар крови 5,5 ммоль/л.

Консультация невропатолога: остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Трудовая направленность пациента - работать в производственных условиях не может.

ДИАГНОЗ. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ. ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.

Задача 2

Пациентка Д., 51 года. Основная профессия - экономист. Работает директором магазина хозторга. Работа со значительным нервным напряжением. Жалобы на головную боль, колющие боли в области сердца, общую слабость, повышенную возбудимость.

Анамнез: с 37 лет выявлена артериальная гипертензия, лечилась амбулаторно. 4 месяца находится на больничном листе в связи с повторными гипертоническими кризами. За этот срок 2 раза лежала в больнице, однако после выписки остается повышенное АД.

Объективно: рост 153 см, вес 92 кг. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 в 1 мин., ритмичный. АД 180/115 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

Общий анализ крови и мочи в норме.

УЗИ почек: Эхоструктура и размеры почек не изменены, без деформации чашечно-лоханочной системы.

Экскреторная урография: нефрографический эффект синхронный. Чашечно-лоханочная система не изменена. При аортографии сужения почечных артерий нет.

Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

ЭКГ: синусовая тахикардия. Отклонение электрической оси сердца влево. $R_I > S_{II}$, $S_{II} > R_{III}$, $RV_{5,6} > 25$ мм.

Направлена на МСЭК в связи с длительным сроком временной нетрудоспособности. Желает продолжать работать.

ДИАГНОЗ. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ. ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.

Основные понятия темы:

Разбирается понятие диспансеризации («Д»).

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях:

- 1) раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), основных факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- 2) определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, граждан с иными заболеваниями (состояниями), а также для здоровых граждан;
- 3) проведения краткого профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента) граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;
- 4) определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации являются:

- 1) составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан;
- 2) активное привлечение населения к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;
- 3) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;
- 4) выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, а также определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом, осмотр фельдшером, включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование)*(8);
- 5) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением № 2 к настоящему Порядку;
- 6) формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) (далее - карта учета диспансеризации) по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- 7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации*(9);
- 8) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации являются:

- 1) составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан;
- 2) активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;
- 3) проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания (состояния), определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного

сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;

- 4) проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя; направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт*(9) для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;
- 5) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи;
- 6) участие в оформлении (ведении) медицинской документации;
- 7) подведение итогов диспансеризации.

Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики медицинской организации, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении диспансеризации являются:

- 1) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении диспансеризации, о ее целях и задачах, проведение разъяснительной работы и мотивирование граждан к прохождению диспансеризации;
- 2) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;
- 3) выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом);
- 4) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением № 2 к настоящему Порядку;
- 5) формирование комплекта документов, по результатам исследований, проведенных в рамках диспансеризации, для направления пациента на осмотры врачами-специалистами и врачом-терапевтом по итогам первого и второго этапов диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации;
- 6) учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации и отчета о проведении диспансеризации по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- 7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации;
- 8) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Диспансеризация взрослого населения проводится медицинскими организациями (иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность) независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной помощи, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по "медицинским осмотрам профилактическим", "терапии", "акушерству и гинекологии" (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)", "акушерскому делу" или "лечебному делу", "офтальмологии", "неврологии", "хирургии", "рентгенологии", "клинической лабораторной диагностике" или "лабораторной диагностике", "функциональной диагностике", "ультразвуковой диагностике", "эндоскопии".

В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей диспансеризацию, лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, медицинская организация заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации.

Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя.

Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Руководитель медицинской организации и медицинские работники отделения (кабинета) медицинской профилактики (в том числе входящего в состав центра здоровья) являются ответственными за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации.

Врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) является ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача)), обслуживаемой территории.

Фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта является ответственным за проведение диспансеризации населения фельдшерского участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению диспансеризации, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»

Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с **целью** выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации и **включает в себя:**

- 1) опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (далее - анкетирование);
- 2) антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;
- 3) измерение артериального давления;
- 4) определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода);

- 5) определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);
- 6) определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечнососудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом;
- 7) электрокардиографию в покое (для мужчин в возрасте старше 35 лет, для женщин в возрасте 45 лет и старше, а для мужчин в возрасте до 35 лет и женщин в возрасте до 45 лет - при первичном прохождении диспансеризации);
- 8) осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее - мазок с шейки матки) (для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно);
- 9) флюорографию легких;
- 10) маммографию обеих молочных желез (для женщин в возрасте от 39 до 75 лет);
- 11) клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов);
- 12) клинический анализ крови развернутый (для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови);
- 13) анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансминазы, аланин-аминотрансминазы, глюкозы, холестерина) (для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо исследований, предусмотренных подпунктами 4 и 5 настоящего пункта);
- 14) общий анализ мочи;
- 15) исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) (для граждан в возрасте от 48 до 75 лет);
- 16) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости и малого таза на предмет исключения новообразований для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (для женщин УЗИ поджелудочной железы, почек, матки и яичников; для мужчин УЗИ поджелудочной железы, почек и предстательной железы), а для мужчин, когда-либо куривших в жизни, также УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы однократно в возрасте 69 или 75 лет*(13);
- 17) измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше);
- 18) прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации.

Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами,

Граждане, нуждающиеся по результатам первого этапа диспансеризации в дополнительном обследовании, индивидуальном углубленном профилактическом консультировании или групповом профилактическом консультировании (школа пациента), направляются врачом-терапевтом на второй этап диспансеризации.

Рекомендуемая литература:

. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение : учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №2

Тема: Профилактические осмотры.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения профилактических осмотров.

Задачи:

1. Научить планировать и организовывать проведение профилактические осмотры населения.
2. Изучить объемы диагностического исследования при проведении профилактического осмотра.
3. Научить проводить диагностический поиск при различных заболеваниях.
4. Изучить роль фельдшера при проведении профилактических осмотров.
6. Научить заполнять учетную документацию и подводить итоги профилактического осмотра.
7. Получить навыки профилактического консультирования.

Вопросы для рассмотрения:

1. Дайте определение профилактического медицинского осмотра.
2. Назовите принципы планирования и организации проведения профилактических осмотров населения.
3. Каковы объемы диагностического исследования при проведении профилактического осмотра?
4. Назовите в чем заключается роль фельдшера при проведении профилактических осмотров?
5. Правила заполнения учетной документации при проведении профилактических осмотров.
6. Получить навыки профилактического консультирования.
7. Какова кратность проведения профилактического медицинского осмотра?
8. В чем состоит отличие профилактического медицинского осмотра от диспансеризации?

Практическое задание: решение ситуационных задач.

Образец

Задача

Пациент Б., 49 лет, токарь. Вытачивает на станке мелкие детали весом 200 - 250 г. Работа с постоянным умеренным физическим напряжением и постоянным напряжением зрения. До работы 30 мин. езды в троллейбусе.

Жалобы на головную боль, неустойчивость при ходьбе, нарушение речи. С 40 лет диагностирована гипертоническая болезнь, ранее АД не измерял. Регулярно не лечился. В 48 лет перенес повторное острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом, после чего установлена инвалидность II группы.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 180/110 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется. Общий анализ крови и мочи в норме.

ЭКГ: синусовая тахикардия, электрическая ось сердца отклонена влево. $R_1 > S_{III}$, $S_{III} > R_{III}$, $RV_{5-6} > 25$ мм.

Консультация невропатолога: Последствия ОНМК. Правосторонний гемипарез. Дизартрия.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Желает продолжать работу по специальности.

ДИАГНОЗ. ОПРЕДЕЛИТЕ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ.

Задача

Студент, 21 года, обследуется в поликлинике в связи с впервые выявленным повышением артериального давления до пограничных цифр.

Обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли, усиливающиеся после переутомления и эмоционального перенапряжения (например, в период сессии), быструю утомляемость, потливость, плохой сон.

Болен около 2 лет, головные боли участились в последние полгода, появилась раздражительность, неустойчивость настроения, с трудом засыпает. В семье обстановка неблагоприятная (отец злоупотребляет алкоголем). Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ОРВИ. Вредные привычки: курит с 14 лет. Наследственность: родители здоровы.

При осмотре: пониженного питания, тремор пальцев рук, ладони влажные, легкий акроцианоз, стойкий белый дермографизм. Органы дыхательной системы без патологических изменений. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, определяется дыхательная аритмия. АД при первичном осмотре 150/90 мм. рт. ст., при повторном измерении - 120/80 мм. рт. ст., ЧСС 90 - 80 уд. в 1 мин. Органы брюшной полости без отклонений от нормы.

В результате обследования, проведенного в поликлинике (общие анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки) патологических изменений не выявлено.

ДИАГНОЗ. ОПРЕДЕЛИТЕ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ.

Пациент Б., 49 лет, токарь. Вытачивает на станке мелкие детали весом 200 - 250 г. Работа с постоянным умеренным физическим напряжением и постоянным напряжением зрения. До работы 30 мин. езды в троллейбусе.

Жалобы на головную боль, неустойчивость при ходьбе, нарушение речи. С 40 лет диагностирована гипертоническая болезнь, ранее АД не измерял.

Регулярно не лечился. В 48 лет перенес повторное острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом, после чего установлена инвалидность II группы.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 180/110 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется. Общий анализ крови и мочи в норме.

ЭКГ: синусовая тахикардия, электрическая ось сердца отклонена влево. $R_1 > S_{III}$, $S_{III} > R_{III}$, $RV_{5-6} > 25$ мм.

Консультация невропатолога: Последствия ОНМК. Правосторонний гемипарез. Дизартрия.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Желает продолжать работу по специальности.

ДИАГНОЗ. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ. ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.

Задача

Студент, 21 года, обследуется в поликлинике в связи с впервые выявленным повышением артериального давления до пограничных цифр.

Обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли, усиливающиеся после переутомления и эмоционального перенапряжения (например, в период сессии), быструю утомляемость, потливость, плохой сон.

Болен около 2 лет, головные боли участились в последние полгода, появилась раздражительность, неустойчивость настроения, с трудом засыпает. В семье обстановка неблагоприятная (отец злоупотребляет алкоголем). Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ОРВИ. Вредные привычки: курит с 14 лет. Наследственность: родители здоровы.

При осмотре: пониженного питания, тремор пальцев рук, ладони влажные, легкий акроцианоз, стойкий белый дермографизм. Органы дыхательной системы без патологических изменений. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, определяется дыхательная аритмия. АД при первичном осмотре 150/90 мм. рт. ст., при повторном измерении - 120/80 мм. рт. ст., ЧСС 90 - 80 уд. в 1 мин. Органы брюшной полости без отклонений от нормы.

В результате обследования, проведенного в поликлинике (общие анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки) патологических изменений не выявлено.

ДИАГНОЗ. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

ДИСПАНСЕРНОЕ

НАБЛЮДЕНИЕ. ЛЕЧЕНИЕ.

Основные положения темы:

Профилактический медицинский осмотр

Профилактический медицинский осмотр проводится в соответствии с приказом от 6 декабря 2012 г. N1011н « Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра».

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года, в любом возрасте, по желанию пациента.

В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится.

Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, и работники, занятые на отдельных видах работ, которые в соответствии с законодательством РФ проходят обязательные периодические медицинские осмотры, профилактическому медицинскому осмотру не подлежат.

Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Профилактический медицинский осмотр проводится при наличии ин-формированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя (в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство), данного по форме и в порядке, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Гражданин вправе отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в профилактический медицинский осмотр, в порядке и по форме, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового/врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) (далее - врач-терапевт) организует проведение профилактических медицинских осмотров населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача)), обслуживаемой территории (далее - уча-сток).

Основными задачами врача-терапевта при проведении профилактических медицинских осмотров являются:

1) привлечение населения участка к прохождению профилактического медицинского осмотра, информирование об его целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению профилактического медицинского осмотра, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

- 2) проведение заключительного медицинского осмотра гражданина, установление диагноза заболевания (состояния), определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (у врача-терапевта или врача (фельдшера) кабинета медицинской профилактики), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на до-полнительные диагностические исследования, не входящие в объем профилактического медицинского осмотра, или для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;
- 3) проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;
- 4) участие в оформлении (ведении) учетной и отчетной медицинской документации, в том числе паспорта здоровья.
- 5) подведение итогов профилактических медицинских осмотров.

В спектр скрининговых исследований профилактического медицинского осмотра включаются преимущественно те исследования из состава проводимых в период диспансеризации, которые имеют диагностическую и прогностическую значимость при проведении исследований чаще, чем 1 раз в 3 года, т.е. чаще чем проводится диспансеризация, это анкетирование, измерение артериального давления, флюорография, маммография, исследование ка-ла на скрытую кровь, определение глюкозы крови, определение суммарного сердечно-сосудистого риска. Кроме того, в отличие от диспансеризации при профилактическом медицинском осмотре все выявленные показания к дополнительным исследованиям и осмотрам специалистами проводится вне рамок профилактического медицинского осмотра (пациенты проходят необходимое дополнительное обследование и осмотры врачей-специалистов по обращению на основании результата профилактического осмотра и направления участкового врача).

На основе сведений о прохождении гражданином профилактического медицинского осмотра медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики заполняется «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)».

По результатам профилактического медицинского осмотра определяется группа состояния здоровья гражданина и планируется тактика его медицинского наблюдения.

Рекомендуемая литература:

Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение :учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №3

Тема: Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения диспансерного наблюдения за терапевтическими больными с хроническими заболеваниями.

Задачи:

- Научить планировать и организовывать проведение диспансерного наблюдения.
- Научить проводить диагностический поиск при различных заболеваниях.
- Научить формировать группы здоровья и диспансерного наблюдения.
- Научить диспансерному наблюдению за больными с хроническими заболеваниями.
- 4. Научить заполнять учетную документацию при диспансерном наблюдении.
- Развить навыки клинического мышления при диагностике хронических заболеваний.
- Развить навыки проведения диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями.

Вопросы для рассмотрения:

1. Дайте определение диспансерному наблюдению.
2. Охарактеризуйте принципы планирования и организации проведения диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями терапевтического профиля в поликлинике.
3. Охарактеризуйте принципы проведения диагностического поиска при различных заболеваниях.
4. Научить формировать группы здоровья и диспансерного наблюдения.
5. Научить диспансерному наблюдению за больными с хроническими заболеваниями.
5. Научить заполнять учетную документацию при диспансерном наблюдении.
6. Развить навыки клинического мышления при диагностике хронических заболеваний.
7. Развить навыки проведения диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями.

Практическое задание:

- 1) Заполнение учетной документации:
N 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного»,
отчетная форма N 131 "Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения",
N 030/у-04 "Контрольная карта диспансерного наблюдения" (сведения о диспансерном наблюдении).
- 2) Решение ситуационных задач

Пример ситуационных задач:

Задача

Пациентка 32 лет, ткачиха. В течение последних двух месяцев в результате контакта с хлопковой пылью на производстве страдает приступами удушья экспираторного характера 3-4 раза в неделю, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В течение последней недели приступы стали беспокоить ежедневно, иногда ночью.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс 96 в 1 минуту,

одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,8, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 14%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эозинофилы - 5-7 в поле зрения, спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.

Рентгенограмма грудной клетки вне приступа - в пределах нормы.

ФВД после купирования приступа удушья - в пределах нормы.

ЭКГ вне приступа - в пределах нормы.

ДИАГНОЗ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ. ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

Задача

Пациентка 43 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья (особенно затруднен выдох), ночное пробуждение из-за них дважды в неделю, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года. Указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Имеется аллергия на клубнику, антибиотики пенициллинового ряда. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры. Дыхание громкое, со свистом и шумом. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по средне-подмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинением выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД 26 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 104 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

ДИАГНОЗ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА. ПРОВЕСТИ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ. ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Основные понятия темы:

Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан:

- страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).
- страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями, являющимися основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, а также имеющими основные факторы риска развития таких заболеваний (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение).

Медицинский работник, при проведении диспансерного наблюдения:

- 1) ведет учет граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 2) информирует гражданина о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;
- 3) организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- 4) в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций организует проведение диспансерного приема (осмотра, консультации) на дому.

Диспансерное наблюдение - представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами (или их сочетаниями) хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

Наличие оснований для проведения диспансерного наблюдения, группа диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются врачом (фельдшером) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями, с учетом состояния здоровья гражданина, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).

При проведении диспансерного наблюдения медицинским работником, учитываются рекомендации врача специалиста по профилю заболевания гражданина, содержащиеся в его медицинской документации, в т.ч. вынесенные по результатам лечения гражданина в стационарных условиях. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию гражданина, а также в учетную форму N 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

В случае если гражданин определен в группу диспансерного наблюдения врачом-специалистом по профилю заболевания гражданина и такой врач-специалист в медицинской организации, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь, отсутствует, врач-терапевт направляет гражданина для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе специализированного вида, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания гражданина.

Медицинский работник при проведении диспансерного наблюдения:

- 1) ведет учет граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 2) информирует гражданина о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;
- 3) организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий;

- 4) в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций организует проведение диспансерного приема (осмотра, консультации) на дому. Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником, включает:
- 1) оценку состояния гражданина, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
 - 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение краткого профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высоко-технологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);
- 6) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи.

Перечень хронических неинфекционных заболеваний, при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения участковым врачом

1. Хроническая ишемическая болезнь сердца без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II функционального класса;
2. Состояние после перенесенного инфаркта миокарда по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II функционального класса со стабильным течением, ХСН не более II функционального класса;
3. Стенокардия напряжения I-II функционального класса со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста;
4. Стенокардия напряжения I-IV функционального класса со стабильным течением у лиц пенсионного возраста;
5. Артериальная гипертония 1-3 степени у лиц с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов;
6. Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 месяцев от даты операции;
7. Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии более 12 месяцев от даты операции;
8. Хроническая сердечная недостаточность I-III функционального класса, стабильное состояние;
9. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая формы на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии);
10. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем частоты сердечных сокращений на фоне приема лекарственных препаратов);
11. Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии;
12. Хроническая обструктивная болезнь легких нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии;
13. Бронхиальная астма (контролируемая на фоне приема лекарственных препаратов);
14. Инсулиннезависимый сахарный диабет (2 тип) (компенсированный, без применения инсулина);
15. Сахарный диабет 2 тип с применением инсулина, компенсированный, с подобранной дозой инсулина и стабильным течением;
16. Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода;
17. Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70%.

Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

1. Выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в т.ч. травмы, отравления);
2. Достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);
3. Устранение факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.

Критериями эффективности диспансеризации взрослого населения

1. Уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
2. Уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;
3. Отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
4. Снижение показателей предотвратимой смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
5. Уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
6. Снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

Критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

- 1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 2) уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;
- 3) отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 4) снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 5) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 6) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

Нормативные документы диспансеризации.

ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Приказы МЗ РФ:

№ 543н от 15 мая 2012 (Порядок ПМСП)

№ 36 ан от 3.02.2015 (Порядок диспансеризации)

№ 1011н от 3.12.2012 (Порядок профилактических осмотров)
№ 1344н от 21.12.2012 (Порядок диспансерного наблюдения)

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

2.Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение :учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

3.Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

4.Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер)

Занятие №4.

Тема: Отделение профилактики. Организация и проведение работы в отделении профилактики.

Цель: усвоить основные принципы и порядок организации и работы в отделении профилактики.

Задачи: формирование у студентов представлений об организации и проведении работы в отделении (кабинете) медицинской профилактики.

Вопросы для рассмотрения:

1. Изучение нормативных правовых актов, регламентирующих организацию работы отделения (кабинета) профилактики.
2. Назовите структуру отделения (кабинета) профилактики.
3. Перечислите функции отделения (кабинета) профилактики.
4. Назовите порядок организации работы в отделении (кабинете) профилактики.
- 4.Проведение анкетирования по оценке уровня здоровья и выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и вредных привычек.
5. Какова роль фельдшера в отделении (кабинете) медицинской профилактики;
6. Какие основные мероприятия по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактике ХНИЗ включены в задачи не только врачебной амбулатории, но и врачебного (фельдшерского) здравпункта и фельдшерско- акушерского пункта (ФАП)?

Практические задания:

Подготовить план заседания школы здоровья по заданной теме:

- ИБС,
- Артериальная гипертензия,
- Сахарный диабет,
- Бронхиальная астма,
- Остеоартроз

Основные понятия темы:

В успешном решении проблемы профилактики заболеваний приоритетное значение придается этапу первичной медико-социальной помощи. Именно работники первичного звена здравоохранения должны стать проводниками профилактической работы. Практически все население страны посещает участкового врача хотя бы 1 раз в год (по статистике до 7 раз в год). Подавляющее большинство больных (около 80 %) начинает и заканчивает лечение в условиях поликлиники, а общепрактикующий или семейный врач имеет еще больше поводов для контакта с населением. Каждое посещение может быть использовано для консультации по образу жизни, профилактического осмотра и обследования; 20% времени врач общей практики должен посвящать профилактической работе. Более того, длительное, многолетнее общение участкового/семейного врача с пациентом, порой на протяжении всей жизни человека, с охватом его семьи, вызывает доверительное отношение к врачу; и его авторитетное мнение становится основным источником информации о здоровье.

Фундаментальную роль в формировании структур медицинской профилактики и организации профилактики ХНИЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи имеет приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», который включил в основные задачи поликлиники и центра общей врачебной практики (семейной медицины) организацию и проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, раннее выявление ХНИЗ и факторов риска, диспансерное наблюдение лиц с высоким риском развития ХНИЗ.

В структуре поликлиники предусматриваются следующие подразделения, их штаты и оснащение:

- отделение (кабинет) медицинской профилактики;
- кабинет медицинской помощи по отказу от курения;
- помещение (учебные классы, аудитории) для проведения групповой профилактики (школ здоровья).

Основные мероприятия по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактике ХНИЗ включены в задачи не только врачебной амбулатории, но и врачебного (фельдшерского) здравпункта и фельдшерско- акушерского пункта (ФАП), в частности они обязаны:

- осуществлять мероприятия по профилактике заболеваний среди населения и формированию здорового образа жизни;
- проводить мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению и укреплению здоровья населения; включая обучения населения правилам оказания первой помощи;
- выявлять курящих, лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и отравлением суррогатами алкоголя;
- осуществлять оказание медицинской помощи курящим и лицам, избыточно потребляющим алкоголь, по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление их для консультации и лечения в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные профильные медицинские организации.

В стандарт оснащения ФАПа и фельдшерского здравпункта введено необходимое оснащение для выполнения указанных задач.

Значительный вклад в развитие профилактического направления деятельности первичного звена здравоохранения внес приказ Минздрава России от 3 декабря 2012 г., № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Основными особенностями нового порядка диспансеризации являются:

- участковый принцип ее организации;
- возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения на ее руководителя и на отделение (кабинет) медицинской профилактики (в том числе входящий в состав Центра здоровья), а ответственности за организацию и проведение диспансеризации

населения терапевтического, в том числе цехового, участка – на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача);

- двухэтапный принцип проведения диспансеризации; первый этап диспансеризации (скрининг) проводится для выявления признаков ХНИЗ, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определение медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врача-ми-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации; первый этап заканчивается приемом врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведения краткого профилактического консультирования; второй этап проводится для дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает проведение целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов по показаниям, определенным на первом этапе;
- дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста ХНИЗ;
- введение нового принципа определения группы состояния здоровья (сокращение до 3 групп) с дифференцированной тактикой для каждой группы; обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска уже в процессе медицинского осмотра в рамках диспансеризации.

Согласно статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрено проведение профилактических медицинских осмотров в целях раннего выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Организацию проведения профилактического медицинского осмотра регламентировал приказ Минздрава России от 6 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического осмотра».

Профилактический медицинский осмотр, в отличие от диспансеризации, включает меньший объем обследования, проводится на один этап, одним врачом-терапевтом участковым в любом возрастном периоде взрослого человека по его желанию, но не чаще 1 раза в 2 года (в год проведения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится).

В отличие от диспансеризации при профилактическом медицинском осмотре все дополнительные исследования и осмотры специалистов проводятся вне рамок профилактического медицинского осмотра. Пациенты проходят необходимое дополнительное обследование и осмотры врачей специалистов по обращению на основании результата профилактического осмотра и направления участкового врача.

В соответствии с утвержденными Порядками проведения диспансеризации и профилактических осмотров одной из основных задач является установление диспансерного (динамического) наблюдения пациентов врачом-терапевтом участковым или фельдшером отделения (кабинета) медицинской профилактики.

Согласно Порядку проведения диспансерного наблюдения (приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н) диспансерному наблюдению подлежат пациенты с ХНИЗ, а также имеющие высокий риск их развития, пациенты, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений). Диспансерное наблюдение является составной частью комплекса мероприятий по диспансеризации населения и проведения профилактических медицинских осмотров.

Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики организации, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении диспансеризации являются:

- 1) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении диспансеризации, о ее целях и задачах, проведение разъяснительной работы и мотивирование граждан к прохождению диспансеризации;
- 2) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;
- 3) выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом);
- 4) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением № 2 к настоящему Порядку;
- 5) формирование комплекта документов, по результатам исследований, проведенных в рамках диспансеризации, для направления пациента на осмотры врачами-специалистами и врачом-терапевтом по итогам первого и второго этапов диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации;
- 6) учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации и отчета о проведении диспансеризации по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- 7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации;
- 8) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Диспансеризация взрослого населения проводится медицинскими организациями (иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность) независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной помощи, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по "медицинским осмотрам профилактическим", "терапии", "акушерству и гинекологии" (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)", "акушерскому делу" или "лечебному делу", "офтальмологии", "неврологии", "хирургии", "рентгенологии", "клинической лабораторной диагностике" или "лабораторной диагностике", "функциональной диагностике", "ультразвуковой диагностике", "эндоскопии".

В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей диспансеризацию, лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, медицинская организация заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации.

Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя.

Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Руководитель медицинской организации и медицинские работники отделения (кабинета) медицинской профилактики (в том числе входящего в состав центра здоровья) являются ответственными за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации.

Врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) является ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача)), обслуживаемой территории.

Фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта является ответственным за проведение диспансеризации населения фельдшерского участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению диспансеризации, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в **целях:**

- 1) раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), основных факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- 2) определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, граждан с иными заболеваниями (состояниями), а также для здоровых граждан;
- 3) проведения краткого профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента) граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;
- 4) определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации являются:

- 1) составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан;
- 2) активное привлечение населения к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;
- 3) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;
- 4) выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, а также определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом, осмотр фельдшером, включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование)*(8);
- 5) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением № 2 к настоящему Порядку;
- 6) формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) (далее - карта учета диспансеризации) по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- 7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации*(9);
- 8) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Нормативные документы диспансеризации.

ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Приказы МЗ РФ:

№ 543н от 15 мая 2012 (Порядок ПМСП)

№ 36 ан от 3.02.2015 (Порядок диспансеризации)

№ 101 Ин от 3.12.2012 (Порядок профилактических осмотров)

№ 1344н от 21.12.2012 (Порядок диспансерного наблюдения)

Рекомендуемая литература:

Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение :учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

Быковская Т.Ю., Вязмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер)

Занятие №5

Тема: Профилактика болезней органов дыхания

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения профилактики болезней органов дыхания и овладеть умениями диспансерного наблюдения за больными.

Задачи:

1. Изучить факторы риска развития болезней органов дыхания (курение, генетическая предрасположенность, экология, профессиональные вредности, аллергены и раздражители, злоупотребление алкоголем, длительный постельный режим, неправильное питание и пр.).
2. Изучить технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней органов дыхания.
3. Получить навыки применения немедикаментозных методов (рациональное питание, надлежащая физическая активность, контроль массы тела, использование приемов психогигиенической и психотерапевтической самопомощи, создание гипоаллергенной среды, контроль данных пикфлоуметрии и др.).
4. Изучить медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента с заболеваниями органов дыхания.
5. Получить навыки формирования и динамического наблюдения групп диспансерного учета.
6. Изучить роль фельдшера в организации и проведении профилактики данных заболеваний на закрепленном участке, в организации и проведении диспансеризации пациентов для выявления ранних симптомов болезней органов дыхания, предупреждения их осложнений и обострений, в обеспечении регулярности обследования диспансерных больных у врача.

Вопросы для рассмотрения:

1. Назовите факторы риска развития болезней органов дыхания (курение, генетическая предрасположенность, экология, профессиональные вредности, аллергены и раздражители, злоупотребление алкоголем, длительный постельный режим, неправильное питание и пр.).
2. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней органов дыхания.
3. Каковы немедикаментозные методы (рациональное питание, надлежащая физическая активность, контроль массы тела, использование приемов психогигиенической и психотерапевтической самопомощи, создание гипоаллергенной среды, контроль данных пикфлоуметрии и др.) воздействия на пациента?
4. Каковы медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента?
5. Назовите особенности профилактики болезней органов дыхания в различных возрастных периодах.

6. Как проводится динамическое наблюдение групп диспансерного учета и ведение документации групп диспансерного учета.
7. Каковы принципы консультирования пациента и его окружения по вопросам использования пикфлоуметра, ингаляторов и небулайзера, контроля физической нагрузки при хронических болезнях органов дыхания и т.д.
8. Укажите роль фельдшера в организации и проведении профилактики данных заболеваний на закрепленном участке, в организации и проведении диспансеризации пациентов для выявления ранних симптомов болезней органов дыхания, предупреждения их осложнений и обострений, в обеспечении регулярности обследования диспансерных больных у врача.

Практические задания:

Решение ситуационных задач.

Образец задачи

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика – 21 пачка/лет).

При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ - 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма.

Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

ОПРЕДЕЛИТЕ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА. ОБОСНУЙТЕ СВОЙ ОТВЕТ.

НУЖДАЕТСЯ ЛИ ПАЦИЕНТ В НАПРАВЛЕНИИ НА ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ?

КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ? ОБОСНУЙТЕ СВОЙ ОТВЕТ. ПЕРЕЧИСЛИТЕ СПИРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ. ОПИШИТЕ ТАКТИКУ ВРАЧА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЛЁГКИХ ПО ОБСТРУКТИВНОМУ ТИПУ.

СОСТАВЬТЕ ПЛАН ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.

ПРЕДЛОЖИТЕ ПАЦИЕНТУ СПОСОБЫ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ.

Основные понятия темы:

Разбираются основные понятия профилактики заболеваний органов дыхания:

Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов с хроническими болезнями органов дыхания и после перенесенных острых заболеваний лёгких

Нозологи-ческая форма	Частота на-блюдений специа-листа-ми	Осмотр вра-чами других специа-льно-стей	Перечень диагностических исследований
Хронический необструктивный бронхит (ХБ)	Терапевт, пуль-монолог	Отоларинголог, стоматолог, фтизиатр (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, крупнокадровая флюорография, спирография с тестом обратимости бронхиальной обструкции, исследование концентрации окиси углерода и оксида азота в выдыхаемом воздухе, компьютерная томография (по показаниям), пульсоксиметрия, тест с 6-минутной ходьбой
Хроническая обструктивная болезнь легких с бронхиальной обструкцией 1-2 степени тяжести	Терапевт 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог 1 раз в 6 месяцев	Отоларинголог, стоматолог, психотерапевт, фтизиатр (по показаниям)	Антропометрия, крупнокадровая флюорография, ЭКГ, клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, спирография с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, пульсоксиметрия, тест с 6-минутной ходьбой, исследование СО в выдыхаемом воздухе, исследование NO в выдыхаемом воздухе
Хроническая обструктивная болезнь легких с бронхиальной обструкцией 3-4 степени тяжести	Терапевт 1 раз в 3 месяца, пульмонолог 1 раз в 6 месяцев	Отоларинголог, стоматолог, психотерапевт, фтизиатр (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, бактериологическое исследование мокроты, крупнокадровая флюорография, компьютерная томография по показаниям, ЭКГ, спирография с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, пульсоксиметрия, тест с 6-минутной ходьбой, исследование окиси углерода в выдыхаемом воздухе
Бронхиальная астма интермиттирующая	Терапевт 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог,	Отоларинголог, стоматолог, пси-хотерапевт (по	Антропометрия, крупнокадровая флюорография, глюкоза крови, клинический анализ крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий

легкая и лёгкая персистирующая контролируемая	аллерголог 1 раз в год	показаниям)	анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия с исследованием обратимости обструкции бронхов, исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе
Бронхиальная астма персистирующая средней тяжести и тяжёлая частично контролируемая и неконтролируемая	Терапевт 1 раз в 3 месяца, пульмонолог – 1 раз в 6 месяцев, аллерголог 1 раз в 6 месяцев	Отоларинголог, стоматолог, психотерапевт (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, крупнокадровая флюорография, компьютерная томография (по показаниям), глюкоза крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам, спирометрия с исследованием обратимости обструкции бронхов, исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе

Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов с хроническими болезнями органов дыхания и после перенесенных острых заболеваний лёгких.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения Российской Федерации болезни органов дыхания (БОД) занимают 2 место после болезней системы кровообращения (Минздрав России, 2013). Среди отдельных хронических БОД при расчёте числа случаев на 100 тысяч взрослого населения лидирующее место занимает хронический бронхит (ХБ) и эмфизема лёгких (ЭЛ) (1614,8); бронхиальная астма (БА) (889,9); хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) и бронхоэктатическая болезнь (668,1); интерстициальные лёгочные болезни (ИЛБ), гнойные и некротические болезни дыхательных путей (ГБДП), и болезни плевры (27,1). Заболеваемость взрослого населения пневмонией в 2012 году составляла 374,1 случаев на 100 тыс. населения, и на эту причину приходилось 51,3% случаев смерти от БОД. Хронические болезни нижних дыхательных путей (НДП) были причиной смерти 40,6% всех умерших от БОД, при этом ХОБЛ составляла 91,9% среди них, БА — 6,9%, ЭЛ — 0,6%, бронхоэктазия — 0,5%. На гнойные заболевания нижних дыхательных путей приходилось 3,8% случаев смерти от БОД, ИБЛ — 1,0% и пневмокониозы 0,8%.

Единственным методом, который предоставляет возможность снизить ущерб, наносимый обществу этой группой БОД, является активное диспансерное наблюдение (ДН) с необходимым обследованием людей, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями. Цель его - своевременное выявление, предупреждение осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактика и осуществление медицинской реабилитации указанных лиц.

Перенесенные острые болезни лёгких (пневмония, плеврит, абсцесс лёгких и другие) являются фактором риска (ФР) развития хронических БОД у здоровых людей, особенно если после заболевания остаются необратимые изменения в бронхах и лёгочной ткани. Острые БОД часто развиваются у больных с хроническими БОД, которые могут быть выявлены при дополнительном обследовании пациента в восстановительном периоде после острого процесса. Патологические изменения в лёгких можно обнаружить в течение 3-6 месяцев после перенесенных острых БОД, и в течение этого периода имеется возможность их ликвидации под влиянием лечения. Пневмония – это воспалительное заболевание паренхимы лёгких с консолидацией поражённой части, заполнением альвеолярного пространства экссудатом, клетками воспаления и фибрином, инфекционной (чаще бактериальной) этиологии. Критерии постановки диагноза: диагноз пневмонии является определённым при наличии у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических признаков из числа следующих: а) острая лихорадка в начале заболевания ($t > 38,0^{\circ}\text{C}$); б) кашель с мокротой; в) физические признаки (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, жесткое бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука); г) лейкоцитоз $> 10 \cdot 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг ($> 10\%$). Заболевание может иметь затяжное течение и осложнения в виде плеврита (экссудативного или сухого плеврита), абсцесса легкого, бронхоэктазов и внелёгочных процессов. Это требует подбора адекватной антибактериальной терапии, восстановления дренажной функции бронхов и контроля состояния больного.

Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими болезнями органов дыхания и после перенесенных острых заболеваний лёгких время заболевания и в течение года после выздоровления, а также проведения реабилитационных мероприятий (лечебная физкультура, физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение). Курильщиков консультируют для отказа от табака. Всем пациентам этой группы показана вакцинация против респираторных инфекций, которая снижает риск повторного заболевания, необходимы рекомендации по здоровому образу жизни и восстановлению трудоспособности.

Для выявления осложнений на начальной стадии их развития врач должен проводить обследование пациента 1 раз в 3 месяца и при наличии показаний консультировать больного у пульмонолога. Клинический анализ крови, общий анализ мокроты исследуют с целью подтверждения воспалительного процесса в лёгких и бронхах. При наличии признаков воспаления в лабораторных данных проводят посев мокроты с целью выделения возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. При хламидийной и микоплазменной этиологии пневмонии проводится контрольное исследование крови на наличие возбудителя и динамики титра иммуноглобулинов М и G через 1 месяц после лечения. Если пациент курит и имеются клинические признаки нарушения бронхиальной проходимости и вентиляционной функции лёгких, то выполняется спирометрическое исследование с определением обратимости бронхиальной обструкции. При отсутствии дополнительных показаний рентгенография грудной клетки проводится через 12 месяцев, а при необходимости — в более ранние сроки. При внелёгочных осложнениях заболевания проводятся дополнительные обследования и консультации. Для решения вопроса о необходимости санации очагов инфекции в полости рта и верхних дыхательных путях проводится консультация отоларинголога (ЛОП) и стоматолога.

При отсутствии клинических и рентгенологических признаков патологических изменений в лёгких и полного восстановления трудоспособности при наблюдении в течение 1 года пациент переводится в группу I ДН. В случае наличия необратимых изменений в лёгких пациента наблюдают в группе II ДН, а при выявлении в процессе наблюдения хронических БОД переводят в группу III ДН.

При ведении больных с пневмонией, плевритом руководствуются клиническими рекомендациями и стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. №1213н).

Хронический необструктивный бронхит (ХНБ) — заболевание, проявляющееся кашлем с отделением мокроты на протяжении не менее 3 месяцев подряд или с перерывами, в течение не менее 2 последовательных лет. Заболевание развивается вследствие воздействия на дыхательные пути раздражающих или повреждающих факторов (табачный дым, пары агрессивных веществ, неорганическая и органическая пыль). Причинами

обострения заболевания обычно являются пневмококк, гемофильная палочка, респираторные вирусные инфекции. Заболевание имеет стабильное течение с периодическими обострениями. При обострениях чаще 1 раза в год заболевание прогрессирует, и развиваются осложнения (эмфизема лёгких, бронхоэктазы), может формироваться необратимая бронхиальная обструкция.

Цель ДН при ХНБ — профилактика обострений заболевания. При обострениях ХБ реже 3 раз в год пациента наблюдает терапевт и пульмонолог с частотой 1 раз в год, а 3 раза в год и чаще — 2 раза в год. При осмотре уточняется наличие ФР, способствующих обострению ХБ и проводится их профилактика: курение, дефицит массы тела, профессиональные факторы, частые респираторные инфекции, очаги инфекции в верхних дыхательных путях и полости рта, злоупотребление алкоголем и др. Для уточнения степени активности воспалительного процесса в бронхах и решения вопроса о коррекции ингаляционной противовоспалительной терапии выполняется клинический анализ крови, общий анализ мочи с исследованием на микобактерии туберкулеза. С целью оценки динамики показателей вентиляционной функции лёгких 1 раз в год выполняется спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции. Крупнокадровая флюорография (рентгенография) грудной клетки проводится 1 раз в год и позволяет выявить осложнения заболевания (эмфизема лёгких, бронхоэктазия), а также другие БОД (туберкулёз, рак лёгких), которые требуют уточнения и дополнительного проведения компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки. По повышению концентрации окиси углерода в выдыхаемом воздухе можно оценить интенсивность курения и отравления организма пациента, что увеличивает риск развития ХОБЛ. Повышение концентрации оксида азота в выдыхаемом воздухе у больного ХБ в сочетании с признаками гиперреактивности бронхов указывает на необходимость дополнительного обследования для исключения БА. Образование пациента с ХБ направлено на повышение информированности о болезни, соблюдение рекомендаций врача и снижение уровней ФР.

Больных ХБ в стадии ремиссии наблюдают в группе Ш ДН и руководствуются стандартом первичной медико-санитарной помощи (приказ МЗ РФ от 24 декабря 2012 г. N1455н). При выявлении бронхиальной обструкции в периоды обострения ХБ пациента ведут в соответствии с клиническими рекомендациями для больных ХОБЛ.

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) — заболевание, характеризующееся нарушением вентиляционной функции лёгких по обструктивному типу, частично обратимому, которое обычно прогрессирует и связано с повышенным хроническим воспалительным ответом лёгких на действие патогенных частиц или газов. Первыми признаками, с которыми пациенты обращаются к врачу, служит кашель, часто с выделением мокроты и/или одышка. Эти симптомы бы-вают наиболее выражены по утрам. В холодные сезоны возникают «частые простуды». Такова клиническая картина дебюта заболевания.

У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ. Традиционно ХОБЛ объединяет хронический бронхит и эмфизему лёгких. Хронический бронхит обычно определяется клинически как наличие кашля с продукцией мокроты на протяжении по крайней мере 3-х месяцев в течение последующих 2-х лет. Эмфизема определяется морфологически как наличие постоянного расширения дыхательных путей дистальнее терми-нальных бронхиол, ассоциированное с деструкцией стенок альвеол, не связанное с фиброзом.

У больных ХОБЛ чаще всего присутствуют оба состояния и достаточно сложно клинически разграничить их. В понятие ХОБЛ не включают БА и другие заболевания, ассоциированные с плохо обратимой бронхиальной обструкцией (муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь, облитерирующий бронхиолит). Выраженность симптомов варьирует в зависимости от фазы течения заболевания (стабильное течение или обострение). Стабильным следует считать то состояние, при котором выраженность симптомов существенно не меняется в течение недель или даже месяцев, и в этом случае прогрессирование заболевания можно обнаружить лишь при длительном (6-12 месяцев) динамическом наблюдении за больным.

Особое влияние на клиническую картину оказывают обострения заболевания — периодически возникающие ухудшения состояния (длительностью не менее 2-3 дней), сопровождающиеся нарастанием интенсивности симптоматики и функциональными расстройствами. Во время обострения отмечается усиление выраженности гипервентиляции и так называемых воздушных ловушек в сочетании со сниженным экспираторным потоком, что приводит к усилению одышки, которая обычно сопровождается появлением или усилением дистанционных хрипов, чувством сдавления в груди, снижением толерантности к физической нагрузке. Помимо этого, происходит нарастание интенсивности кашля, изменяется (увеличивается или резко уменьшается) количество мокроты, характер её отделения, цвет и вязкость. Одновременно ухудшаются показатели функции внешнего дыхания и газов крови: снижаются скоростные показатели (ОФВ1 и др.), может возникнуть гипоксемия и даже гиперкапния.

В пересмотре документа GOLD в 2011 году была предложена новая классификация, основанная на интегральной оценке тяжести больных ХОБЛ. Она учитывает степень тяжести бронхиальной обструкции (лёгкая, средней тяжести, тяжёлая, крайне тяжёлая) по результатам спирометрического исследования, клинические данные о пациенте (количество обострений ХОБЛ за год) и выраженность клинических симптомов по результатам оценки одышки по шкале Medical Research Council Scale (MRC) Dyspnea Scale (mMRC) и оценочного теста ХОБЛ (COPD Assessment Test — CAT), наиболее точно отражающего самочувствие пациента на данный момент.

Диспансерное наблюдения пациентов с хроническими болезнями органов дыхания и после перенесенных острых заболеваний лёгких в анамнезе. В новой редакции GOLD 2013 года является наличие более одного из добавлено положение о том, что при наличии у следующих симптомов: хрипы, удушье, чувство заложенности в грудной клетке и кашель, особенно в случаях ухудшения симптомов ночью и тяжелого обострения), больного необходимо от носить к группе высокого риска.

Бронхиальная астма (БА) — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы, что обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности повторяющимися эпизодами свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, в особенности по ночам или ранним утром, связанными с распространенной вариабельной обструкцией дыхательных путей в лёгких, кото рая часто бывает обратимой спонтанно или под влиянием лечения. (Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы, 2013). **Критериями диагностики БА** являются наличие более одного из следующих симптомов: хрипы, удушье, чувство заложенности в грудной клетке и кашель, особенно в случаях ухудшения симптомов ночью и рано утром; возникновение симптомов при физической нагрузке, воздействии аллергенов и холодного воздуха; возникновение симптомов после приема аспирина или бета-блокаторов. У пациентов с БА имеются указание на наличие атопических заболеваний в анамнезе; наличие астмы и/или атопических заболеваний у родственников. При осмотре в момент приступа выявляются распространенные сухие свистящие хрипы при выслушивании (аускультации) грудной клетки и регистрируются низкие показатели пиковой скорости выдоха (ПСВ) или объёма форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) частично при полностью обратимые (ретроспективно или в серии исследований), эозинофилия периферической крови, необъяснимые другими причинами. Тесты на выявление обструкции, бронхиальной гиперреактивности и воспаления дыхательных путей могут подтверждать диагноз БА. Однако нормальные показатели, особенно в момент, когда симптоматика отсутствует, не исключают диагноз астмы. Больным с бронхиальной обструкцией и средней вероятностью БА следует провести тест на обратимость и/или пробную терапию в течение определенного периода: при положительном тесте на обратимость и, если при проведении терапевтической пробы достигнут положительный эффект, в дальнейшем следует лечить пациента как больного БА.

Больные с любой степенью тяжести БА могут иметь легкие, среднетяжелые или тяжелые обострения. У ряда больных с интермиттирующей БА могут наблюдаться тяжелые и угрожающие жизни обострения на фоне длительных бессимптомных периодов с нормальной легочной функцией.

Классификация тяжести БА у пациентов, получающих лечение, основана на наименьшем объеме терапии, который требуется для поддержания контроля над течением заболевания. Легкая БА — это болезнь, контроль которой может быть достигнут при небольшом объеме терапии (низкие дозы ИГКС, антилейкотриеновые препараты или кромоны). При тяжелой БА для контроля необходим большой объем терапии (например, ступень 4, или БА, контроля которой достичь не удастся, несмотря на большой объем терапии). Цель лечения БА — достижение и поддержание клинического контроля над заболеванием в течение длительного периода времени с учетом безопасности терапии, потенциальных нежелательных реакций и стоимости лечения.

При оценке контроля БА могут использоваться вопросники (Asthma control test questionnaire — с-АСТ тест у детей с 4 до 11 лет, АСТ-тест у детей от 12 лет и взрослых, вопросник по контролю над астмой (АСQ-5). При контролируемой БА дневные симптомы отмечаются реже 2 раз в неделю, повседневная активность не нарушена, ночные симптомы отсутствуют, потребность в препаратах неотложной помощи реже 2 раз в неделю, ПСВ или ОФВ1 в норме и обострений болезни нет (GINA, 2011). Опрос пациента по контролю над астмой (АСQ-5) даёт суммарный показатель 0,5-0,75, что указывает на хороший контроль БА и низкий риск обострений (13-18%) в течение ближайшего года. Увеличение потребности в препаратах неотложной помощи, особенно ежедневное их использование, указывает на утрату контроля над астмой и необходимость пересмотра терапии. АСQ-5 даёт суммарный показатель 0,75 - 1,5 и указывает на частичный контроль БА и риск обострений 25% в течение ближайшего года. Если текущая терапия не обеспечивает контроля БА, необходимо увеличивать объём терапии (переходить на более высокую ступень) до достижения контроля. При сохранении контроля БА в течение 3 месяцев и больше возможно уменьшение объема поддерживающей терапии с целью установления минимального объема терапии и наименьших доз препаратов, достаточных для сохранения контроля.

Обострение БА могут быть вызваны многими ФР, которые иногда называются триггерами; к их числу относятся аллергены, вирусные инфекции, поллютанты и лекарственные препараты. Уменьшение воздействия на пациентов не-которых категорий ФР позволяет улучшить контроль БА и снизить потребность в лекарствах.

Образование и обучение пациентов с БА является важной частью ДН, так как позволяет снизить число обострений и замедлить прогрессирование болезни, обеспечивать оптимальный контроль БА, повысить качество жизни больных.

При ведении пациентов с БА следует руководствоваться Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению бронхиальной астмы (2013); стандартом медицинской помощи (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 сентября 2007 г. №600 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным астмой».

Пациенты с БА наблюдаются терапевтом, пульмонологом и аллергологом по группе III ДН 2 раза в год при интермиттирующей и легкой персистирующей БА, 4 раза в год — частично контролируемой персистирующей БА средней степени тяжести и тяжелой, а также неконтролируемой тяжелой.

Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации пациентов с болезнями органов дыхания являются:

- 1) составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом заболевания и его тяжести;
- 2) активное привлечение населения к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;
- 3) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;
- 4) выполнение доврачебных медицинских исследований (опрос, факторов риска их развития, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, а также определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом,
- 5) определение факторов риска, способствующих прогрессированию заболевания.
- 6) формирование комплекта документов;
- 7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных III группе состояния здоровья;
- 8) разъяснение пациенту с высоким риском развития угрожающего жизни состояния или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

2.Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение :учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

3.Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

4.Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер)

Занятие №6

Тема: Профилактика болезней системы кровообращения.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения профилактики болезней органов кровообращения и овладеть умениями диспансерного наблюдения за больными.

Задачи:

1. Изучить факторы риска развития артериальной гипертензии.
2. Изучить технологии первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии.
3. Получить навыки применения немедикаментозных методов (рациональное питание, надлежащая физическая активность, контроль массы тела, использование приемов психогигиенической и психотерапевтической самопомощи и др.) при артериальной гипертензии.
4. Изучить медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента с артериальной гипертензией.
5. Получить навыки формирования и динамического наблюдения групп диспансерного учета.

6. Изучить роль фельдшера в организации и проведении профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы на закрепленном участке, в организации и проведении диспансеризации пациентов для выявления ранних симптомов болезней органов кровообращения, предупреждения их осложнений и обострений, в обеспечении регулярности обследования диспансерных больных у врача.

Вопросы для рассмотрения:

1. Назовите факторы риска развития артериальной гипертензии (АГ).
2. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики АГ.
3. Каковы немедикаментозные методы (рациональное питание, надлежащая физическая активность, контроль массы тела, использование приемов психогигиенической и психотерапевтической самопомощи и др.) воздействия на пациента с АГ.
4. Каковы медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента?
5. Назовите особенности профилактики болезней органов кровообращения в различных возрастных периодах.
6. Как проводится динамическое наблюдение групп диспансерного учета и ведение документации групп диспансерного учета.
7. Каковы принципы консультирования пациента и его окружения по вопросам контроля физической нагрузки, рационального питания и т.д.
8. Укажите роль фельдшера в организации и проведении профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы на закрепленном участке, в организации и проведении диспансеризации пациентов для выявления ранних симптомов болезней органов кровообращения, предупреждения их осложнений и обострений, в обеспечении регулярности обследования диспансерных больных у врача.

Практические задания:

Решение ситуационных задач.

Пример ситуационной задачи

Задача

Пациентка К., 61 года, пенсионерка, предъявляет жалобы на повышение АД до 170/95 мм. рт. ст., жгучие боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку при подъеме на один этаж, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при незначительной нагрузке, дискомфорт в правом подреберье.

Из анамнеза: страдает артериальной гипертензией в течение 7 лет. 2 года назад перенесла ОИМ (Q-позитивный).

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, в нижних отделах симметрично выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Перкуторно левая граница сердца определяется на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, выслушивается систолический шум на верхушке. Частота сердечных сокращений 95 ударов в 1 минуту, пульс - 92, АД - 175/95 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из -под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Голени пастозны. Стул, мочеиспускание в норме.

ОХС крови - 7,0 ммоль/л, сахар крови - 4,2 ммоль/л, МАУ - 120 мг/сутки.

ЭКГ Гипертрофия левого желудочка, очагово-рубцовые изменения по задней стенке левого желудочка, желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии.

ЭХО-КГ изменена структура стенок аорты и створок аортального клапана, умеренная гипертрофия стенок левого желудочка, нарушена локальная (гипокинез задней стенки в срединном и апикальном сегментах) и снижена глобальная (ФВ 47%) сократимость миокарда, незначительная митральная недостаточность.

ДИАГНОЗ. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ. ПРОВЕСТИ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.

Основные понятия темы:

Разбираются основные понятия профилактики заболеваний органов кровообращения:

1. Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертензией (АГ)

Диспансерному наблюдению участковым врачом подлежат больные АГ с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов.

Факторы риска, признаки субклинического поражения органов-мишеней ассоциированных клинических состояний, влияющих на прогноз больного и применяемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска

-Мужской пол

-Возраст (≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин)

-Курение

-Дислипидемии (принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена)

-Общий холестерин $> 4,9$ ммоль/л (190 мг/дл) и/или Холестерин липопротеинов низкой плотности $> 3,0$ ммоль/л (115 мг/дл) и/или Холестерин липопротеинов высокой плотности у мужчин $< 1,0$ ммоль/л (40 мг/дл), у женщин $< 1,2$ ммоль/л (46 мг/дл) Триглицериды $> 1,7$ ммоль/л (150 мг/дл)

-Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (102–125 мг/дл) Нарушение толерантности к глюкозе 7,8–11,0 ммоль/л Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)

-Абдоминальное ожирение (окружность талии: ≥ 102 см у мужчин, ≥ 88 см у женщин) (для лиц европейской расы)

-Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (< 55 лет у мужчин, < 65 лет у женщин)

-Субклиническое поражение органов-мишеней

-Высокое пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста) ≥ 60 мм рт.ст.

-Электрокардиографические признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лайона SV1+RV5-6 > 35 мм; кор-

нелльский показатель (R AVL+SV3) ≥ 20 мм для женщин, (RAVL+SV3) ≥ 28 мм для мужчин; корнелльское произведение (RAVL+SV3) мм x QRS мс > 2440 мм x мс

-Эхокардиографические признаки ГЛЖ (индекс ММЛЖ: > 115 г/м² у мужчин, > 95 г/м² у женщин)

-Утолщение стенки сонных артерий (толщина комплекса интима-медиа, ТИМ $\geq 0,9$ мм) или бляшка в брахиоцефальных/почечных/подвздошно-бедренных артериях (АСБ)

-Повышенная скорость пульсовой волны на каротидно-фemorальном участке > 10 м/сек Лодыжечно-плечевой индекс систолического давления $< 0,9$ *

-ХБП 3 стадии со СКФ 30–60 мл/мин/1,73 м² (MDRD-формула)** или низкий клиренс креатинина < 60 мл/мин (формула Кокрофта-Гаулта)***

-Микроальбуминурия (30–300 мг/л)

Ассоциированные клинические состояния:

-Сахарный диабет

-Глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) при двух измерениях подряд и/или

HbA1c $> 7\%$ и/или

-Глюкоза плазмы после нагрузки $\geq 11,1$ ммоль/л (198 мг/дл)

Анализ результатов и критерии эффективности диспансерного наблюдения больных с АГ:

Врач-терапевт, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта осуществляет учет и анализ результатов проведения диспансерного наблюдения обслуживаемого населения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах диспансерного наблюдения. Заместитель руководителя (иное полномочное должностное лицо) медицинской организации организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования и повышения эффективности диспансерного наблюдения.

Основными критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

- 1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 2) уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;
- 3) отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 4) снижение показателей предотвратимой смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 5) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 6) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

Основным показателем активности врачей (фельдшеров) в организации и проведении диспансерного наблюдения является «Полнота охвата диспансерным наблюдением больных», определяемого как: (Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением на начало года)

+ (Число вновь взятых больных под диспансерное наблюдение) – (Число больных, ни разу не явившихся) x 100: (Число зарегистрированных больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении). Показатель может быть вычислен как в отношении всего диспансерного контингента больных, так и отдельно по тем нозологическим формам, которые выбраны для учета и анализа.

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного (форма №025/у-04) и в Контрольную карту диспансерного наблюдения (форма №030/у-04).

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

2. Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение :учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

3. Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

4. Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.

- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер) .

Занятие №7

Тема: Профилактика болезней органов пищеварения.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения профилактики болезней органов пищеварения и овладеть умениями диспансерного наблюдения за больными.

Задачи:

1. Изучить факторы риска развития болезней органов пищеварения (неправильное питание, стрессы, курение, злоупотребление алкоголем, генетическая предрасположенность, неблагоприятная экологическая ситуация, профессиональные вредности, наличие аллергенов, употребление имеющих побочное действие лекарственных препаратов и пр.).
2. Освоить технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней органов пищеварения.
3. Изучить немедикаментозные методы (рациональное питание, надлежащая физическая активность, контроль массы тела, приемы психогигиенической и психотерапевтической самопомощи и пр.) и медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.
4. Освоить особенности профилактики болезней органов пищеварения в различных возрастных периодах.
5. Изучить принципы проведения динамического наблюдения групп диспансерного учета.
6. Научится оформлять документацию групп диспансерного учета.
7. Освоить консультирование пациента и его окружения по вопросам рационального питания.
8. Роль фельдшера в проведении диспансерного наблюдения у больных с заболеваниями органов пищеварения.

Контрольные вопросы:

1. Назовите факторы риска развития болезней органов пищеварения (неправильное питание, стрессы, курение, злоупотребление алкоголем, генетическая предрасположенность, неблагоприятная экологическая ситуация, профессиональные вредности, наличие аллергенов, употребление имеющих побочное действие лекарственных препаратов и пр.).
2. Назвать технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней органов пищеварения.
3. Указать немедикаментозные методы (рациональное питание, надлежащая физическая активность, контроль массы тела, приемы психогигиенической и психотерапевтической самопомощи и пр.) и медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.
4. перечислить особенности профилактики болезней органов пищеварения в различных возрастных периодах.
5. Указать принципы проведения динамического наблюдения групп диспансерного учета.
6. Как оформлять документацию групп диспансерного учета.
7. Консультирование пациента и его окружения по вопросам рационального питания.
8. Роль фельдшера в проведении диспансерного наблюдения у больных с заболеваниями органов пищеварения.

Практическое задание: решение ситуационных задач

Пример задачи

Пациент 36 лет. Жалуется на сильные боли в эпигастрии, изжогу, слабость. Болен в течение 6 дней. В ОАК отмечается снижение уровня гемоглобина – 100 г/л.

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА. ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

АЛИМЕНТАРНО ЗАВИСИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ КОРРЕКЦИЯ. ОСНОВЫ

РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Питание является определяющим, системообразующим фактором в здоровом образе жизни, влияющим и на двигательную активность, и на эмоциональную устойчивость. В настоящее время неопровержимо доказано, что ухудшение здоровья, снижение иммунологической реактивности организма, частые простудные и другие инфекции, хронизация заболеваний, избыточный вес, проблемная кожа, раннее старение являются следствиями неправильного, несбалансированного питания. Научно доказана связь между питанием и развитием

хронических заболеваний - сердечно-сосудистых, рака, сахарного диабета, которые являются ведущими причинами преждевременной смертности в России.

Структура питания населения России имеет существенные отклонения от формулы сбалансированного питания, связанные, прежде всего, с избыточным потреблением животных жиров, недостаточным потреблением полноценных белков, витаминов, макро- и микроэлементов, полиненасыщенных жирных кислот, пищевых волокон. В результате этого более 70% случаев летальности в Российской Федерации обусловлены заболеваниями, напрямую связанными с питанием, - так называемые алиментарно-зависимые заболевания; при этом подчеркивается ведущая роль факторов питания не только в их развитии, но и в профилактике, лечении, поддержании ремиссии, улучшении прогноза.

По данным ВОЗ в возникновении почти 80 % патологических состояний существенное значение имеет неправильное, несбалансированное питание. В частности, пищевые факторы участвуют в возникновении и развитии сахарного диабета – в 60%; ИБС и инсульта – 40%; рака – 35%; болезней органов пищеварения (желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей) – 35%; артритов, остеопороза, подагры (25%).

Наиболее распространенные алиментарно-зависимые заболевания/состояния:

- Атеросклероз, гиперлипидемия, гипертоническая болезнь, ИБС
- Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки; гастрит
- Панкреатит
- Желчнокаменная болезнь; мочекаменная болезнь;
- Ожирение
- Сахарный диабет, заболевания щитовидной железы
- Остеопороз
- Подагра, ревматоидный артрит
- Некоторые злокачественные образования (рак почек, толстого кишечника, предстательной железы, шейки матки и др.)
- Алиментарные дефициты (йододефицит, железодефицит и т.д.);
- Кариес
- Психозомоциональные расстройства, депрессия, расстройства сна

КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Концепция здорового питания – это оптимизация питания населения путем формирования пищевых привычек, отвечающих принципам здорового питания.

Здоровое питание – это: энергетическое равновесие; сбалансированный по пищевым веществам рацион; соблюдение режима питания; правильная кулинарная обработка.

Нерациональное питание характеризуется чрезмерным потреблением общего жира, насыщенных жиров, рафинированного сахара, соли, алкоголя, недостатком полиненасыщенных и мононенасыщенных жиров, клетчатки, витаминов и минералов.

Правильное питание дает возможность: предупредить и уменьшить риск осложнений многих заболеваний; сохранить здоровье и привлекательную внешность; оставаться стройным и долго быть молодым; быть физически и духовно активным.

Основные принципы построения оптимального рациона питания приведены в табл 1., где показано оптимальное содержание в рационе компонентов питания (в % общей калорийности рациона) и некоторых групп продуктов (г/сут).

Таблица 1 **Принципы построения оптимального рациона питания для снижения риска развития алиментарно-зависимых заболеваний**

(рекомендации ВОЗ)

Фактор питания	Доля от общей калорийности рациона
Общий жир	15-30%
Насыщенные жирные кислоты	Менее 10 %
Полиненасыщенные жирные кислоты	6-10 %
Омега-6 полиненасыщенные кислоты	5-8 %
Омега-3 полиненасыщенные кислоты	1-2 %
Трансформы жирных кислот	Менее 1 %
Мононенасыщенные жирные кислоты	10%
Общий белок	10-15 %
Общие углеводы	55-75 %
Простые углеводы	Менее 10%
Пищевая клетчатка	24 г/день
Пищевой холестерин	Менее 300 мг/день
Поваренная соль	5 г/день
Сырые фрукты и овощи	Более 400 г/день
Рыба	20г/ день
Орехи, зерновые, бобовые	30 г/день

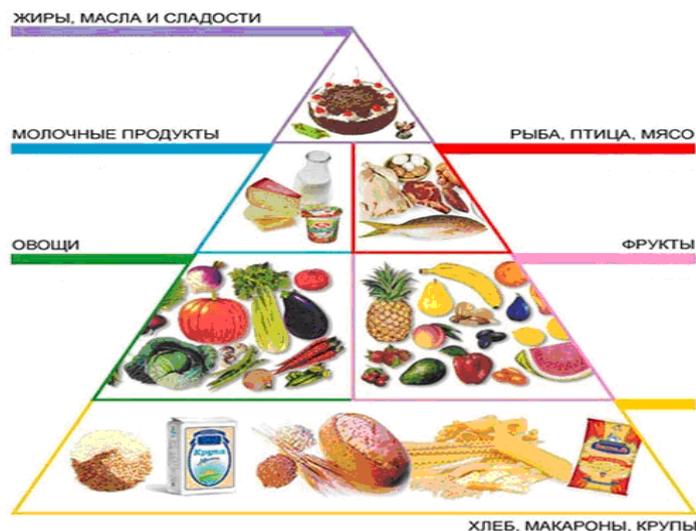
Рацион оптимального питания формируется из разнообразных фруктов и овощей, продуктов на основе зерновых, в том числе из цельного зерна, обезжиренных и низкожирных молочных продуктов, нежирного мяса, птицы, рыбы, растительного масла, бобовых, яиц и орехов. В рационе должно быть мало насыщенных и трансизомеров жирных кислот, холестерина, поваренной соли добавленного сахара; его энергетическая ценность должна соответствовать потребности в энергии для рекомендованной массы тела.

Как известно, сбалансированный рацион человека должен включать макронутриенты (белок, углеводы, в том числе и пищевые волокна, жир), воду, микронутриенты (витамины, минеральные вещества, минорные компоненты пищи). Разработаны нормы физиологических потребностей в пищевых веществах для групп с различной интенсивностью труда в России. Данные нормы служат основой для создания рационов лечебного питания.

Все продукты питания можно разделить на 5 основных групп, наглядно представленных в пирамиде здорового питания (рис.2).

Рисунок 2

Пирамида здорового питания



В основании пирамиды находятся хлеб, крупы, макаронные изделия, картофель, овощи и фрукты. Эти продукты должны составлять основу ежедневного питания человека. Рекомендуется употреблять овощи и фрукты не менее 5 раз в день. В них практически нет жира, много сложных углеводов (источник энергии), витаминов, минералов и клетчатки.

Меньшая часть поделена на правую и левую половины – мясо, рыба и молочные продукты. Этих продуктов должно потребляться значительно меньше.

Самая верхняя часть пирамиды включает масло, сахар, кондитерские изделия, сладости, алкоголь. Их потребление должно быть ограниченным.

Общие принципы здорового (рационального) питания

Употребление разнообразной пищи каждый день. Незаменимые пищевые вещества в разных количествах содержатся в различных пищевых продуктах. Каждая группа пищевых продуктов содержит свой набор необходимых пищевых веществ и определенное количество энергии. Разнообразное питание, комбинация пищевых продуктов в суточном рационе в наибольшей степени позволяет обеспечить набор необходимых для человека пищевых веществ. Важно знать, что нет пищи абсолютно «хорошей» или совершенно «плохой». Плохим или хорошим бывает тот набор пищевых продуктов и способы его приготовления, т.е. рацион питания или диета, которые человек выбирает и потребляет. Только при потреблении каждый день пищевых продуктов из всех групп представляется возможным получить с пищей все необходимые пищевые вещества и достаточное количество энергии.

Всемирной организацией здравоохранения разработаны следующие 12 принципов здорового питания:

Употребляйте разнообразные пищевые продукты, большинство которых составляют продукты растительного, а не животного происхождения.

Хлеб, изделия из муки, крупы, картофель должны употребляться несколько раз в день.

Ешьте несколько раз в день разнообразные овощи и фрукты, выращенные преимущественно в местности проживания, не менее 400 г в день.

Чтобы поддерживать массу тела в рекомендуемых пределах (индекс массы тела 20-25), необходимы ежедневные умеренные физические нагрузки.

Контролируйте поступление жира с пищей (не более 30% от суточной калорийности), используйте жир растительных масел.

Заменяйте жирное мясо и мясные продукты на бобовые, зерновые, рыбу, птицу или постное мясо.

Употребляйте молоко с низким содержанием жира и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт, сыр) с низким содержанием жира и соли.

Выбирайте продукты с низким содержанием сахара и употребляйте сахар умеренно, ограничивая количество сладостей и сладких напитков.

Ешьте меньше соли. Общее количество соли пищи не должно превышать 1 чайной ложки = 6 г в день. Следует употреблять йодированную соль.

Если Вы употребляете спиртные напитки, то общее содержание чистого спирта в них не должно превышать 20 г в день.

Приготовление пищи должно обеспечивать ее безопасность. Приготовление блюд на пару, в микроволновой печи, выпечка или кипячение позволяют уменьшить используемые в процессе приготовления количества жира, масла, соли и сахара.

Способствуйте вскармливанию новорожденных только грудью примерно в течение 6 месяцев. Вводить прикорм следует постепенно, не отказываясь совсем от грудного вскармливания.

Примерная схема построения рациона питания приведена в табл. 1.

Таблица 1

Примерная схема построения рациона

Фрукты, ягоды (свежие или консервированные)
Наиболее полезны оранжево-желтые; 2 и более раз в день. На 1 прием: 1 яб- локо или груша, или 3-4 сливы, или ½ стакана ягод, или ½ апельсина, или грейпфрута, или 1 персик, или 2 абрикоса, или 1 гроздь винограда, или 1 ста- кан фруктового или плодово-ягодного сока, или ½ стакана сухофруктов.
Хлебобулочные изделия
5-7 приемов в день. На один прием: хлеб белый или черный 1-2 куска, (на весь день 5-6 кусков, около 300 г) или 3-4 галеты, или 4 сушки, или 1 бублик, или порция (150-200 г) пшеничной или гречневой, или рисовой, или перло- вой каши, или порция (200-250 г) манной или овсяной каши, или порция (150-200 г) отварных макарон, или 1-2 блина. Ограничение или исключение добавления жиров к блюдам!
Молочные продукты
Употребление низкожирных сортов молока и продуктов 2 раза в день. На 1 прием: 1 стакан молока или кефира, или простокваши, или 60-80 г (4-5 ст. л) нежирного или полужирного творога, или брынзы, или 50-60 г твердого или плавленого сыра, или ½ стакана сливок или 1 порция мороженого.
Овощи
Наиболее полезны темно-зеленые и желто-красные 3-4 раза в день. На при- ем: 100-150 г капусты или 1-2 моркови (ежедневно источники витамина С и каротина), или пучок зеленого лука, или другой зелени, или 1 помидор, или 1 стакан томатного сока. Всего за 1 день 400 г и более сырых овощей. Кар- тофель 3-4 клубня в день.
Жиры, сладости, сахар
ОГРАНИЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ до 1-2 ст. л растительного масла или 5-10 г сливочного масла, или маргарина для приготовления блюд; до 5-6 ч.л. (40- 50 г) сахара или 3 шоколадных конфет, или 5 карамелей, или 5 ч.л. варенья, или меда, или 2-3 вафель, или 50 г горта.

Выбор пищи по представленной схеме осуществляется по принципу «или-или». Это значит, что из каждой группы пищевых продуктов выбирается один. Данные о содержании жира в пищевых продуктах помогут выбрать продукты с низким содержанием жира (табл.2).

Таблица 2

Группа про- дуктов	Содержание жира		
	низкое	среднее	высокое
Фрукты	Все фрукты (исключая оливы, авокадо), фруктовые соки	Оливы	Авокадо
Овощи	Все овощи без жи- ровых заправок, овощные соки и ве- гетарианские супы		Овощи с жировыми заправками, жареные овощи

Хлеб, другие зерновые продукты	Черный и белый хлеб, отварные макароны и крупяные каши без масла и молока, кукурузные, рисовые и другие хлопья	Молочные каши, булочки, печенье не сдобное	Сдобные булочки и печенье, жареные на жиру гренки, торты, пирожные
Молочные продукты	Обезжиренные молоко и кисломолочные продукты, обезжиренный творог. Молочное мороженое	1% или 2% молоко и кисломолочные продукты, полужирный творог, брынза, рассольные сыры (сулугуни, адыгейский)	Цельное молоко, твердые и плавленые сыры, жирный творог, сливки, сметана, пламбир, сливочное мороженое
Мясо животных и птицы	Мясо птицы без кожи, тощая говядина	Мясо птицы с кожей, говядина и баранина с удаленным видимым жиром	Свинина, жареная говядина, жареная птица, колбасы, сосиски, ветчина, бекон, свиная тушенка
Рыба	Нежирные сорта рыбы (треска, ледяная, хек)	Лосось, сельдь	Осетрина, сардины, палтус, консервы в масле
Блюда из яиц	Яичные белки	Цельное яйцо	Яичница
Бобовые	Фасоль, горох, бобы, чечевица	Соевые бобы	
Орехи, семечки			Орехи и семечки
Жиры, масла и соусы	Кетчуп, уксус, горчица	Майонез, сметанные соусы	Все жиры и масла
Сладости, кондитерские изделия	Варенье, джем, зефир, пастила		Торты, пирожные, халва, вафли, шоколад
Напитки	Прохладительные напитки, чай, кофе		Алкогольные напитки (из спирта образуются жиры)

Лечебное питание или диетотерапия - это применение с лечебной целью специально составленных пищевых рационов и режимов питания как при острых, так и хронических инфекционных и неинфекционных заболеваниях.

Лечебное питание - обязательный компонент комплексной терапии. Еще Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) в сочинении «О диете» писал, что терапия различных болезней должна сводиться к урегулированию диеты, поскольку пищевые вещества следует рассматривать как лечебные средства, а лечебные средства - как пищевые вещества. Гиппократу также принадлежат слова: « Кто хорошо питает, тот и хорошо излечивает». Основоположник отечественной диетологии Мануил Исаакович Певзнер (1872-1952) отмечал: «...Питание больного является тем основным фоном, на котором следует применять другие терапевтические факторы - там, где нет лечебного питания, нет и рационального лечения». Диетическое питание и медикаментозное лечение взаимодополняют друг друга, что повышает эффективность лечения.

Лечебное питание должно обеспечивать больного не только достаточным количеством энергии, пищевых веществ, витаминов, минеральных и биологически активных компонентов, но и оказывать положительное влияние на патогенетические механизмы развития заболевания.

Под диетическим (лечебно-профилактическим) питанием понимают употребление пищевых продуктов, которые повышают сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам окружающей среды благодаря их влиянию на метаболизм или выведение из организма чужеродных соединений, на повышение функциональной активности органов и систем.

Лечебное питание благоприятно влияет на интенсивность метаболических процессов, способствует профилактике и снижению риска развития алиментарно-зависимых заболеваний, предупреждает прогрессирование болезни, улучшает качество жизни больных, способствует повышению работоспособности и снижению инвалидизации населения, повышает эффективность комплексного восстановительного лечения заболевания.

Поскольку коррекция нарушений обмена и адекватное обеспечение энергетических и пластических потребностей должны занимать одно из центральных мест в стратегии лечебных мероприятий у больных терапевтического и особенно хирургического профиля, при назначении лечебного питания необходимо определение степени нарушения состояния пищевого статуса, основанное на результатах антропометрических, биохимических и иммунологических методов исследования. В целом для характеристики пищевого статуса определяют до 40 незаменимых нутриентов, включая витамины, микроэлементы и большое количество связанных метаболитов, ферментов, гормонов. Комплексная оценка пищевого статуса с использованием различных критериев позволяет подобрать адекватную

диетотерапию, учитывающую выявленные нарушения, и в дальнейшем оценить ее эффективность.

В клинике лечебного питания НИИ питания РАМН оценивают нарушения пищевого статуса по системе Нутритест-ИП, включающей изучение потребления пищевых продуктов, пищевых веществ и энергии, антропометрических показателей (рост, масса тела, индекс массы тела, окружность талии, окружность бедер, их соотношение), состава тела (методом биомпедансметрии, остеоденситометрии), лабораторных и биохимических анализов (развернутая метабограмма), показателей метаболического статуса (основной обмен, пищевой термогенез, окисление жиров, белков, углеводов для дозированной пищевой нагрузки).

В основу современных представлений о лечебном питании положена концепция оптимального питания, которая:

является дальнейшим развитием концепции сбалансированного питания;

предусматривает необходимость, обязательность полного обеспечения потребностей здорового и больного человека:

в энергии;

в эссенциальных макро- и микронутриентах;

в ряде minorных биологически активных компонентов пищи (флавоноиды, индолы, фитостеролы, изотиоцианаты и др.), оказывающих многостороннее действие на организм.

Лечебное питание – питание, адаптированное по химическому составу, энергетической ценности диеты, технологии приготовления и режиму питания к клинико-патогенетическим особенностям болезни и стадии заболевания.

Принципы диетического питания разработаны А.А. Покровским.

Основные принципы лечебного питания

Индивидуализация питания, основанная на соматометрических данных (рост, масса тела и др.) и результатах исследований обмена веществ у конкретного больного.

Обеспечение пищеварения при нарушении образования пищеварительных ферментов. Например, при дефиците в кишечнике фермента пептидазы, расщепляющей белок глютен пшеницы, ржи, ячменя, овса (глютеновая болезнь), или повышенной чувствительности к глютену (целиакия) из диеты следует исключить все продукты, содержащие белок указанных злаков.

Учёт взаимодействия пищевых веществ в желудочно-кишечном тракте и организме: необходимо обязательно предусмотреть сбалансированность питательных элементов, способных оказывать влияние на их усвояемость - например, всасывание кальция из кишечника ухудшается при избытке в пище жиров, фосфора, магния, щавелевой кислоты.

Стимулирование восстановительных процессов в органах и тканях путём подбора необходимых пищевых веществ, особенно аминокислот, витаминов, микроэлементов, незаменимых жирных кислот.

Компенсация пищевых веществ, теряемых организмом больного. Например, при анемиях, в частности после кровопотери, в диете должно быть увеличено содержание микроэлементов, необходимых для кроветворения (железо, медь и др.), ряда витаминов и полноценных белков животного происхождения.

Направленное изменение режима питания в целях своеобразной тренировки биохимических и физиологических процессов в организме (например, режим частого приёма пищи пониженной энергетической ценности при ожирении).

Использование в питании методов щажения (при раздражении или функциональной недостаточности органа или системы) - ограничение в питании химических, механических или температурных раздражителей.

Использование в питании методов постепенного расширения строгих диет за счёт менее щадящих блюд и продуктов.

Использование в питании методов разгрузки и «контрастных дней» - применение на фоне основной лечебной диеты «контрастных дней» - нагрузочных (например, добавление в рацион исключённых пищевых веществ) и разгрузочных дней. Нагрузочные дни не только способствуют толчкообразной стимуляции функции, но и служат пробой на функциональную выносливость. Цель разгрузочных дней - кратковременно облегчить функции органов и систем, способствовать выделению из организма продуктов нарушенного обмена веществ. По преобладанию пищевых веществ разгрузочные диеты подразделяют на белковые (молочные, творожные, мясо-овощные), углеводные (фруктовые, сахарно-овощные), жировые (сливки, сметана), комбинированные (состоящие из различных продуктов). Для назначения определённой разгрузочной диеты существуют строгие показания.

Молочная диета (в том числе диета Карелля и её варианты). Диета Карелля (предложена Филиппом Яковлевичем Кареллем в 1865 г.) - метод лечения болезней сердечно-сосудистой системы и почек питанием только снятым молоком (0,8-3 л/сут) при соблюдении постельного режима. В классическом варианте этой диеты в первую неделю больному дают снятое молоко по 200 мл 4 раза в день, позже добавляют яйца, сухари с постепенным переходом к обыч ной смешанной пище.

Кроме применения у больных с сердечной недостаточностью, её назначают также при гипертонической болезни, ожирении, заболеваниях печени и желчевыводящих путей, пиелитах и пиелостазе. При этой диете дают молоко, кефир, простоквашу через 2-2,5 ч по 200-250 мл 6 раз в день (всего 1,2-1,5 л) или же назначают диеты Карелля.

Творожная диета: её назначают при выраженной сердечной недостаточности, хроническом нефрите с отёками, но без азотемии, при ожирении. В неё включены 500 г творога и 150 г сахара, 1-2 стакана отвара шиповника. Больному дают пищу в 5 приёмов равными частями через 2-2,5 ч.

Яблочная диета назначается при ожирении, гипертонической болезни, хроническом нефрите, хроническом панкреатите. Больному дают 5 раз в день по 250-300 г спелых сырых яблок (всего 1,25-1,5 кг). При хроническом энтероколите больному дают 5 раз в день по 250-300 г сырых тёртых яблок без кожуры и семян. Калорийность диеты составляет 500-600 ккал.

Компотная диета назначается при тех же заболеваниях, что и яблочная. Больному дают 6 раз в день по 1 стакану компота, сваренного из 200 г сушёных фруктов, 60-70 г сахара с 1,5 л воды. Калорийность 750 ккал.

Молочно-картофельная диета: её назначают при хроническом нефрите с отёками и азотемией, сердечной недостаточности, заболеваниях с ацидозом.

Диету назначают на 2-6 дней, она состоит из 1 кг картофеля и 0,5 л молока. Поваренная соль исключается. Калорийность 1200-1300 ккал.

Изюмная диета применяется при тех же заболеваниях, что и молочно-картофельная. Её назначают на 1 день, состоит она из 0,5 кг изюма без косточек. Изюм дают 5-6 раз в день равными порциями.

Чайная диета показана при гастрите с секреторной недостаточностью, энтероколитах. Её назначают на 1-2 дня. В день больному дают 7 стаканов сладкого чая, 10-15 г сахара на стакан.

Мясо-овощная диета назначается при ожирении. Она включает 350 г варёной говядины, 0,6 кг овощей (капусты, огурцов, моркови). Пищу принимают 6 раз в день.

Арбузная диета назначается при нефритах, подагре, почечнокаменной болезни с уратурией. Больному дают по 300 г арбуза 5 раз в день.

В зарубежной литературе освещаются принципы диетического питания при некоторых заболеваниях. Так, **при воспалительных заболеваниях кишечника** рекомендуется увеличение калорийности питания при дефиците массы тела, обеспечение потребления белка на уровне 1,2-1,5 г/кг/день, адекватного содержания жира в диете с ограничением жиров в условиях резко выраженного обострения, ограничение углеводов в период обострения, обогащение диеты кальцием, цинком, витамином Д, В12, фолатом и др.

При заболеваниях печени диетические рекомендации включают обеспечение потребления белка 1,0-1,2 г/кг/день с ограничением при прогрессировании печеночной недостаточности, ограничение жира при нарушении процессов всасывания и стеатореи (до 30 г/день), содержание углеводов в пределах 50-60% энергетической ценности диеты, обогащение диеты витамином (В1,В2,В6, фолат), макро- и микроэлементами, ограничение содержания натрия при отеках и асците до 2 г/день.

Диетические рекомендации **при артериальной гипертензии** предполагают снижение индекса массы тела ниже 25 кг/м² у больных с избыточной массой тела и ожирением, поддержание ИМТ менее 25 кг/м² у пациентов с нормальной массой тела, обогащение пищи фруктами и овощами, включение низкожирных молочных продуктов, ограничение потребления насыщенных жиров и холестерина, снижение потребления поваренной соли до 5 г/день, увеличение потребления калия до 4-5 г/день.

В нашей стране до 2003 г. лечебное питание в ЛПУ строилось по нозологическому принципу в виде диетических рационов питания, разработанных Институтом питания РАМН применительно к каждому конкретному заболеванию, которые обозначались номерами от 1 до 15. Однако при всем многообразии нозологий на практике применялись в основном пять вариантов диет - 1, 5, 7, 9 и 15.

В соответствии с приказом №330 от 05.08.2003 г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» введена новая номенклатура диет (система стандартных диет), которая строится по принципу химического состава и объединяет ранее применявшиеся диеты номерной системы

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

2.Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение :учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

3.Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

4.Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.

- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер)

Занятие №8

Тема: Профилактика болезней почек и мочевыводящих путей.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения профилактики болезней почек и мочевыводящих путей и овладеть умениями диспансерного наблюдения за больными.

Контрольные вопросы:

1. Назовите принципы профилактики болезней почек и мочевыводящих путей.
2. Проведите консультации по немедикаментозным методам профилактики контроля физической нагрузки психотерапевтической помощи при заболеваниях органов мочевого выделения.
3. Составление плана диспансерного наблюдения.
4. Разработка практических рекомендаций по профилактике заболеваний органов мочевого выделения (пиелонефрит, пиелит, гломерулонефрит, ХБП).
5. Проведите консультирование пациентов по вопросам диетической терапии.
6. Укажите роль фельдшера при проведении диспансерного наблюдения за больными с заболеваниями почек и мочевыводящих путей.

Практические задания:

Решение ситуационных задач.

Основные понятия темы

Диспансерное наблюдению больных с хронической болезнью почек.

Индивидуальная и медико-социальная значимость хронической болезни почек. Хроническая болезнь почек (ХБП) имеет прогрессирующее течение и приводит к развитию терминальной почечной недостаточности (ТПН), связанной с высокой смертностью, ухудшением качества жизни, высокой коморбидностью, стойкой утратой трудоспособности и необходимостью проведения дорогостоящих методов заместительной терапии (диализа и трансплантации). ХБП, начиная с ранних стадий, приводит к развитию сердечно-сосудистых осложнений (ССО); на 4-5 стадиях ХБП риск смерти от поражения сердца и сосудистых ката-строф в десятки раз выше, чем у представителей общей популяции. Медико-социальная значимость ХБП определяется ее высокой распространенностью – 15% населения.

Определение, факторы риска, классификация и методы диагностики хронической болезни почек. Хроническая болезнь почек – наднозологическое понятие, объединяющее всех пациентов с сохраняющимися в течение 3 и более месяцев признаками повреждения почек и/или снижением их функции. Концепция ХБП была сформулирована в 2002 г. экспертами Национального почечного фонда США и вскоре получила признание всего медицинского сообщества, в том числе в России. Понятие ХБП пришло на смену термину «хроническая почечная недостаточность» (ХПН), который не имел единых общепризнанных критериев диагностики и классификации, что приводило к разночтениям и затрудняло выработку универсальных подходов к лечению. Концепция ХБП переносит акцент с терминальной на ранние стадии заболеваний почек и наибольшей степени удовлетворяет задачам нефропротективной стратегии и нефропрофилактики.

Факторы риска развития ХБП, требующие диспансерного наблюдения:

сахарный диабет

артериальная гипертензия

другие сердечно-сосудистые заболевания (ИБС, хроническая сердечная недостаточность, поражение периферических артерий и сосудов головного мозга)

обструктивные заболевания мочевых путей (камни, аномалии мочевых путей, заболевания простаты, нейрогенный мочевой пузырь)

аутоиммунные и инфекционные системные заболевания (системная красная волчанка, васкулиты, ревматоидный артрит, подострый инфекционный эндокардит, НВВ-, НСВ-, ВИЧ-инфекция)

болезни нервной системы и суставов, требующие регулярного приема анальгетиков и НПВП (не менее 1 дозы в неделю или 4 доз в месяц)

случаи терминальной почечной недостаточности или наследственные заболевания почек в семейном анамнезе

ОПН или нефропатия беременных в анамнезе

случайное выявление гематурии или протеинурии, изменений в почках по данным УЗИ в прошлом

Гиперлипидемия, ожирение, возраст старше 50 лет, курение, пагубное потребление алкоголя являются признанными факторами риска развития ХБП, однако не рассматриваются в качестве самостоятельных показаний к диспансерному наблюдению.

При оптимальной, повышенной или незначительно сниженной скорости клубочковой фильтрации (СКФ), когда она составляет ≥ 60 мл/мин/1,73 м², наличие маркеров почечного повреждения является обязательным условием диагностики ХБП. При СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м² ХБП может быть диагностирована при отсутствии маркеров почечного повреждения.

Диагностические критерии ХБП

Маркеры почечного повреждения (один или несколько)	- Высокая и очень высокая альбуминурия, протеинурия (Таблица 10.4) - Изменения мочевого осадка (гематурия, лейкоцитурия) - Признаки дисфункции почечных канальцев (стойкая депрессия удельного веса мочи, глюкозурия и др.) - Структурные изменения почек по данным лучевых методов исследования - Гистологические изменения почек
Снижение функции почек	- Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м ²

Для оценки альбуминурии/протеинурии в рамках скринингового обследования можно использовать как анализ на альбуминурию, так и общий анализ мочи, который включает определение концентрации общего белка в моче. Общий анализ мочи является базовым, выявляя прогностически наиболее неблагоприятную А3 степень альбуминурии/протеинурии и ряд других маркеров почечного повреждения. Однако **нормальные результаты общего анализа мочи не исключают ХБП**. Тест на альбуминурию как более чувствительный может быть использован в дополнение к общему анализу мочи для выявления А2 степени альбуминурии у больных, входящих в группу риска ХБП, но с нулевым результатом определения белка в общем анализе мочи. Особую ценность тест на альбуминурию имеет в диагностике ХБП у пациентов с гипертонической болезнью, сахарным диабетом и ожирением, при которых появление значительной протеинурии наблюдается только на поздних стадиях. Если у больного по данным общего анализа мочи отмечается А3 степень аль-буминурии/протеинурии, подтверждать ее с помощью теста на альбуминурию нецелесообразно.

Значения альбуминурии/протеинурии и изменения мочевого осадка характеризуются большой вариабельностью. Транзиторное повышение альбуминурии и появление протеинурии возможно после интенсивных физических нагрузок, на фоне лихорадки, во время беременности. Поэтому впервые выявленное повышение альбуминурии/ протеинурии, появление гематурии нуждаются в обязательном подтверждении при повторном исследовании с интервалом в 10-14 дней. При двукратном обнаружении изолированной гематурии в первоочередном порядке необходима консультация уролога. Обнаружение при двух исследованиях альбуминурии более 300 мг/г (30 мг/ммоль) или протеинурии более 0,5 г/л служит показанием к консультации нефролога. Концепция ХБП **не противоречит приори-тету нозологического подхода**. В диагностическом заключении на первом месте обозначают нозологическую форму заболевания с указанием клинических и морфологических особенностей (если проводилась биопсия), а затем — стадию ХБП по степени снижения СКФ и категорию альбуминурии. Постановка развернутого нозологического диагноза — конечная цель обследования пациента с признаками ХБП, поскольку без этого невозможно назначить адекватную этиотропную патогенетическую терапию. Как правило, это возможно после **специализированного обследования с участием нефролога**, проведения дифференциальной диагностики болезней почек. На первом этапе обследования, на уровне первичного звена, ХБП может быть поставлена в качестве рабочего диагноза без указания нозологической формы с последующим направлением пациента к специалисту-нефрологу.

Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации пациентов с болезнями органов дыхания являются:

- 1) составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом заболевания и его тяжести;
- 2) активное привлечение населения к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;
- 3) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;
- 4) выполнение доврачебных медицинских исследований (опрос, факторов риска их развития, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, а также определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом,
- 5) определение факторов риска, способствующих прогрессированию заболевания.
- 6) формирование комплекта документов;
- 7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных III группе состояния здоровья;
- 8) разъяснение пациенту с высоким риском развития угрожающего жизни состояния или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

2.Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение :учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

3.Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

4.Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер)

Занятие №9

Тема: Профилактика болезней эндокринной системы.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения профилактики болезней органов эндокринной системы и овладеть умениями диспансерного наблюдения за больными.

Задачи:

1. Изучить профилактику болезней эндокринной системы.
2. Принципы консультирования по немедикаментозным методам профилактики: рациональное питание, контроль массы тела, контроля физической нагрузки психотерапевтической помощи при заболеваниях эндокринных органов.
3. Составление плана диспансерного наблюдения.
4. Разработка практических рекомендаций по профилактике заболеваний эндокринных органов (сахарный диабет).
6. Консультирование пациентов по вопросам диетотерапии, измерение глюкозы в крови тест –полосками и с помощью глюкометра, введения препаратов инсулина, профилактики диабетической стопы.

Вопросы для рассмотрения:

1. Принципы проведения профилактики болезней эндокринной системы.
2. Принципы консультирования по немедикаментозным методам профилактики: рациональное питание, контроль массы тела, контроля физической нагрузки психотерапевтической помощи при заболеваниях эндокринных органов.
3. Составление плана диспансерного наблюдения.
4. Как проводится разработка практических рекомендаций по профилактике заболеваний эндокринных органов (сахарный диабет).
6. Консультирование пациентов по вопросам диетотерапии, измерение глюкозы в крови тест –полосками и с помощью глюкометра, введения препаратов инсулина, профилактики диабетической стопы.
7. Укажите роль фельдшера в организации и проведении профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы на закрепленном участке, в организации и проведении диспансеризации пациентов для выявления ранних симптомов болезней органов кровообращения, предупреждения их осложнений и обострений, в обеспечении регулярности обследования диспансерных больных у врача.

Практические задания: решение ситуационных задач.

Образец задачи

Задача

Пациент 3., 57 лет. Старший инженер отдела снабжения. Работа со значительным нервным напряжением и разъездами по городу в общественном транспорте.

Жалобы на онемение в левой ноге и руке, головную боль, головокружение, снижение памяти.

Анамнез: с 45 лет диагностирована гипертоническая болезнь. Вынужден был оставить работу начальника отдела снабжения и перейти на должность инженера без установления группы инвалидности. Через 10 лет после выявления артериальной гипертензии перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии, после чего остался левосторонний гемипарез. Через 1 год развилось повторное нарушение мозгового кровообращения, после чего установлена инвалидность II группы. В 2012 г. была операция по поводу гнойного тендовагинита правой кисти с последующей контрактурой в области II и III пальцев.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 82 в 1 мин., ритмичный. АД 185/100 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

ЭКГ: синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево.

$RV_{5,6} > 25$ мм, $STV_{5,6}$ ниже изолинии, T (-) $V_{5,6}$.

Холестерин 5,2 ммоль/л. Сахар крови 5,5 ммоль/л.

Консультация невропатолога: остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Трудовая направленность пациента - работать в производственных условиях не может.

ДИАГНОЗ. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ. ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.

Основные понятия темы:

Разбираются основные понятия профилактики заболеваний органов эндокринной системы:

Диспансерное наблюдение участковым врачом больных инсулиннезависимым сахарным диабетом (СД 2 тип) со стабильным течением (осуществляется в соответствии со стандартом первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете, утвержденным приказом Минздрава России от 28 декабря 2012 г. № 1581н).

Тактика диспансерного наблюдения и лечение больных с СД в рамках диспансерного наблюдения

При планировании диспансерного наблюдения целесообразно ориентироваться на уровень гликированного гемоглобина, который является основным ориентиром в выборе стратегии лечения пациентов с СД, так как значения гликемии в течение суток имеют большую вариабельность. Однако утяжеление состояния больного может вносить коррективы в план диспансерного наблюдения.

В настоящее время в диагнозе не выставляется тяжесть заболевания и степень компенсации, поскольку для каждого пациента индивидуально устанавливается целевой уровень HbA1c. Выбор индивидуальных целей лечения зависит от возраста пациента, ожидаемой продолжительности жизни, наличия тяжелых осложнений и риска тяжелой гипогликемии.

Данным целевым уровням HbA1c будут соответствовать следующие целевые значения пре и постпрандиального уровня глюкозы плазмы.

Каждому пациенту с СД 2 типа необходимо контролировать показатели липидного обмена и уровень АД. Диспансерное наблюдение за пациентом с СД 2 типа, по возможности, должно осуществляться врачом-эндокринологом ежемесячно. При отсутствии такой возможности — врачом-терапевтом.

При каждом посещении врача необходимо измерение роста и массы тела с расчетом индекса массы тела для коррекции диетотерапии и сахароснижающей терапии, а также исследование уровня глюкозы крови. Измерение окружности талии – 1 раз в триместр. Также из физикальных данных следует оценивать уровень АД, частоту и регулярность сердечного ритма.

По показаниям рекомендуются повторные консультации кардиолога, невролога, терапевта, офтальмолога с обязательным определением остроты зрения (визометрия), измерением внутриглазного давления (тонометрия), биомикроскопией хрусталика и стекловидного тела, офтальмоскопией при расширенном зрачке.

Необходимо обращать особое внимание на уровень АД. У больных с СД достижение уровня САД <130 мм. рт. ст. и ДАД <70-80 мм. рт. ст. является обязательным. У больных пожилого возраста целевое САД у больных пожилого возраста составляет тоже <130 мм рт. ст., однако не рекомендуется резко снижать АД, целесообразно использовать схему этапного (ступенчатого) снижения. Препаратами выбора при монотерапии артериальной гипертензии являются ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к ангиотензину. При отсутствии достижения целевого уровня АД к терапии добавляются тиазидные диуретики либо блокаторы кальциевых каналов, а также агонисты имидазолиновых рецепторов (ввиду их положительного

влияния на углеводный обмен), и только потом могут назначаться бета-адреноблокаторы вследствие их негативного метаболического действия на углеводный обмен.

У больных с СД необходимо стремиться к снижению риска развития диабетических микро-ангиопатий (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефроангиопатия).

Терапевтические цели при СД 2 типа.

Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по HbA1c*

	Возраст		
	Молодой, до 45 лет	Средний, от 45 до 59 лет	Пожилой, от 60 до 74 лет и/или ОПЖ <5 лет
Нет тяжелых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии	<6,5%	<7,0%	<7,5%
Есть тяжелые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии	<7,0%	<7,5%	<8,0%

*Данные целевые значения не относятся к детям, подросткам и беременным женщинам.

ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни

При исходном HbA1c 7.6-9.0% следует сразу начинать с комбинированной терапии двумя сахароснижающими препаратами, воздействующими на разные механизмы развития болезни. К наиболее рациональным комбинациям относятся сочетания метформина (базового препарата, снижающего инсулинорезистентность) и препаратов, стимулирующих секрецию инсулина: ингибиторы ДПП-4, аналоги ГПП-1, препараты сульфонилмочевины или глиниды. Эффективным считается темп снижения HbA1c >1,0% за 6 мес наблюдения. При неэффективности возможно сочетание трех ССП или начало инсулинотерапии.

При исходном HbA1c более 9.0% Данная ситуация характеризует наличие выраженной глюкозотоксичности, для снятия которой необходимо начинать инсулинотерапию (или комбинацию инсулина с ССП). В редких случаях, когда в дебюте заболевания определяется уровень HbA1c более 9%, но при этом отсутствуют выраженные клинические симптомы декомпенсации (прогрессирующая потеря массы тела, жажда, полиурия и др.), можно начать лечение с альтернативного варианта — комбинации двух или трех сахароснижающих препаратов, воздействующих на различные механизмы развития гипергликемии (инсулинорезистентность, секрецию инсулина и секрецию глюкагона). Эффективным считается темп снижения HbA1c ≥1,5% за 6 мес. наблюдения. В дальнейшем, в случае достижения целевых показателей метаболического контроля, пациент может быть переведен на комбинированное лечение без инсулина.

Список препаратов, которые можно комбинировать с инсулином, ограничен:

Метформин в целом является достаточно безопасным препаратом для комбинации с инсулином (при отсутствии противопоказаний к метформину).

Ингибиторы ДПП-4 и агонисты рецепторов ГПП-1 (эксенатид, лираглутид) возможно принимать в комбинации с базальным инсулином.

Использование тиазолидиндионов с инсулином ассоциируется с нарастанием веса, задержкой жидкости, повышенным риском сердечной недостаточности, поэтому эта группа препаратов не рекомендуется к совместному применению с инсулином.

Использование препаратов сульфонилмочевины и глинидов с инсулином требует осторожности, так как повышает риск гипогликемий. Целесообразно прекратить их прием, когда начинается терапия прандиальным инсулином.

Показаниями к инсулинотерапии при СД 2 типа являются уровень HbA1c >9% и наличие выраженной клинической симптоматики декомпенсации; отсутствие достижения индивидуальных целей гликемического контроля на комбинированной терапии максимальными дозами других сахароснижающих препаратов; наличие противопоказаний к назначению или интеркуррентные и обострения хронических заболеваний, сопровождающихся декомпенсацией углеводного обмена (возможен временный перевод на инсулинотерапию).

Важно помнить, что перед переводом больного на инсулинотерапию необходимо обучить пациента методам самоконтроля, предупредить о возможности развития гипогликемии, информировать о ее симптомах, методах устранения, профилактики и пересмотреть принципы диетотерапии.

Контролируемые параметры и их целевые значения.

Оценку значений физикальных, лабораторных и инструментальных параметров на данный момент времени необходимо соотносить с результатами обследования, соответствующими максимальной клинической стабилизации пациента в течение последнего года, а также с результатами предыдущего обследования.

Уровень гликированного гемоглобина является основным ориентиром в выборе стратегии лечения пациентов с СД и изменении тактики терапии и должен определяться каждые 3 месяца. При этом целесообразно достижение индивидуальных целей для каждого пациента.

На каждом приеме врача необходим контроль уровня глюкозы с помощью анализатора. Однако необходимо помнить о важности самоконтроля гликемии пациентом по глюкометру в домашних условиях (кратность контроля уровня глюкозы в год — 730 раз). Самоконтроль гликемии в дебюте заболевания и при декомпенсации должен осуществляться ежедневно несколько раз! В дальнейшем в зависимости от вида сахароснижающей терапии:

- на интенсифицированной инсулинотерапии: ежедневно не менее 3 раз;
- на пероральной сахароснижающей терапии и/или базальном инсулине: не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 3 раз в сутки) в неделю;
- на диетотерапии: 1 раз в неделю в разное время суток.

При лабильном течении диабета, для исключения скрытых гипогликемий, для более точной коррекции сахароснижающей терапии возможно исследование уровня глюкозы в крови методом непрерывного мониторинга (CGMS).

Дважды в год рекомендуется исследование на наличие кетоновых тел в моче для исключения кетоацидотических состояний.

При подозрении на нарушение функции и структуры щитовидной железы и паращитовидных желез целесообразно исследовать уровень тиреотропного гормона, провести ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, рентгенденситометрии поясничного отдела позвоночника, проксимального отдела бедренной кости, лучевой кости. Это необходимо для исключения гиперпаратиреоза на фоне диабетической нефропатии.

Контроль клинического анализа крови, биохимических показателей, системы гемостаза позволяет вовремя диагностировать анемию при диабетической нефропатии, изменения функции печени, почек, выявить противопоказания к терапии некоторыми сахароснижающими препаратами. В некоторых случаях рекомендовано ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек и надпочечников. Необходим строгий мониторинг уровня креатинина, общего анализа мочи, микроскопическое исследование осадка мочи, микроальбуминурии и скорости клубочковой фильтрации (СКФ), на основании которых диагностируются наличие и стадии диабетической нефропатии.

Для профилактики развития диабетической нефропатии назначаются антигипертензивные препараты. Наибольшим нефропротективным действием обладают комбинации ингибиторов АПФ с блокаторами кальциевых каналов и ингибиторов АПФ с индапамидом-ретард. У больных с ХБП 2 — 3а стадии возможна нормализация СКФ.

Также ежегодно подлежат мониторингу значения уровня липидов в крови. Коррекцию дислипидемии при СД 2 типа следует начинать вне зависимости от достижения компенсации углеводного обмена и статины являются препарата-ми первой линии. Их необходимо назначить при уровне ХЛНП, превышающем целевые значения и независимо от исходного уровня ХС ЛНП у больных СД с диагностированной ИБС. Следует отметить, что при СД 2 типа показаны именно аторвастатины благодаря своему нефропротективному эффекту.

Особенностью дислипидемии у пациентов с СД является ее атерогенный характер, характеризующийся не только повышением уровня ХС ЛНП, но и изменением качественного состава ЛНП с появлением их мелких и плотных частиц, сопутствующей гипертриглицеридемией и снижением уровня ХС ЛНП. В этих случаях целесообразно добавление к терапии статинами фенофибрата, способного положительно влиять на все компоненты атерогенной триады.

Для диагностики гастроинтестинальной формы диабетической нейропатии рекомендуется проведение эзофагогастродуоденоскопии и консультация гастроэнтеролога.

Важнейшей составляющей успеха в лечении и наблюдении за больными с СД 2 типа является их обучение. Оно должно обеспечивать больных знаниями и навыками, способствующими достижению конкретных терапевтических целей и проводится всем больным СД от момента выявления заболевания и на всем его протяжении. Для обучения используются специально разрабатываемые структурированные программы, адресованные конкретному контингенту больных: СД 2 типа, не получающим инсулина, СД 2 типа на инсулинотерапии. Школы диабета создаются на базе поликлиник, стационаров и консультативно-диагностических центров по территориальному принципу. В амбулаторно-поликлиническом учреждении, в том числе центре эндокринологии и диабетологии, одна школа создается на 2500 больных СД. При меньшем количестве больных одна школа создается на несколько амбулаторно-поликлинических учреждений. Обучение больных проводится специально подготовленными медицинскими работниками: эндокринологом (диабетологом), терапевтом, медицинской сестрой. При имеющейся возможности желателен участие врача по лечебной физкультуре с индивидуальными занятиями, клинического психолога и/или психотерапевта для осуществления психологической адаптации.

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

2.Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение :учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

3.Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

4.Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.

- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер)

Занятие №10

Тема: Профилактика болезней крови и кроветворных органов.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения профилактики болезней крови и кроветворных органов и овладеть умениями диспансерного наблюдения за больными.

Задачи:

- 1.Изучить факторы риска развития болезней крови и кроветворных органов (генетическая предрасположенность, несбалансированное питание, употребление имеющих побочное действие лекарственных препаратов, чрезмерная инсоляция, профессиональные вредности, увлечение донорством, хроническая потеря крови и пр.).
2. Освоить технологии первичной и вторичной профилактики острых и хронических болезней крови и кроветворных органов.
3. Изучить немедикаментозные методы (рациональное питание, надлежащая физическая активность, исключение профессиональных вредностей и др.).
4. Изучить медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.
5. Освоить особенности профилактики болезней крови и кроветворных органов в различных возрастных периодах.
- 6.Освоить динамическое наблюдение групп диспансерного учета.
- 7.Освоить заполнение документации групп диспансерного учета.
8. Освоить консультирование пациента и его окружения по вопросам коррекции питания, приема назначенных лекарственных препаратов.

Вопросы для рассмотрения:

1. Назовите факторы риска развития болезней крови и кроветворных органов.
2. Каковы принципы профилактики болезней крови и органов кроветворения.
- 3.Какие вы знаете немедикаментозные методы (устранение аллергенов в домашних и внедомашних условиях, рациональное питание, оздоровление окружающей среды и др.) на примере анемий.
4. Каковы медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.
5. Укажите особенности профилактики анемий и состояний в различных возрастных группах.
6. Проведите динамическое наблюдение групп диспансерного учета.
7. Принципы заполнения документации групп диспансерного учета.
8. Каковы принципы разработки практических рекомендаций по профилактике анемий и других заболеваний органов кроветворения.

Содержание темы:

По данным Всемирной организации Здравоохранения, примерно 50% женщин детородного возраста в западных странах в той или иной степени страдают дефицитом железа. 85% детей раннего возраста и более 30% - школьного возраста страдают дефицитом железа. Анемии – патологические состояния, характеризующиеся снижением количества эритроцитов и/или содержания гемоглобина в единице объема крови. Все анемии, как правило, являются лишь проявлением какого-либо общего заболевания, наследственного или приобретенного, отличаются значительным разнообразием по происхождению, механизмам развития, клинике и методам лечения. Тем не менее, между ними есть достаточно много общего, что позволяет объединить их в понятие **анемический синдром**. Снижение эритроцитов и/или гемоглобина сопровождается так называемыми общеанемическими симптомами, к которым относятся жалобы на слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение, головокружение, шум в ушах. При осмотре часто отмечается бледность кожи и слизистых. Может выявляться некоторое расширение границ сердца влево, приглушенность I тона, систолический шум на верхушке сердца, шум «волчка» над яремными венами. АД имеет тенденцию к снижению. На ЭКГ могут быть выявлены уплощение зубца Т, снижение сегмента ST. Эти клинические проявления являются отражением компенсаторного напряжения сердечно-сосудистой системы, смягчающего последствия гипоксии, а также возникающей при тяжелой анемии дистрофии миокарда. Для успешного лечения необходимо установить причину возникновения анемии, отнести ее к определенному типу, определить степень тяжести, а также поставить диагноз основного заболевания.

Наиболее приемлема классификация анемий по Идельсону Л.И., 1979 г.

По ведущим механизмам развития выделяют:

I Анемии, связанные с кровопотерей:

острые постгеморрагические анемии;
хронические постгеморрагические анемии.

II Анемии, связанные с нарушенным кровообразованием:

1) Анемии, связанные с нарушением образования гемоглобина:

железодефицитные анемии;

анемии, связанные с нарушением синтеза или утилизации порфиринов (сидероахрестические).

2) Анемии, связанные с нарушением синтеза ДНК и РНК (мегалобластные анемии):

V₁₂ – дефицитная анемия;

фолиеводефицитная анемия.

3) Анемии, связанные с нарушением процессов деления эритроцитов (дизэритропоэтические анемии):

наследственные;
приобретенные.

4) Анемии, связанные с угнетением процессов пролиферации клеток костного мозга (типо- и апластические анемии):

наследственные;
приобретенные.

III Анемии, связанные с повышенным кроверазрушением (гемолитические анемии):

Наследственные гемолитические анемии:

связанные с нарушением мембраны эритроцитов;
связанные с нарушением активности ферментов эритроцитов;
связанные с нарушением структуры или синтеза гемоглобина.

Приобретенные гемолитические анемии:

гемолитические анемии, связанные с воздействием антител (изоиммунные, трансиммунные, гетероиммунные, аутоиммунные);
гемолитические анемии, связанные с изменением структуры мембраны, обусловленным соматической мутацией (болезнь Маркиафавы-Микели);
гемолитические анемии, связанные с механическим повреждением оболочки эритроцитов: маршевая (в сосудах стопы), при искусственном клапане сердца;
гемолитические анемии, обусловленные химическим повреждением эритроцитов;
гемолитические анемии, обусловленные недостатком витаминов (В₁₂, фолиевой кислоты);
гемолитические анемии, обусловленные разрушением эритроцитов паразитами (плазмодии малярии)

В зависимости от диаметра эритроцита анемии могут быть:

микроцитарными,
нормоцитарными
макроцитарными.

По уровню гемоглобина определяют степень тяжести анемии:

(П.М. Альперин, Ю.Г. Митерев)

легкие (гемоглобин 119 – 91 г/л)

средней тяжести (гемоглобин 90 – 70 г/л)

тяжелые (гемоглобин менее 70 г/л)

По способности костного мозга к продукции новых эритроцитов различают:

регенераторные анемии (способность костного мозга сохранена)

гипо- и арегенераторные (с частичной или полной утратой способности костного мозга к эритропоэзу).

Критерий регенераторной способности костного мозга – количество ретикулоцитов в периферической крови. Нормальное содержание ретикулоцитов – 0,2 – 1,2 % (2 – 12 ‰); повышенное – > 12 ‰; пониженное – < 2 ‰.

Потребностям дифференциальной диагностики анемий лучше всего отвечает деление анемий в зависимости от цветового показателя на:

гипохромные (цветовой показатель менее 0,8);

нормохромные (цветовой показатель 0,8 – 1,0);

гиперхромные (цветовой показатель более 1,0).

Некоторые анемии не встречаются в России в силу их редкости или им не подвержены лица европейской расы (серповидно-клеточная анемия), другие, напротив, являются обыденными (железодефицитная анемия). Для облегчения дифференциальной диагностики различными авторами предложены диагностические схемы и алгоритмы. Так, например, Демичев С.В. (1998) с учетом собственного опыта и материалов «Руководства по гематологии» под ред. А.И. Воробьева рекомендует следующий алгоритм, в основе которого лежит деление анемии по цветовому показателю (схема 1).

В соответствии с этим алгоритмом при гиперхромии эритроцитов врачу следует сосредоточиться на поиске В₁₂-дефицитной и фолиеводефицитной анемии, при нормохромии – на поиске гемолитической анемии, гипо- и апластической и рефрактерной сидеробластной.

Гипохромия эритроцитов нацеливает врача на дифференциальный диагноз между весьма распространенной железодефицитной анемией, железоперераспределительной анемией при инфекционно-воспалительных процессах, сидероахрестическими анемиями и гетерозиготной β-талассемией.

Дополнением к диагностическому алгоритму Демичева С.В. (1998) являются более подробные алгоритмы Л.И. Дворецкого (2003).

В₁₂-дефицитная анемия

Витамин В₁₂ относится к необходимым для нормального гемопоэза факторам. Источником его являются белки животного происхождения.

Для усвоения витамина В₁₂ необходим фактор Кастла, вырабатываемый железами фундального отдела желудка. Всасывание витамина В₁₂ происходит в подвздошной кишке.

Витамин В₁₂ активизирует фолиевую кислоту, которая также необходима для костномозгового кроветворения. Дефицит витамина В₁₂ (как и фолиевой кислоты) приводит к нарушению синтеза ДНК и деления клеток, в результате чего развивается неэффективный мегалобластический эритропоэз.

Мегалоциты и макроциты, как переносчики кислорода, уступают нормальным эритроцитам, кроме того, они быстро разрушаются клетками ретикуло-эндотелиальной системы.

Критерии В₁₂-дефицитной анемии:

Гематологические:

высокий цветовой показатель;

макроцитоз, мегалоцитоз;

эритроциты с остатками ядер (тельца Жолли, кольца Кебота);

ретикулоцитопения;

гиперсегментация нейтрофилов;

лейкопения (нейтропения);

тромбоцитопения;

повышение содержания железа в сыворотке;

мегалобластическое кроветворение в костном мозге;

Неврологические нарушения и психические расстройства.

Особенности клинической картины:

неврологические нарушения (фуникулярный миелоз – патология боковых стволов спинного мозга) – для них характерны нарушения чувствительности, парестезии, снижение рефлексов, болевые ощущения в конечностях, расстройства походки, нарушения координации движений;

жжение и покалывание языка. Язык красный, блестящий, гладкий. В тяжелых случаях атрофия слизистой полости рта.

субиктеричность склер и кожи;

небольшая гепатоспленомегалия;

возможен субфебрилитет;

небольшая гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина.

В типичных случаях у пожилых больных или при невозможности выполнения стеральной пункции для диагностики гематолог назначает пробное лечение цианкобаламином с обязательным подсчетом ретикулоцитов через 3 – 5 дней (при В₁₂-дефицитной анемии будет ретикулоцитарный криз).

Следует предостеречь терапевтов и врачей общей практики от назначения лечения витамином В₁₂ до консультации гематолога в случае неясного диагноза, так как даже нескольких инъекций достаточно, чтобы изменить картину крови и костного мозга.

При установлении диагноза В₁₂-дефицитной анемии необходимо также выявить ее причину с помощью соответствующего обследования. Наиболее частые причины дефицита витамина В₁₂:

атрофический гастрит (ФГДС, РН-метрия);

рак желудка (ФГДС, R-скопия с барием);

энтериты;

гастрэктомия;

резекция тонкого кишечника;

инвазия широким лентецом (дифиллоботриоз) – кал на яйца глистов;

дивертикулез толстой кишки с дисбактериозом;

нарушения обмена В₁₂ при приеме медикаментов (ПАСК, метформин).

Редко встречаются алиментарная недостаточность, наследственное нарушение транспорта В₁₂ (выявляется в детском возрасте). В детстве может быть выявлено наследуемое нарушение всасывания В₁₂ в подвздошной кишке (синдром Гресбека – Имерслунда).

Лечение В₁₂-дефицитной анемии

Лечение назначает обычно гематолог, терапевт же осуществляет наблюдение больных. Терапия проводится витамином В₁₂ (цианкобаламином), который вводится внутримышечно по определенной схеме. Как правило, в первую неделю инъекции ежедневные, затем 7-10 инъекций через день, в последующем 1 раз в неделю до достижения полной ремиссии (3 месяца). В период полной ремиссии витамин В₁₂ вводится 1 раз в месяц пожизненно. Дозы препарата варьируют от 200 мкг на инъекцию до 500 мкг в зависимости от тяжести анемии, наличия явлений фуникулярного миелоза (Денисов И.Н., Мовшович Б.Л., 2001).

Одновременно с цианкобаламином назначают от 5 до 15 мг фолиевой кислоты в сутки.

Критерии эффективности лечения

- ретикулоцитарный криз на 3 – 7 день лечения (2-10 кратное увеличение числа ретикулоцитов по сравнению с исходным значением);

- восстановление нормального уровня гемоглобина, эритроцитов на 3-й неделе;

- цветовой показатель не выше 1,1, отсутствие макроцитоза;

- исчезновение неврологических нарушений: парестезий, онемения стоп и ладоней и т.д.

Во время лечения цианкобаламином следует помнить о том, что этот препарат повышает свертываемость крови (с осторожностью применяют у больных ИБС).

Фолиеводефицитные анемии по гематологическим признакам похожи на В₁₂-дефицитные. Отличаются они отсутствием признаков фуникулярного миелоза.

Обусловлены следующими причинами:

алиментарной недостаточностью (отсутствие в рационе овощей);

энтеритами;

хронической алкогольной интоксикацией;

приемом медикаментов типа метотрексата, метформина, барбитуратов и т.п., угнетающих синтез фолиевой кислоты;

беременностью, злокачественной опухолью, гемолизом, создающими повышенную потребность в фолиевой кислоте.

Для дифференциальной диагностики В₁₂-дефицитной и фолиеводефицитной анемий можно использовать пробное лечение цианкобаламином. Если после назначения витамина В₁₂ нет ретикулоцитарного криза, нужно назначить 5 – 15 мг/сут. фолиевой кислоты. Она даст необходимый эффект и подтвердит тем самым наличие данного вида анемии.

Нормохромные анемии

Чаще всего это гипо-апластические и гемолитические анемии.

Гемолитические анемии - это большая группа заболеваний разного характера, требующая дифференциального подхода к диагностике и лечению. Без консультации гематолога здесь не обойтись. Заподозрить же гемолиз может терапевт или врач общей практики, работающий в поликлинике. Основаниями для подозрения на гемолитический характер анемии являются:

Клинические критерии:

желтушность слизистых и кожи;

указания на темный цвет мочи;

увеличение печени и селезенки;

гипербилирубинемия (в основном за счет непрямого билирубина);

наличие гемолитических кризов (внезапное повышение температуры, боли в пояснице, потемнение мочи, появление желтухи после вирусных инфекций, приема медикаментов типа сульфаниламидов, токсических воздействий).

Гематологические критерии:

нормальный цветовой показатель (кроме талассемии);

ретикулоцитоз;

в мазке крови – выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов, может выявляться микроцитоз, а также наличие ядродержащих эритроидных клеток (эритрокариоцитов);

повышение содержания сывороточного железа.

Уточнить природу гемолитической анемии должен гематолог. В этом ему помогают исследование осмотической резистентности эритроцитов, проба Кумбса, электрофоретическое исследование гемоглобина и т.д. Если это аутоиммунная гемолитическая анемия, то в ее лечении в основном используются глюкокортикоиды, иммунодепрессанты. В ряде случаев при гемолитических анемиях осуществляется спленэктомия.

Анемии при костно-мозговой недостаточности

Эти анемии нередко сопровождаются также угнетением продукции клеток гранулоцитарного и тромбоцитарного ростков, что указывает на природу данного вида анемий.

Критериями анемий при костно-мозговой недостаточности являются :

лихорадка, инфекционные осложнения (например, ангины), язвенно- некротические поражения слизистых;

геморрагический синдром;

в ОАК – нормохромная (редко гиперхромная) анемия с уменьшением ретикулоцитов вплоть до полного отсутствия;

нередко лейкопения за счет снижения нейтрофилов;

тромбоцитопения.

Выраженная цитопения, лихорадка, выраженный геморрагический синдром требуют срочной госпитализации больного. Если состояние больного позволяет обойтись без срочной госпитализации, то терапевт или врач общей практики при обнаружении гипо- или апластической анемии должен в течение 1-3 х дней провести первичное обследование, включающее, кроме развернутого ОАК, УЗИ внутренних органов, R-скопию грудной клетки, общий анализ мочи, общий белок и его фракции, билирубин и сывороточное железо, мочевины и креатинин, АЛТ, АСТ, уровень сиаловых кислот, СРБ. Данное обследование позволит выявить одну из возможных причин панцитопении. Консультация гематолога обязательна в этом случае, так же как и стеральная пункция. Гематологу необходимо дифференцировать между лейкозом, метастазами рака, миелодиспластическим синдромом.

Лечение костно-мозговой недостаточности сложное и требует специальных условий (это трансфузии эритроцитов, тромбоцитов, трансплантация костного мозга и т.д.).

Гипохромные анемии

Основу этой группы составляют:

железоперераспределительные анемии,
сидероахрестические анемии,
железодефицитные анемии.

Железоперераспределительные анемии возникают, как правило, на фоне **инфекционно-воспалительных заболеваний**, таких как активный туберкулез, инфекционный эндокардит, абсцессы различных органов, инфекций мочевыводящих путей, холангит. Они сопровождаются **неинфекционно-воспалительными заболеваниями** (ревматоидный артрит, хронические гепатиты), а также некротизирующие опухоли различной локализации. Наличие подобных заболеваний уже предполагает железоперераспределительный характер анемии (т.е. отсутствие истинного дефицита железа). Железо перераспределяется в клетки макрофагальной системы и не используется в достаточной мере для синтеза гемоглобина.

Отличить железоперераспределительные анемии от истинно железодефицитной анемии можно по следующим критериям:

наличие основного заболевания;

нормальная или сниженная общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС);

повышенное содержание ферритина в сыворотке крови;

повышение количества сидеробластов в костном мозге;

отсутствие эффекта от лечения препаратами железа.

В поликлинических условиях врач основывается на первом и последнем критериях. Следует, однако, помнить о том, что при ревматоидном артрите могут быть кровотокающие эрозии слизистой желудка от применения НПВС, и тогда есть смысл назначить препараты железа.

Сидероахрестические анемии – это небольшая и нечасто встречающаяся группа гипохромных анемий, при которых в организме достаточно железа или даже содержание его в избытке, но использование для синтеза гемоглобина нарушено.

Отличить их от железодефицитной анемии несложно. Для них характерно нормальное или повышенное содержание сывороточного железа, нормальная или сниженная ОЖСС, нормальное или повышенное содержание ферритина в сыворотке.

Лечение больных данной группы препаратами железа еще более перегружает депо, при этом ни клинического, ни «гематологического» эффекта врач в подобной ситуации не добьется. Пациентов с подозрением на сидероахрестические анемии должен консультировать гематолог для уточнения причины. В ряде случаев причиной является наследственный характер анемий (талассемия, дефицит фермента гемсинтазы, дефицит пиридоксина).

Приобретенные формы связывают с хронической алкогольной интоксикацией, воздействием медикаментов, контактом со свинцом, кожной порфирией и т.д.

Помочь этим больным может прекращение контактов со свинцом, отмена препарата, исключение алкоголя. В ряде случаев помогают восстановить нормальный уровень гемоглобина инъекции пиридоксина.

Поскольку препараты железа при всех гипохромных анемиях, кроме железодефицитной, противопоказаны, то для более точной дифференциальной диагностики Дворецкий Л.И. (2003) предложил следующую таблицу:

Железодефицитная анемия

Обмен железа и его роль в организме человека

Железо содержится во многих пищевых продуктах: мясе, печени, яйцах, рыбе, хлебе, рисе, кукурузе, фруктах и т.д. Из продуктов растительного происхождения всасывание его ограничено. Гораздо лучше оно усваивается из мясных продуктов, т.к. содержится в них в виде гема (в составе миоглобина мышц) – лучше всего из телятины, несколько хуже из печени (где содержится в виде ферритина и гемосидерина).

Общее количество железа в организме здорового человека составляет: 3-5 г у мужчин, 3-4 г у женщин.

Всасывание железа в основном происходит в 12 перстной кишке и в начальных отделах тощей кишки. Отсюда железо в составе транспортного белка трансферрина перемещается к месту использования (например, в красный костный мозг) - ККМ.

Железо является необходимым биохимическим компонентом в ключевых процессах метаболизма, роста и пролиферации клеток. К наиболее известным железосодержащим белкам относятся гемоглобин и миоглобин. Потенциальная токсичность свободного двухвалентного железа (Fe^{2+}) объясняется его способностью запускать цепные свободные реакции, приводящие к перекисному окислению липидов биологических мембран и токсическому повреждению белков и нуклеиновых кислот.

Клиническое значение имеет повышение абсорбции железа в присутствии аскорбиновой кислоты и снижение – при наличии острого и хронического воспаления. За день взрослый мужчина теряет в среднем 1 мг железа (с мочой, калом, потом и т.д.), женщина – 2 мг (с учетом ежемесячных кровопотерь). При беременности расход железа возрастает до 3-4 мг в день. Ежедневная потребность в железе также зависит от возраста и пола (таблица 4).

Согласно современным представлениям **наиболее адекватными тестами для оценки метаболизма железа в организме являются:** определение уровня железа, трансферрина, насыщения трансферрина железом, ферритина, содержания растворимых трансферритиновых рецепторов в сыворотке.

Железодефицитная анемия (ЖДА)

Железодефицитная анемия (ЖДА) – клинко-гематологический синдром, характеризующийся нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающегося на фоне различных патологических (физиологических) процессов, и проявляющийся признаками гипохромной анемии и сидеропении (трофические расстройства в тканях).

Развитию анемии предшествует период латентного дефицита железа. Процесс протекает стадийно:

Клиника ЖДА

В клинике выделяют 2 синдрома.

Общеанемический синдром:

Слабость, головокружение, шум в ушах, одышка, обмороки, сердцебиение при нагрузке и даже в покое, иногда ноющие боли в левой половине грудной клетки. Границы сердца расширены влево (до 1-2 см снаружи от срединно-ключичной линии), может быть приглушен 1 тон, выслушивается систолический шум на верхушке сердца и над легочной артерией (II межреберье слева). Иногда слегка снижается АД. На ЭКГ – признаки дистрофии миокарда: уплощение зубца Т, снижение сегмента ST.

Сидеропенический синдром

Выражен при тяжелой, длительной анемии. Мышечная слабость; как ее проявление, иногда могут быть императивные позывы на мочеиспускание (слабость сфинктеров). Извращение вкуса: больные едят мел, песок, глину, сырые крупы, мясо, тесто; как приятные отмечают запахи бензина, резины, краски, выхлопных газов, мочи и т.д.

Данные объективного исследования больного:

волосы сухие, ломкие, секутся, медленно растут;

сухие трескающиеся губы;

ангулярный стоматит (заеды – особенно при нехватке витамина группы В);

зубы не блестят, серые;

кожа суховата, легко трескается на руках, ногах;

ногти истонченные, ломкие, в тяжелых случаях ложкообразные;

глоссит – болезненный покрасневший язык с атрофированными сосочками;

атрофия слизистой пищевода - дисфагия;

атрофический гастрит (снижена продукция HCl).

Диагностика железодефицитной анемии

Этапы диагностического поиска:

- диагностика гипохромной анемии;

- диагностика железодефицитного характера анемии;
- диагностика причины ЖДА.

Общий анализ крови:

Hb < 120 г/л;

ЦП < 0,85;

количество эритроцитов может быть в норме или уже снижено: у мужчин < 4·10¹²/ л.; у женщин < 3,9 10¹²/ л. (нормы ВОЗ).

количество ретикулоцитов 2-12 %-. Увеличение ретикулоцитов связано либо с приемом препаратов железа (ретикулоцитарный криз), либо с острой массивной кровопотерей.

в мазке крови – микроцитоз и пойкилоцитоз.

2 Определение содержания **сывороточного железа (СЖ)** – один из основных методов диагностики ЖДА. Этот синдром всегда сопровождается снижением содержания сывороточного железа. Следует помнить, что перед забором крови больной не должен принимать препараты железа в течение 5 дней.

3 Исследуется также **общая и латентная железосвязывающая способность сыворотки**. При ЖДА эти показатели повышены.

4 Показателем содержания железа в депо служит уровень **ферритина** сыворотки крови. При ЖДА этот показатель ниже нормы.

Выявление причины ЖДА

Наиболее частые причины железодефицитной анемии представлены в таблице 3.

Таблица 3

Наиболее частые причины железодефицитной анемии

Хроническая кровопотеря
<i>Кровопотери у женщин</i> - меноррагии, метроррагии, роды
<i>Кровопотери из желудочно-кишечного тракта</i> - язвенная болезнь - язвенный колит - опухоли, полипы - геморрой - дивертикулез - глистные инвазии (анкилостомидоз) и др.
<i>Кровопотери в замкнутые полости (нарушение реутилизации железа)</i> - гломические опухоли - изолированный легочный сидероз - наличие эндометриотических полостей, не связанных с полостью матки
<i>Повышенная потребность в железе</i> - беременность - лактация - быстрый рост в пубертатном периоде
<i>Алиментарный фактор (растительно-молочная диета)</i>
<i>Причины дефицита железа у детей</i> - недоношенность - многоплодие - искусственное вскармливание - быстрый рост - инфекции
<i>Донорство</i>
<i>Нарушение транспорта железа</i> - наследственная атрансферринемия - приобретенная гипотрансферринемия (нарушение белоксинтезирующей функции печени)
<i>Нарушение всасывания</i> - хронический энтерит - резекция тонкой кишки, желудка - лямблиоз - глистные изменения
<i>Заместительная терапия рекомбинантным эритропоэтином</i> (хроническая почечная недостаточность, анемии хронических заболеваний, миелодиспластический синдром и др.)

Таким образом,

<p>Основные критерии ЖДА</p> <ul style="list-style-type: none"> - низкий цветовой показатель - гипохромия эритроцитов, микроцитоз - снижение уровня сывороточного железа - повышение общей железосвязывающей способности сыворотки - снижение содержания ферритина в сыворотке.
--

Лечение железодефицитной анемии

Лечение ЖДА должно осуществляться по следующим принципам:

1. Диета больных должна включать больше мясных продуктов. Употребление печени не имеет преимуществ перед употреблением мяса. Не оправдано назначение большого количества яблок, гранатов, гречневой крупы и других продуктов растительного происхождения, т.к. усвоение Fe из них ограничено (из мяса всасывается– 22% железа; из фруктов – 3 % железа). Одной диетой вылечить ЖДА нельзя (т.к. всасывается 2 – 2,5 мг в сутки), а нужно 100 – 300 мг. 2^o-валентного железа.

2.Назначение препаратов железа является обязательным .

Ограничение возможности всасывания пищевого железа диктует необходимость использования железосодержащих препаратов (из них железа всасывается в 15-20 раз больше, чем пищевого). Клиническое улучшение от приема препаратов железа наступает раньше, чем нормализуется уровень гемоглобина. Повышение концентрации последнего наступает лишь на 4 - 5-й неделе приема.

3. После нормализации уровня гемоглобина лечение препаратами железа продолжают в течение 3-х месяцев (для пополнения запасов в депо) в поддерживающих дозировках, которые приблизительно в 2 раза меньше лечебных. Профилактическое лечение можно проводить в последующем после обильных месячных, при продолжающихся кровопотерях в течение недели каждого месяца. **Насыщающий курс** (100 – 300 мг 2^o-валентного Fe) должен

длиться до нормализации уровня Нв, которая наступает не сразу, а часто через 1 – 1,5 месяца. Клиническое улучшение наступает раньше, чем нормализуется Нв.

4. Следует предпочесть препараты для внутреннего приема, так как при использовании инъекционных форм возможны осложнения (аллергические реакции, инфильтраты в месте инъекции, заражение вирусным гепатитом, а при неоправданно длительном курсе – сидероз (отложение избытка железа в органах).

5. При выявлении причины развития ЖДА основное лечение должно быть направлено на ее устранение (оперативное лечение опухоли желудка, кишечника, лечение энтерита, коррекция алиментарной недостаточности и др.). Однако в целом ряде случаев радикальное устранение причины ЖДА не представляется возможным (например, при продолжающихся меноррагиях, наследственных геморрагических диатезах, проявляющихся носовыми кровотечениями, у беременных, а также при некоторых других ситуациях). В таких случаях основное значение приобретает патогенетическая терапия железосодержащими лекарственными препаратами.

Лечение ЖДА проводится в основном в амбулаторных условиях.

Госпитализация при ЖДА показана:

Тяжелая анемия (Нв < 70 г/л);

неясный генез ЖДА, не удается выявить источник кровопотери (углубленное обследование);

по поводу основного заболевания (язвенная болезнь, опухоли и т.д.);

необходимость хирургического лечения основного заболевания (фибромомы, кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки, геморрой и т.д.);

неудовлетворительное состояние больного в связи с анемией или основным заболеванием. Гипохромные железонасыщенные анемии подлежат гематологическому обследованию в специализированных учреждениях.

Остальных больных лечат амбулаторно.

В клинической практике лекарственные ПЖ применяются внутрь или парентерально.

Все железосодержащие препараты могут быть разделены на две группы: препараты солей железа и препараты в виде железосодержащих комплексов.

Препараты для приема внутрь содержат соли как двухвалентного (Fe²⁺), так и трехвалентного (Fe³⁺) железа, и по химическому строению подразделяются на простые, легко ионизирующиеся соли: **ферроцены (металлоорганика); хелатные соединения Fe²⁺ и Fe³⁺ и сложные полинуклеарные гидроксидные комплексы Fe³⁺.**

Препараты простых солей и ферроцены предназначены только для приема внутрь. Хелатные соединения и полинуклеарные гидроксидные комплексы железа можно принимать как внутрь, так и использовать для внутримышечного и внутривенного введения.

До недавнего времени считали, что для лечения ЖДА лучше использовать соли двухвалентного железа в связи с их лучшей биодоступностью. Однако работы последних лет показали практически одинаковую биодоступность солей двух- и трехвалентного железа, а также их сходную клиническую эффективность и переносимость.

К препаратам Fe для приема внутрь дополнительно назначают аскорбиновую кислоту 0,1 г × 3 раза для улучшения всасывания, если они ее не содержат.

Фруктоза, никотинамид, янтарная кислота увеличивают всасывание железа.

Содержат аскорбиновую кислоту следующие препараты:

Ферроплекс Ферроград Сорбифер - дурулес	Другие препараты содержат цистеин, фруктозу, которые улучшают всасывание.
---	---

При приеме препаратов железа внутрь избегают одновременного приема веществ, уменьшающих всасывание железа – чай, кофе, тетрациклины, альмагель, соли кальция, фосфаты, фторхинолоны.

Препараты железа для перорального приема

Выбор ПЖ достаточно широк, включает две основные группы: ионные и неионные препараты. Следует предпочесть те средства, которые при достаточной эффективности оказывают меньше всего побочных эффектов

Таблица 4

Основные лекарственные препараты железа для приема внутрь

Препарат	Дополнительные компоненты	Лекарственная форма	Количество двухвалентного железа, мг
Хеферол	Фумаровая кислота	Капсулы	100
Гемофер пролонгатум		Драже	105
Ферронат	Фумаровая кислота	Суспензия	10 (в 1 мл)
Ферлатум	Протеин сукцинат	Суспензия	2,6 (в 1 мл)
Апоферроглоконат	Фолиевая кислота Цианкобаламин	Таблетки Раствор	33
Фефол	Фолиевая кислота	Капсулы	47
Ировит	Фолиевая кислота Аскорбиновая кислота Цианкобаламин Лизин моногидрохлорид	Капсулы	100
Ферроград	Аскорбиновая кислота	Таблетки	105
Ферретаб	Фолиевая кислота	Таблетки	50
Ферроплекс	Аскорбиновая кислота	Драже	10
Сорбифер дурулес	Аскорбиновая кислота	Таблетки	100
Фенюльс	Аскорбиновая кислота Никотинамид Витамины группы В	Капсулы	45
Иррадиан	Аскорбиновая кислота Фолиевая кислота Цианкобаламин Цистеин Фруктоза, дрожжи	Драже	100
Тардиферон	Мукопротеаза	Таблетки	80
Гинотардиферон	Мукопротеаза Аскорбиновая кислота	Таблетки	80
Ферроградумет	Пластическая матрица-градумент	Таблетки	105
Актиферрин	D,L-серин	Капсулы	34,8
		Сироп	34,5
Мальтофер	Метилгидроксibenзоат натрия Пропилгидроксibenзоат натрия	Раствор	50 мл* 50 мг в 5 мл

	Сахароза		(1 мерная ложка)
Мальтоферрол	Фолиевая кислота	Жевательные таблетки	100*
Тотема	Марганец, медь, сахароза Цитрат и бензоат натрия	Раствор В амп. по 10 мл	10 мл 50 мг в 1 амп.
Феррум Лек	Гидроксид полимальтозный комплекс	Сироп	50 мг/5 мл
		Жевательные таблетки	100 мг

*Железо (трехвалентное) находится в форме сложного комплекса (как в ферритине), не обладающего прооксидантными свойствами

К неионным соединениям на основе гидроксидполимальтозного комплекса относятся препараты: мальтофер, мальтоферрол, феррум-лек. Их отличает: а) улучшение всасывание (оно происходит активно, а не по градиенту концентрации). На всасывание не влияет прием чая, кофе, тетрациклинов, алмагеля и т.д.). Всасывание «лишнего» Fe исключено, следовательно не будет передозировки.

б) они не повреждают слизистую (в отличие от ионных соединений Fe, которые вызывают образование свободных радикалов, повреждающих слизистую желудка до некроза).

Оценка эффективности назначенного препарата

Количество ретикулоцитов через 7-10 дней после назначения препарата, Величина и темпы прироста гемоглобина каждую неделю.

При назначении ПЖ в достаточной дозе на 7-10-й день от начала лечения наблюдается повышение количества ретикулоцитов. Нормализация уровня гемоглобина отмечается в большинстве случаев через 3-4 недели лечения, но иногда сроки нормализации показателей гемоглобина затягиваются до 6-8 недель и может наблюдаться резкое скачкообразное повышение гемоглобина.

Побочные эффекты препаратов железа

Среди *побочных проявлений* на фоне применения ПЖ внутрь наиболее часто возникают тошнота, анорексия, металлический вкус во рту, запоры, реже - поносы. Развитие запоров обусловлено, по всей вероятности, связыванием в кишечнике сероводорода, являющегося одним из стимулов кишечной перистальтики. В большинстве случаев современные ПЖ вызывают незначительные побочные явления, требующие их отмены и перехода на парентеральный путь введения (схема 9).

Преодоления диспепсии:

уменьшить дозу;

принимать после еды;

перейти на мальтофер или феррум-лек внутрь, если ранее принимал ионные препараты;

перейти на в/в (5 мл феррум-лека) или в/м 2 мл феррум-лека.

Лечение препаратами железа для парентерального введения

Парентеральное лечение показано:

Нарушения всасывания из-за энтерита, резекции тонкого кишечника, резекции 2/3 желудка по Бильрот II.

Обострение язвенной болезни желудка, 12 перстной кишки, дуоденита.

Диспепсия при приеме внутрь препаратов железа.

Необходимость более быстрого насыщения организма железом перед предстоящим оперативным вмешательством.

Таблица 5

Железосодержащие комплексы для парентерального введения

Препарат	Состав	Путь введения	Объем 1 ампулы, мл	Количество железа в 1 ампуле, мг
Феррум ЛЕК	Полиизомальтоза	Внутримышечно	2	100
Феррум ЛЕК	Натрий-сахаратный комплекс	Внутривенно	5	100
Ектофер	Сорбитовый цитратный комплекс	Внутримышечно	2	100
Венофер	Сахарат железа	Внутривенно	5	100

Для предотвращения гемосидероза количество ампул на курс рассчитывают по формуле:

Количество ампул на курс лечения = вес больного (кг) (166,7 – Нв г/л) • 0,004

Например, вес больного 70 кг, Нв 90 г/л

$A = 70 (166,7 - 90) \cdot 0,004 = 21$ ампула

Первую ампулу феррум-лека в/в вводят не полностью, а половину. Кратность введения: сначала ежедневно № 3, потом через день или 2 раза в неделю до общей дозы А.

Таблица 6

Тактика лечения ЖДА у различных групп больных

Группы больных	Причины ЖДА	Путь введения препарата	Тактика лечения	Суточная доза
Дети	Дефицит железа у матери	Внутрь в жидкой форме. Препараты железа, содержащие витамины	Насыщающая терапия с последующим контролем.	до 50 мг
Женщины с меноррагиями	Хронические кровопотери	Внутрь. При под-готовке к операции – в/м или в/в	Насыщающая и поддерживающая терапия	100-200 мг
Беременные Кормящие	Повышенная потребность в железе	Внутрь. При диспептических нарушениях – в/м или в/в.	Насыщающая и поддерживающая терапия до родов.	50-100 мг
Патология кишечника	Нарушение всасывания железа	Парентерально	Повторные курсы. Лечение основного заболевания	100 мг
Пожилые и старики	Кровопотери (опухоли, эрозии ЖКТ) Алиментарный фактор	Внутрь. При нарушении всасывания – в/м	Алиментарная коррекция, лечение основного заболевания	100-200 мг
Алиментарная недостаточность	Алиментарный дефицит белка, железа	Внутрь. Препараты железа с витаминами	Насыщающая терапия. Алиментарная коррекция	100-200 мг

Экспертиза трудоспособности

Временная нетрудоспособность при ЖДА обусловлена как собственно анемией, так и основным заболеванием (причиной ЖДА). **При легкой форме анемии** (гемоглобин не ниже 90 г/л) трудоспособность определяется течением основного заболевания. Противопоказаны работы со значительным физическим напряжением и контактом с промышленными ядами.

При средней тяжести анемии противопоказаны работы с воздействием высоких температур, длительным пребыванием на ногах, на высоте. Лица физического труда являются инвалидами III группы; лица интеллектуального труда обычно трудоспособны.

Лица с тяжелой анемией (гемоглобин ниже 70 г/л) – инвалиды II группы. Пути реабилитаций – лечение основного заболевания, рациональное трудоустройство и переобучение.

Профилактика ЖДА требуется лицам с постоянными трудно устранимыми кровопотерями, донорам, беременным, а также при малом содержании железа в пище. Во всех этих случаях необходима диета, содержащая достаточное количество мяса. Лицам, с постоянными кровопотерями показан прием небольших доз препаратов железа (1-2 таблетки ферроплекса в день). Беременным малые дозы нужно принимать в течение всей беременности и после родов в период лактации. Донорам следует ограничить сдачу крови (мужчинам 2-3 раза в год, женщинам 1-2 раза). После сдачи крови показан прием небольших доз препаратов железа в течение 2-х недель (2 таблетки ферроплекса в день).

Вопросы диспансеризации больных ЖДА регламентированы приказом МЗ СССР № 1229 от 2.11.79 – см. таблицу 7.

Таблица 7

Примерная схема динамического наблюдения больных ЖДА

врачом-гематологом

Частота наблюдения гематологом	Осмотры врачей других специальностей	Наименование и частота диагностических мероприятий	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
4-6 раз в год	терапевт, акушер-гинеколог, невропатолог, 1-2 раза в год	ОАК – 6 раз в год. Сывороточное железо - 2 раза в год. Исследование желудочного сока и рентгеноскопия желудка –1 раз в год.	Ферротерапия. Режим. Диета. Санация очагов хронической инфекции. Трудоустройство по показаниям.

Больные ЖДА различного генеза могут наблюдаться участковыми терапевтами, однако лечение их должно проводиться при постоянной консультационной помощи под руководством врача-гематолога. Сроки динамического наблюдения – 3-5 лет. Показания к снятию с учета – полное восстановление содержания железа в организме.

Практические задания: решения ситуационных задач

Образец

Задача

Пациентка 32 лет, педагог В течение последних двух месяцев отмечает слабость головокружение.

Объективно: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 90 г/л, ЦП - 0,7, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

ЭКГ вне приступа - в пределах нормы.

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ. ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

2. Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение : учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

3. Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

4. Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.

- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер) .

Занятие №11

Тема: Профилактика аллергических заболеваний.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения профилактики аллергических заболеваний и овладеть умениями диспансерного наблюдения за больными.

Задачи:

1. Изучить факторы риска развития аллергических болезней (наличие аллергенов, генетическая предрасположенность, неблагоприятная экологическая ситуация, профессиональные вредности, курение, неправильное питание, употребление имеющих побочное действие лекарственных препаратов и пр.).
2. Изучить технологии первичной и вторичной профилактики аллергических болезней и острых аллергических состояний.
3. Изучить немедикаментозные методы (устранение аллергенов в домашних и внедомашних условиях, рациональное питание, оздоровление окружающей среды и др.)
4. Изучить медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.
5. Знать особенности профилактики аллергических болезней и состояний в различных возрастных группах.
6. Уметь проводить динамическое наблюдение групп диспансерного учета.
7. Уметь заполнять документацию групп диспансерного учета.
8. Освоить принципы консультирования пациента и его окружения по вопросам создания гипоаллергенной среды, исключения самолечения.

5. Вопросы для рассмотрения:

1. Назовите факторы риска развития аллергических болезней (наличие аллергенов, генетическая предрасположенность, неблагоприятная экологическая ситуация, профессиональные вредности, курение, неправильное питание, употребление имеющих побочное действие лекарственных препаратов и пр.).
2. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики аллергических болезней и острых аллергических состояний.
3. Какие вы знаете немедикаментозные методы (устранение аллергенов в домашних и внедомашних условиях, рациональное питание, оздоровление окружающей среды и др.)
4. Каковы медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.

5. Укажите особенности профилактики аллергических болезней и состояний в различных возрастных группах.
6. Проведите динамическое наблюдение групп диспансерного учета.
7. Принципы заполнения документации групп диспансерного учета.
8. Назовите принципы консультирования пациента и его окружения по вопросам создания гипоаллергенной среды, исключения самолечения.

Практические задания: решение ситуационных задач.

Образец

Пациентка 32 лет, ткачиха. В течение последних двух месяцев в результате контакта с хлопковой пылью на производстве страдает приступами удушья экспираторного характера 3-4 раза в неделю, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделившейся с трудом. В течение последней недели приступы стали беспокоить ежедневно, иногда ночью.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акриозиазм. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,8, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 14%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эозинофилы - 5-7 в поле зрения, спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.

Рентгенограмма грудной клетки вне приступа - в пределах нормы.

ФВД после купирования приступа удушья - в пределах нормы.

ЭКГ вне приступа - в пределах нормы.

ДИАГНОЗ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ. ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

Содержание темы:

Профилактика аллергических заболеваний

Причины аллергических заболеваний.

Термин «аллергия» состоит из двух греческих слов: *alios* — другой и *evgon* — действие. Буквальный перевод — изменённое действие. У больных аллергией реакция в ответ на попадание в организм аллергенов другая, не такая, как у здорового человека. Аллергия — это тип иммунного ответа сенсibilизированного организма, при котором повторное поступление антигенов сопровождается воспалительной реакцией, повреждением клеток и тканей, нарушением функции органов и систем. В ответ на поступление аллергена вырабатываются антитела в крови больного. Аллергеном называют вещество (антиген определённого типа), способное вызвать сенсibilизацию у чувствительного (атопического) к нему организма. Аллергеном может быть любое вещество органической или неорганической природы. Различают эндогенные и экзогенные аллергены. К группе эндогенных антигенов следует отнести аутоантигены белковой, липопротеидной природы и комплексные антигены. Экзогенные антигены делят на инфекционные и неинфекционные. К аллергенам инфекционной природы относятся бактерии, вирусы, простейшие, грибки, а также гельминты. Самую обширную группу составляют аллергены неинфекционной природы: пищевые (земляника, курятина и куриные яйца, рыба, зерно злаковых культур и коровье молоко); лекарственные (антибиотики, сульфаниламидные препараты, жаропонижающие, обезболивающие, нейролептики, сыворотки и вакцины); бытовые (моющие средства, лаки для волос и ногтей, косметические кремы и краски, пыль, куриные перья и пух); плесень на стенах помещений (существует ряд заболеваний, объединённых общим названием «синдром больных зданий» — *sick building syndrome*); промышленные (красители, кобальт, хром, титан, пестициды, гербициды); пыльца цветков, библиотечная и производственная пыль; тараканы, клещи, пчёлы, пауки и продукты их жизнедеятельности; рыбы, ракообразные. Литературные источники свидетельствуют, что в Европе страдает аллергией каждый третий ребёнок, а в России и странах СНГ распространённость аллергопатологии колеблется от 15 до 35%. Атмосферный воздух рабочих химико-фармацевтического производства загрязнён аэрозолями антибиотиков, концентрация которых составляет 2,37 мг / м³ на участке грануляции и просева и 2,0 мг / м³ на фасовке. Более всего загрязняется кожа рук — от 70,3 до 91,4 мг / м³, лица — от 52,9 до 79,2 мг / м³, груди — от 48,6 до 53,2 мг / м³, предплечья — от 31,3 до 44,7 мг / м³, спины — от 23,2 до 26,3 мг / м³ у рабочих грануляции и просева. Исследованиями установлено, что барьерная функция кожи у работников предприятия снизилась в 1,78 раза, поэтому у них развиваются аллергодерматозы. В Республике Беларусь наблюдается рост числа основных аллергических заболеваний: аллергического ринита, бронхиальной астмы, atopического дерматита и др. В 1996—1998 гг. отмечался пик частоты аллергопатологии на территории, пострадавшей от аварии на ЧАЭС, но в настоящее время распространённость основных аллергических заболеваний по всей территории республики приблизительно одинакова. Однако отмечается более высокий уровень заболеваемости у детей по сравнению с взрослым населением. За последние 10 лет распространённость аллергопатологии у детей возросла на 13—20%. По данным Республиканского центра детской аллергологии, у детей Республики Беларусь за последние пять лет отмечается рост острых аллергических заболеваний.

Стадии течения и типы аллергических реакций.

Различают три стадии течения аллергической реакции. Первая — стадия сенсibilизации, характеризующаяся состоянием повышенной реактивности к аллергену. Она развивается в ответ на первичное воздействие аллергена и поддерживается последующим контактом с ним. Состояние сенсibilизации — продукция и накопление антител в ответ на аллергены. Вторая — стадия разрешения, при которой происходит реализация механизма аллергии при повторном воздействии аллергена. Эта стадия сопровождается специфическими патологическими проявлениями. Она может развиваться быстро (в течение от нескольких секунд до 6 часов (реакция немедленного типа)) или медленно (в течение 48—72 часов (реакция замедленного типа)). Третья стадия — десенсibilизация, когда происходит возврат к нормальному реагированию. Эта стадия возможна в случаях отсутствия длительное время контакта организма с аллергеном или после проведённого лечения. Имеются аллергические реакции немедленного и замедленного типа. По степени тяжести острые аллергические заболевания условно делят на две группы: лёгкие и среднетяжёлые/тяжёлые. К лёгким (реакциям замедленного типа) следует отнести аллергический ринит (круглогодичный и сезонный), аллергический конъюнктивит (круглогодичный и сезонный), бронхиальную астму, многоформную экссудативную эритему, экссудативно-катаральный диатез и локализованную крапивницу. Ко второй группе (реакции немедленного типа) относятся генерализованная крапивница, отёк Квинке, острый стеноз гортани, сывороточная болезнь, приступ бронхиальной астмы и анафилактический шок. На здоровье работников предприятий оказывают комплексное влияние неблагоприятные климато-географические, социально-бытовые и производственные факторы. Работники гальванических цехов контактируют с серной кислотой, хлором, метиловым спиртом, хлористым водородом, бензолом, фенолом, уксусной кислотой, окислами азота, окисью хрома, хромовым ангидридом, ртутью и свинцом. Пары и аэрозоли этих соединений являются пусковым моментом в развитии поражений твёрдых тканей зубов кариесом и некариозными поражениями, а также заболеваниями спародонта и слизистой оболочки полости рта. При работе в сырых помещениях, стены которых покрыты плесневыми грибами, развиваются atopические заболевания дыхательных путей, микозы, микогенная аллергия, снижается иммунитет. Учёные указывают на 250 видов грибов, паразитирующих в производственных и жилых зданиях. Из числа 100 видов грибов, вызывающих заболевания человека, можно выделить две разновидности — дрожжеподобные и плесневые. Споры плесневых грибов очень маленькие, величина их всего 5 микронетров, поэтому при высыхании они легко проникают в лёгкие. Аллергия на грибы выявлена у 57% больных аллергическим ринитом и 78,5% больных бронхиальной астмой. Установлено, что в 3—8% случаев встречается аллергическая реакция на введение лекарственных веществ, из них 2—6,5% больных госпитализируются. В развитых странах на лечение реакций, связанных с применением лекарственных веществ, затрачиваются большие средства. В США регистрировалось 106 тыс. случаев летального исхода в год в связи с проявлениями аллергических реакций на лекарственные средства. На каждый доллар, затраченный на приобретение лекарства, назначенного врачом и полученного по рецепту лечащего врача, уходит 1,33 доллара на

затраты по выведению пациента из состояния аллергии. В Германии 816 млн евро составляют расходы на лечение больных с состоянием аллергии; в среднем на лечение одного пациента затрачивается 281 евро. Способствуют развитию аллергии у ребёнка заболевания матери в период беременности, токсикозы беременности, острые вирусные заболевания, обострения хронических инфекций у матери в период беременности, сенсибилизация плода пищевыми, лекарственными, химическими соединениями. Предрасположенность к аллергии передаётся по наследству. У больного аллергией 70% родственников тоже страдают аллергией. Если у одного из родителей имеется аллергия, то риск развития аллергии у ребёнка в два раза ниже, чем когда оба родителя аллергики. Только в пределах 20% бывает аллергия у детей от здоровых родителей. Чаще аллергические реакции встречаются у женщин: играют роль сопутствующие заболевания, инфицирование ВИЧ, вирусами герпеса, длительный (профессиональный) контакт с аллергеном у работников фармацевтической промышленности или приём пациентом препарата длительное время. Тип реакции также связан со структурой препарата, обуславливающей его сенсибилизирующие свойства. В условиях свинцового производства на организм работников влияют аэрозоли свинца, способствующие снижению иммунитета, появлению аллергических реакций, особенно после 10 лет работы на предприятии. Учёные сообщают об эффективности индивидуальных средств защиты кожи на производстве с использованием защитной одежды, перчаток, кремов, мазей. Клинические испытания свидетельствуют, что при регулярном их использовании создаётся надёжный барьер между здоровой кожей и различными факультативными, облигатными и сенсибилизирующими химическими веществами.

Анафилактический шок.

Анафилактический шок является самой тяжёлой формой аллергической реакции немедленного типа и характеризуется глубоким нарушением деятельности жизненно важных органов и систем — центральной нервной системы, кровообращения, дыхания и обмена веществ. Развивается эта форма в ответ на поступление в организм антибиотиков, сульфаниламидов, новокаина, йодсодержащих препаратов, витаминов группы В, жаропонижающих, сывороток, вакцин, крови, плазмы, местных антисептиков, препаратов для кожных проб, при укусах ос, пчёл и т. д. Проявлениями анафилактического шока будут: покраснение кожи, зуд ладоней, чихание, боли в животе и за грудиной, слабость, дурнота. Затем резко падает артериальное давление, учащается пульс, отекают лёгкие, головной мозг, появляются боли в кишечнике и мочевом пузыре от спастического спазма, наступает удушье. Явления анафилактического шока развиваются быстро — от нескольких минут до четырёх часов. При молниеносной форме шока клинические симптомы развиваются через 1—2 минуты после воздействия аллергена, при тяжёлой форме — через 5—7 минут, при среднетяжёлой — через 30 минут. Анафилактический шок может протекать с преимущественным поражением органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы или желудочно-кишечного тракта. Развитию указанной клинической картины предшествуют предвестники: жжение кончика языка, зуд кожи, чувство жара, появление беспокойства, страха смерти, шум в ушах, головокружение, слабость, боли в области сердца или в области живота. Требуется экстренная медицинская помощь по выведению из анафилактического шока.

Крапивница и отёк Квинке

Проявлениями тяжёлой аллергии являются крапивница и отёк Квинке, представляющие собой сложнейшую проблему современной алергологии. Распространённость острой крапивницы — 25%, хронической — 5%, сочетание острой крапивницы с отёком Квинке выявлено у 49% больных; только отёк Квинке встречается у 11% больных. Острая крапивница переходит в хроническую в 10% случаев, а хроническая у 50% больных сочетается с отёком Квинке. При проявлении аллергической реакции в случае сочетания может наступить летальный исход при отсутствии немедленной квалифицированной помощи. Выделяют различные формы крапивницы в зависимости от вызвавшей её причины: аллергическую, холодовую, крапивницу физического напряжения, солнечную крапивницу, дермографическую (механическую), контактную, возникающую при попадании на кожу жидкостей, химических и биологических веществ. Крапивница наблюдается при коллагенозах (диффузных болезнях соединительной ткани), гельминтозах, паразитозах, и в более 70% случаев причина хронической крапивницы остаётся неясной. Аллергическая реакция может протекать настолько быстро, что медицинский персонал застаёт больного в стадии резкой дыхательной недостаточности. При крапивнице и ангионевротическом отёке (отёк Квинке) через несколько минут после контакта с аллергеном начинается краснеть кожа, затем на ней появляется сильно зудящая сыпь. При реакции на пищевые продукты больной ощущает покалывание в области языка, губ, нёба, боли в животе. Часто развивается конъюнктивит, затруднение дыхания из-за отёка гортани, лёгких, отекает лицо, органы шеи, внутренние органы. Появляется сильная головная боль, тошнота, рвота, повышается температура до 38°C. Эти явления могут держаться несколько дней. При крапивнице появляются волдыри на коже, как при ожоге крапивой, сопровождающиеся жжением, зудом, ухудшением общего состояния. Кожа иногда приобретает желтоватый оттенок; резкая гиперемия слизистой оболочки носа (вазомоторный ринит) приводит к приступам неукротимого чихания. Отёки век не позволяют открыть глаза, снижается острота зрения из-за отёка глазного дна. Отёк головного мозга приводит к сильнейшим головным болям, рвоте центрального происхождения, урежению пульса, ригидности затылочных мышц, галлюцинациям и судорожным припадкам. Очень опасны отёки корня языка и гортани, которые могут привести к удушью. Сывороточная болезнь Сывороточная болезнь развивается постепенно — в течение 4—13 дней после введения иммунной сыворотки или лекарственного вещества. Сначала на месте введения сыворотки появляются припухлость, повышается температура тела, на коже появляется полиморфная сыпь, которая локализуется сначала в месте инъекции, а затем распространяется по всему телу. Одновременно увеличиваются региональные лимфатические узлы, падает артериальное давление. Сывороточная болезнь осложняется полиартритом мигрирующего типа с тугоподвижностью и последующей деформацией крупных и средних суставов. Если ещё раз ввести сыворотку лицу с указанными симптомами, разовьётся анафилактический шок.

Аллергический ринит

Аллергический ринит — это проявление аллергической реакции замедленного типа. Согласно литературным данным, аллергическим ринитом страдает в мире более 500 млн человек (от 10 до 25% населения). У 87% пациентов наблюдается сочетание аллергического ринита с бронхиальной астмой, из их числа у 64% аллергический ринит предшествовал бронхиальной астме. У лиц с хроническим ринитом около 50% составляет ринит аллергической природы. Наиболее частой причиной аллергического ринита являются пыльцевые аллергены, шерсть и перхоть домашних животных, домашняя пыль, плесневые грибы, реже бывает реакция в виде аллергического ринита на рыбу, цитрусовые и лекарственные препараты. Аллергия на плесневые и дрожжеподобные грибы встречается у 57% больных ринитом и 78,5% больных бронхиальной астмой. Средний возраст начала заболевания аллергическим ринитом — 10 лет, а 80% больных заболевают в возрасте до 20 лет. Аллергический ринит не относят к тяжёлой патологии, однако он оказывает существенное влияние на социальную активность больных, на учёбу, профессиональную деятельность. Кроме того, болеющий годами аллергическим ринитом вынужден затрачивать значительные финансовые средства, время, периодически отлучаться на работе по причине пребывания на больничном. Симптомы аллергического ринита включают отёк носа, затруднённое дыхание, ринорею, чихание, зуд глаз, зуд в носу. Классическим примером аллергического ринита является «сенной насморк», или поллиноз, появляющийся во время цветения растений. При аллергии на домашнюю пыль, плесневые грибки, продукты питания явления аллергического ринита наблюдаются в течение всего года с обострениями в осенне-зимний период из-за присоединяющихся переохлаждений. Для лечения назначают антигистаминные препараты, проводится симптоматическое лечение, противовоспалительное, из диеты исключают аллергенные продукты, выясняется наличие других аллергенов и исключается контакт с ними.

Атопический дерматит

Атопический дерматит — это хроническое аллергическое заболевание кожи, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии; относится к распространённым заболеваниям кожи; в разных странах им болеют от 10 до 28% населения, особенно дети. Несомненна роль наследственной предрасположенности к заболеванию. Если родители не болеют атопическим дерматитом, то вероятность развития заболевания при наличии аллергенов составляет 10%, если болен один из родителей, то 50% их детей могут заболеть, а в случае болезни обоих родителей 75% детей заболеют атопическим дерматитом. В дошкольном возрасте причиной заболевания являются чаще всего пищевые аллергены (коровье молоко, яйца, соя, рыба). Учёные считают пищевые аллергены стартовой сенсибилизацией, на фоне которой из-за сходства антигенной структуры и развития перекрёстных аллергических реакций между разными аллергенами развивается повышенная чувствительность к другим видам аллергенов. Факторами развития и обострений атопического дерматита являются аэроаллергены, большая группа медикаментов при бесконтрольном их применении. Предрасполагающими факторами развития заболевания также являются заболевания кишечника, жёлчного пузыря, употребление в пищу консервированных продуктов с химическими красителями и консервантами. Усугубляют влияние аллергенов на организм человека психоэмоциональные нагрузки, высокая температура в жилой или рабочей комнате, низкая влажность, резкие перепады атмосферного давления, солнечная активность, раздражение кожи грубой, загрязнённой одеждой, воздействие на кожу химических веществ и т. д. При атопическом дерматите

изменения на коже появляются иногда с периода новорожденности, но чаще с трёхмесячного возраста. На коже появляются папулы, эпидермальные везикулы, шелушение, при этом имеются эритематозные пятна, струппы, трещины и эрозии. При младенческой форме (в возрасте до трёх лет) элементы поражения расположены на лице, шее, туловище, разгибательных поверхностях рук и ног, а также на волосистой части головы. Бывает «влажная» или экссудативная (с выделением серозного экссудата) и «сухая» форма воспаления кожи. В возрасте с 3 до 12 лет (детская форма) воспалительные изменения на коже разгибательных поверхностей рук и ног, на лице, на коже подколенных и локтевых ямок протекают с уплотнением кожи и подчёркнутым рисунком. Подростковая форма (в возрасте 12—18 лет) atopического дерматита проявляется участками уплотнённой кожи на запястьях, верхних отделах груди, в области шеи и сгибательных поверхностей конечностей. Прежде называли это состояние нейродермитом. Взрослая форма atopического дерматита проявляется хронической экземой с локализацией сыпи и очагового уплотнения кожи, наличием папул на сгибательных лучезапястных, локтевых и коленных суставах. Могут быть участки кожи с недостаточной пигментацией, называемой лейкодермой, с усилением рисунка линий ладони («атопические ладони»). При atopическом дерматите наблюдаются воспалительные изменения на слизистой оболочке полости рта, протекающие в хронической форме и не поддающиеся лечению. В зависимости от площади поражения кожи, степени выраженности субъективных признаков (зуд, нарушение сна у ребёнка), заболевание может протекать в лёгкой форме, средней тяжести и тяжёлой. В последнем случае наблюдаются множественные, сливающиеся очаги поражения, глубокие трещины, экссудация, сильный зуд, вызывающий беспокойство ребёнка (ночью ребёнок не может спать из-за сильнейшего зуда), в углах рта воспалена кожа губ и приротовой области (глубокие незаживающие трещины). Часто присоединяется вторичная бактериальная инфекция. Увеличены до размеров лесного ореха все группы лимфатических узлов; при тяжёлой форме заболевания начинается фарингит, бронхит, может быть пневмония, явления рахита, анемия. Лечение atopического дерматита сложное, включающее общую комплексную терапию, местное лечение очагов на коже, специальную диетотерапию. Ведётся пищевой дневник, определяется аллергия продуктов, и на первом этапе диетотерапии жёсткие ограничения до достижения ремиссии дерматита. На втором этапе постепенно расширяется диета до физиологической с учётом реакции организма. Переход на физиологическую диету необходим, чтобы предотвратить пищевую недостаточность, ведущую к нарушению физического развития ребёнка. Но приходится ограничивать соль и сахар, усиливающие экссудацию, крепкие мясные бульоны, пряности, соленья, которые способствуют проницаемости аллергенов. Показано употребление при приготовлении пищи очищенной фильтрами воды, исключение из питания полуфабрикатов и консервированных продуктов промышленного производства, при изготовлении которых используются эмульгаторы, консерванты, красители. У 50% детей, имеющих на первом году жизни atopический дерматит, с возрастом развиваются аллергические заболевания дыхательных путей — ринит и бронхиальная астма.

Профилактика аллергозов.

Профилактику аллергий можно условно поделить на первичную и вторичную. Первичная предполагает предупреждение развития аллергических осложнений, вторичная рассчитана для лиц, страдающих аллергией. Если больной перенёс анафилактическую реакцию, следует исключить контакт с аллергеном, данные занести в амбулаторную карту, больному выдать «Паспорт пациента с аллергическим заболеванием» с указанием диагноза, спектра сенсибилизации, мер по профилактике контакта с аллергеном и по оказанию скорой помощи. Перед инвазивными методами диагностики и операциями проводится премедикация. В случае наличия наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям у членов семьи, во время беременности женщина должна соблюдать диету с ограничением в питании продуктов промышленного консервирования из-за наличия в них пищевых добавок, вредных для плода. В первые полчаса после рождения ребёнка важно приложить его к груди матери, так как естественное вскармливание гораздо реже осложняется аллергической реакцией, чем искусственное. Детям из группы риска рекомендуется позже вводить прикормы. Ребёнку должен быть организован режим антигенного щажения. Необходимо закалывать ребёнка и по возможности ограничивать контакты, проводить рациональное лечение острых респираторных заболеваний, которые могут осложниться респираторными аллергиями. Недопустимо применение при насморке сосудосуживающих веществ в составе капель, тем более с добавлением антибиотиков в капли. Желательно избавлять жилище от старых лишенных вещей, шкур животных, ковров; для уборки помещения использовать пылесос с водным фильтром. Рекомендуется истреблять на секомых — клопов, тараканов, пауков, мух, комаров. Наряду с ежедневной влажной уборкой требуется проветривание помещений, недопустимо разведение комнатных растений, что создаёт условия для размножения плесневых грибов. Детям нельзя играть мягкими игрушками; исключить использование подушек с куриным пером и пухом; убрать из комнаты большого телевизора или компьютера, вокруг которых собирается пыль. Больному с аллергопатологией нельзя работать в саду, на даче, особенно в период цветения растений. При выявлении сенсибилизации ребёнка не следует посещать зоопарк, цирк, носить одежду из шерсти и меха животных. Больной не должен контактировать со средствами бытовой химии, пользоваться духами, дезодорантами. В диете должны преобладать: овощи и фрукты, молочнокислые продукты, гречневая, овсяная, перловая и пшённая крупа. Следует ограничивать жареные продукты, копчёное мясо, речную рыбу, бульоны, субпродукты, колбасные изделия, шампиньоны и белые грибы, телятину и цыплят, студень. Показано исключение из питания кофе, какао, чая, шоколада и всех продуктов промышленного консервирования, за исключением тех, на упаковке которых имеется пометка «Для детского питания». Необходимо обогащать пищу солями калия, увеличивать употребление воды, арбузов, дыни. При поступлении ребёнка в учреждение дошкольного образования, школу рекомендуется информировать персонал об аллергии у ребёнка. Законодательно устанавливаются правовые основы регулирования отношений в области охраны труда, направленные на создание условий труда, соответствующих требованиям сохранения здоровья и жизни работников предприятий, исключения аллергии их организма. При развитии аллергии у работника используются функциональные методики: вибрационная чувствительность, альгезиометрия, холодовая проба рук, капилляроскопия и другие. В отделениях профилактики поликлиник и медсанчастей работают кабинеты консультативно-оздоровительной помощи, кабинет мониторинга здоровья и профилактической деятельности. На основании Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2010 года № 109, на работу с вредными и/или опасными условиями труда принимаются лица после обязательного предварительного медицинского осмотра с анализом показателей их здоровья, отсутствия аллергии на бытовые, пищевые, лекарственные и производственные факторы. Если появились первые признаки аллергической реакции у работника с вредными условиями труда, его желательно перевести на работу с условиями, исключающими контакт с аллергенами, и провести биологическую профилактику, направленную на повышение устойчивости организма. Она предполагает использование глутаминовой кислоты, витрум Kuge (таблетки жевательные), метионина, витаминов А, Е, С, селена в качестве антиоксидантов. Разрабатываются конкретные медико-технические требования к средствам индивидуальной защиты для персонала объектов, а также гигиенические нормативы предельно допустимых уровней по загрязнению рабочей зоны. Лица с аллергическими реакциями анафилактического типа всегда должны иметь при себе антигистаминные препараты «Зиртек» или «Кларитин» и шприц-тюбик с адреналином. Безусловно, лица с аллергическими реакциями должны быть обучены распознаванию первых признаков аллергических реакций, уметь пользоваться таблетками и шприцом-тюбиком, в аптечке дома иметь димедрол, фенкарол, диазолин, кларитин, супрастин, пипольфен. При подозрении на развитие анафилактического шока вызывать скорую помощь. Для профилактики аллергии на предприятиях используется индивидуальное консультирование и разработка системы оздоровительных мероприятий. Профилактика и раннее выявление аллергических реакций является мероприятием первостепенной важности, в связи с высокой медико-социальной значимостью этой проблемы. Усилия родителей, воспитателей, учителей, лиц разного возраста, имеющих повышенную чувствительность к аллергенам, должны быть направлены на достижение возврата организма к нормальному реагированию. Это возможно при длительном отсутствии контакта с аллергеном и элиминации его из окружения, а также при качественном лечении. Несомненна роль общеоздоровительных методов (закаливания, массажа, посещение бани, сауны) и физиотерапевтических — в повышении естественных защитных сил организма.

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437573.html>
2. Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение : учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.
3. Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

4. Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер) .

Занятие №12

Тема: Иммунопрофилактика.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения иммунопрофилактики.

Задачи:

1. Изучить нормативные правовые акты, регламентирующие проведение иммунопрофилактики разных возрастных групп.
2. Освоить проведение иммунопрофилактики инфекционных болезней, основные понятия, цели, задачи. Государственная политика в области иммунопрофилактики. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.
3. Понятие о профилактических прививках. Медицинские иммунобиологические препараты. Характеристика основных препаратов, используемых для: 1) активной иммунопрофилактики инфекционных болезней; 2) пассивной иммунопрофилактики (иммунокоррекции); 3) экстренной профилактики. Транспортировка и хранение иммунобиологических препаратов. Способы введения иммунобиологических препаратов.
4. Изучить атипичные реакции на их введение.
5. Изучить национальный календарь профилактических прививок.
6. Освоить планирование, организация и проведение профилактических прививок детскому населению в соответствии с календарем профилактических прививок: вакцинация и ревакцинация против гепатита, туберкулеза, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гриппа. Сертификат о профилактических прививках .
7. Изучить проведение внеплановой иммунопрофилактики, иммунокоррекции и экстренной профилактики при возникновении отдельных эпидемических ситуаций. Проведение иммунопрофилактики по эпидпоказаниям при кишечных инфекциях (брюшном тифе, паратифах, холере), при бактериальных зоонозах (чуме, сибирской язве, бруцеллезе), при вирусных инфекциях центральной нервной системы (остром полиомиелите, энцефалите, бешенстве), при вирусных геморрагических лихорадках, вирусных гепатитах А и В.
8. Принципы проведения индивидуальной химиопрофилактики при туберкулезе и малярии.
9. Изучить принципы профилактики болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).
10. Освоить деятельность фельдшера в организации и проведении иммунопрофилактики и химиопрофилактики.
11. Изучить принципы оформления медицинской документации, отражающей проведение активной и пассивной иммунизации.

Вопросы для рассмотрения:

1. Назовите нормативные правовые акты, регламентирующие проведение иммунопрофилактики разных возрастных групп.
2. Как осуществляется проведение иммунопрофилактики инфекционных болезней, основные понятия, цели, задачи. Государственная политика в области иммунопрофилактики. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.
3. Сформулируйте понятие о профилактических прививках. Медицинские иммунобиологические препараты. Характеристика основных препаратов, используемых для: 1) активной иммунопрофилактики инфекционных болезней; 2) пассивной иммунопрофилактики (иммунокоррекции); 3) экстренной профилактики. Транспортировка и хранение иммунобиологических препаратов. Способы введения иммунобиологических препаратов.
4. Назовите атипичные реакции на их введение.
5. Охарактеризуйте национальный календарь профилактических прививок.
6. Проведите планирование, организация и проведение профилактических прививок детскому населению в соответствии с календарем профилактических прививок: вакцинация и ревакцинация против гепатита, туберкулеза, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гриппа.
7. понятие о сертификате о профилактических прививках .
8. Как осуществляется проведение внеплановой иммунопрофилактики, иммунокоррекции и экстренной профилактики при возникновении отдельных эпидемических ситуаций. Проведение иммунопрофилактики по эпидпоказаниям при кишечных инфекциях (брюшном тифе, паратифах, холере), при бактериальных зоонозах (чуме, сибирской язве, бруцеллезе), при вирусных инфекциях центральной нервной системы (остром полиомиелите, энцефалите, бешенстве), при вирусных геморрагических лихорадках, вирусных гепатитах А и В.
8. Назовите принципы проведения индивидуальной химиопрофилактики при туберкулезе и малярии.
9. Каковы принципы профилактики болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).
10. В чем заключается деятельность фельдшера в организации и проведении иммунопрофилактики и химиопрофилактики.
11. Назовите принципы оформления медицинской документации, отражающей проведение активной и пассивной иммунизации.

Содержание темы:

Иммунопрофилактика в РФ проводится на основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям"

В котором содержится:

- национальный календарь профилактических прививок согласно приложению N 1;
- календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям согласно приложению N 2.

Приложение N 1

к приказу Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н

Национальный календарь профилактических прививок

С изменениями и дополнениями от: 16 июня 2016 г., 13 апреля 2017 г.

Категории и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В*(1)
Новорожденные на 3-7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза*(2)
Дети 1 месяца	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В*(1)
Дети 2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска)*(3)
	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 3 месяца(6.1)	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка

	Первая вакцинация против полиомиелита*(4)
	Первая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)*(5)
Дети 4,5 месяца(6.1)	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Вторая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)*(5)
	Вторая вакцинация против полиомиелита*(4)
	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 6 месяцев(6.1)	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В*(1)
	Третья вакцинация против полиомиелита*(6)
	Третья вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)*(5)
Дети 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска)*(3)
Дети 15 месяцев	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 18 месяцев(6.1)	Первая ревакцинация против полиомиелита*(6)
	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Ревакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)
Дети 20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита*(6)
Дети 6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети 6-7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка*(7)
	Ревакцинация против туберкулеза*(8)
Дети 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка*(7)
	Третья ревакцинация против полиомиелита*(6)
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка - каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В*(9)
Дети от 1 года до 18 лет (включительно), женщины от 18 до 25 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи, не имеющие сведений о прививках против краснухи	Вакцинация против краснухи, ревакцинация против краснухи
Дети от 1 года до 18 лет (включительно) и взрослые до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведения о прививках против кори; взрослые от 36 до 55 лет (включительно), относящиеся к группам риска (работники медицинских и образовательных организаций, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие вахтовым методом и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори	Вакцинация против кори, ревакцинация против кори*(10)
Дети с 6 месяцев, учащиеся 1-11 классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы); беременные женщины; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением	Вакцинация против гриппа

Порядок проведения гражданам профилактических прививок в рамках национального календаря профилактических прививок с изменениями и дополнениями от: 13 апреля 2017 г.

- Профилактические прививки в рамках национального календаря профилактических прививок проводятся гражданам в медицинских организациях при наличии у таких организаций лицензии, предусматривающей выполнение работ (услуг) по вакцинации (проведению профилактических прививок).
- Вакцинацию осуществляют медицинские работники, прошедшие обучение по вопросам применения иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней, организации проведения вакцинации, техники проведения вакцинации, а также по вопросам оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме.
- Вакцинация и ревакцинация в рамках национального календаря профилактических прививок проводятся иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики инфекционных болезней, зарегистрированными в соответствии с законодательством Российской Федерации, согласно инструкциям по их применению.
В случаях, предусмотренных национальным календарем профилактических прививок, допускается проведение вакцинации и ревакцинации иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики инфекционных болезней, содержащими комбинации вакцин.
- Перед проведением профилактической прививки лицу, подлежащему вакцинации, или его законному представителю разъясняется необходимость иммунопрофилактики инфекционных болезней, возможные поствакцинальные реакции и осложнения, а также последствия отказа от проведения профилактической прививки и оформляется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"*.

5. Все лица, которым должны проводиться профилактические прививки, предварительно подвергаются осмотру врачом (фельдшером)**.
6. При изменении сроков вакцинации ее проводят по предусмотренным национальным календарем профилактических прививок схемам и в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней. Допускается введение вакцин (кроме вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках национального календаря профилактических прививок, в один день разными шприцами в разные участки тела.
7. Вакцинация детей, которым иммунопрофилактика против пневмококковой инфекции не была начата в первые 6 месяцев жизни, проводится двукратно с интервалом между прививками не менее 2 месяцев.
8. Вакцинация детей, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией, осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней. При вакцинации таких детей учитываются: ВИЧ-статус ребенка, вид вакцины, показатели иммунного статуса, возраст ребенка, сопутствующие заболевания.
9. Ревакцинация детей против туберкулеза, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией и получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (во время беременности, родов и в периоде новорожденности), проводится в родильном доме вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной вакцинации). У детей с ВИЧ-инфекцией, а также при обнаружении у детей нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярными методами ревакцинация против туберкулеза не проводится.
10. Вакцинация живыми вакцинами в рамках национального календаря профилактических прививок (за исключением вакцин для профилактики туберкулеза) проводится детям с ВИЧ-инфекцией с 1-й и 2-й иммунными категориями (отсутствие иммунодефицита или умеренный иммунодефицит).
11. При исключении диагноза ВИЧ-инфекции детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией, проводят вакцинацию живыми вакцинами без предварительного иммунологического обследования.
12. Анатоксины, убитые и рекомбинантные вакцины в рамках национального календаря профилактических прививок вводят всем детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией. Детям с ВИЧ-инфекцией указанные иммунобиологические лекарственные препараты для иммунопрофилактики инфекционных болезней вводятся при отсутствии выраженного и тяжелого иммунодефицита.
13. При проведении вакцинации населения используются вакцины, содержащие актуальные для Российской Федерации антигены, позволяющие обеспечить максимальную эффективность иммунизации.
14. При проведении вакцинации против гепатита В детей первого года жизни, против гриппа детей с 6-месячного возраста, обучающихся в общеобразовательных организациях, беременных женщин используются вакцины, не содержащие консервантов.

Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения РФ

от 21 марта 2014 г. N 125н

Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям

С изменениями и дополнениями от: 16 июня 2016 г., 13 апреля 2017 г.

Наименование профилактической прививки	Категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации
Против туляремии	Лица, проживающие на энзоотичных по туляремии территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: - сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; - по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя туляремии.
Против чумы	Лица, проживающие на энзоотичных по чуме территориях. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя чумы.
Против бруцеллеза	В очагах козье-овечьего типа бруцеллеза лица, выполняющие следующие работы: - по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота бруцеллезом; - по убою скота, больного бруцеллезом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов. Животноводы, ветеринарные работники, зоотехники в хозяйствах, энзоотичных по бруцеллезу. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя бруцеллеза.
Против сибирской язвы	Лица, выполняющие следующие работы: - зооветработники и другие лица, профессионально занятые предубойным содержанием скота, а также убоем, снятием шкур и разделкой туш; - сбор, хранение, транспортировка и первичная обработка сырья животного происхождения; - сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные на энзоотичных по сибирской язве территориях. Лица, работающие с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем сибирской язвы.
Против бешенства	С профилактической целью вакцинируют лиц, имеющих высокий риск заражения бешенством: лица, работающие с "уличным" вирусом бешенства; ветеринарные работники; егеря, охотники, лесники; лица, выполняющие работы по отлову и содержанию животных.
Против лептоспироза	Лица, выполняющие следующие работы: - по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, расположенных на энзоотичных по лептоспирозу территориях; - по убою скота, больного лептоспирозом, заготовке и переработке мяса и мясопродуктов, полученных от больных лептоспирозом животных; - по отлову и содержанию безнадзорных животных. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя лептоспироза.
Против клещевого вирусного энцефалита	Лица, проживающие на эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту территориях; лица, выезжающие на эндемичные по клещевому вирусному энцефалиту территории, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: - сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; - по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения.

	Лица, работающие с живыми культурами возбудителя клещевого энцефалита.
Против лихорадки Ку	Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания лихорадкой Ку. Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на энзоотических территориях по лихорадке Ку. Лица, работающие с живыми культурами возбудителей лихорадки Ку.
Против желтой лихорадки	Лица, выезжающие за пределы Российской Федерации в энзоотичные по желтой лихорадке страны (регионы). Лица, работающие с живыми культурами возбудителя желтой лихорадки.
Против холеры	Лица, выезжающие в неблагополучные по холере страны (регионы). Население субъектов Российской Федерации в случае осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки по холере в сопредельных странах, а также на территории Российской Федерации.
Против брюшного тифа	Лица, занятые в сфере коммунального благоустройства (работники, обслуживающие канализационные сети, сооружения и оборудование, а также организаций, осуществляющих санитарную очистку населенных мест, сбор, транспортировку и утилизацию бытовых отходов). Лица, работающие с живыми культурами возбудителей брюшного тифа. Население, проживающее на территориях с хроническими водными эпидемиями брюшного тифа. Лица, выезжающие в гиперэндемичные по брюшному тифу страны (регионы). Контактные лица в очагах брюшного тифа по эпидемическим показаниям. По эпидемическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом регионе проводят массовую вакцинацию населения.
Против вирусного гепатита А	Лица, проживающие в регионах, неблагополучных по заболеваемости гепатитом А, а также лица, подверженные профессиональному риску заражения (медицинские работники, работники сферы обслуживания населения, занятые на предприятиях пищевой промышленности, а также обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения, оборудование и сети). Лица, выезжающие в неблагополучные страны (регионы), где регистрируется вспышечная заболеваемость гепатитом А. Контактные лица в очагах гепатита А.
Против шигеллез	Работники медицинских организаций (их структурных подразделений) инфекционного профиля. Лица, занятые в сфере общественного питания и коммунального благоустройства. Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и выезжающие в организации, осуществляющие лечение, оздоровление и (или) отдых (по показаниям). По эпидемическим показаниям прививки проводятся при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом регионе проводят массовую вакцинацию населения. Профилактические прививки предпочтительно проводить перед сезонным подъемом заболеваемости шигеллезами.
Против менингококковой инфекции	Дети и взрослые в очагах менингококковой инфекции, вызванной менингококками серогрупп А или С. Вакцинация проводится в эндемичных регионах, а также в случае эпидемии, вызванной менингококками серогрупп А или С. Лица, подлежащие призыву на военную службу.
Против кори	Контактные лица без ограничения возраста из очагов заболевания, ранее не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори или однократно привитые.
Против вирусного гепатита В	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против вирусного гепатита В.
Против дифтерии	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против дифтерии.
Против эпидемического паротита	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против эпидемического паротита.
Против полиомиелита	Контактные лица в очагах полиомиелита, в том числе вызванного диким полиовирусом (или при подозрении на заболевание): - дети с 3 месяцев до 18 лет - однократно; - медицинские работники - однократно; - дети, прибывшие из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (регионов), с 3 месяцев до 15 лет - однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии); - лица без определенного места жительства (при их выявлении) с 3 месяцев до 15 лет - однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии); лица, контактировавшие с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (регионов), с 3 месяцев жизни без ограничения возраста - однократно; лица, работающие с живым полиовирусом, с материалами, инфицированными (потенциально инфицированными) диким вирусом полиомиелита без ограничения возраста, - однократно при приеме на работу.
Против пневмококковой инфекции	Дети в возрасте от 2 до 5 лет, взрослые из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу, а также лиц старше 60 лет, страдающих хроническими заболеваниями легких.
Против ротавирусной инфекции	Дети для активной вакцинации с целью профилактики заболеваний, вызываемых ротавирусами.
Против ветряной оспы	Дети и взрослые из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу, ранее не привитые и не болевшие ветряной оспой.
Против гемофильной инфекции	Дети, не привитые на первом году жизни против гемофильной инфекции.

Порядок проведения гражданам профилактических прививок в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям С изменениями и дополнениями от: 13 апреля 2017 г.

1. Профилактические прививки в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям проводятся гражданам в медицинских организациях при наличии у таких организаций лицензии, предусматривающей выполнение работ (услуг) по вакцинации (проведению профилактических прививок).

2. Вакцинацию осуществляют медицинские работники, прошедшие обучение по вопросам применения иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней, организации проведения вакцинации, техники проведения вакцинации, а также по вопросам оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме.
 3. Вакцинация и ревакцинация в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям проводится иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики инфекционных болезней, зарегистрированными в соответствии с законодательством Российской Федерации, согласно инструкциям по их применению.
 4. Перед проведением профилактической прививки лицу, подлежащему вакцинации, или его законному представителю разъясняется необходимость иммунопрофилактики инфекционных болезней, возможные поствакцинальные реакции и осложнения, а также последствия отказа от проведения профилактической прививки и оформляется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с требованиями **статьи 20** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
 5. Все лица, которым должны проводиться профилактические прививки, предварительно подвергаются осмотру врачом (фельдшером)*.
 6. Допускается введение инактивированных вакцин в один день разными шприцами в разные участки тела. Интервал между прививками против разных инфекций при раздельном их проведении (не в один день) должен составлять не менее 1 месяца.
 7. Вакцинация против полиомиелита по эпидемическим показаниям проводится вакциной для профилактики полиомиелита (живой) и вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной). Показаниями для проведения вакцинации детей вакциной для профилактики полиомиелита (живой) по эпидемическим показаниям являются регистрация случая полиомиелита, вызванного диким полиовирусом, выделение дикого полиовируса в биологическом материале человека или из объектов окружающей среды. Показаниями для проведения вакцинации детей вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной) по эпидемическим показаниям являются регистрация случая полиомиелита, вызванного вакцинородственным штаммом полиовируса, выделение вакцинородственного штамма полиовируса в биологическом материале человека или из объектов окружающей среды.
- Вакцинация против полиомиелита по эпидемическим показаниям проводится в соответствии с постановлением главного государственного санитарного врача субъекта Российской Федерации, которым определяется возраст детей, подлежащих вакцинации, сроки, порядок и кратность ее проведения.

* **Приказ** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. N 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный номер 23971).

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>
2. Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение : учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.
3. Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.
4. Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер)

Занятие №13

Тема: Профилактика онкологических заболеваний.

Цель: усвоить основные принципы и порядок проведения профилактики онкологических заболеваний и овладеть умениями диспансерного наблюдения за больными.

Задачи:

1. Изучить нормативные правовые акты, регламентирующие профилактику онкологических заболеваний.
2. Изучить факторы риска развития новообразований (вещества, продукты, производственные процессы, бытовые, природные факторы).
3. Понятие о развитии у населения онкологической настороженности.
4. Освоить технологии первичной и вторичной профилактики онкологических заболеваний.
5. Освоить медикаментозные и немедикаментозные методы профилактического воздействия на пациентов.
6. Изучить санитарно-просветительные методы профилактики онкологических заболеваний и самоконтроля состояния здоровья.
7. Изучить принципы организации и проведения скрининга для выявления злокачественных новообразований. Мотивация участия в профилактических осмотрах, своевременного обращения населения в медицинские учреждения.
8. Освоить динамическое наблюдение групп диспансерного учета.
9. Освоить ведение документации групп диспансерного учета. Консультирование пациента и его окружения по вопросам предупреждения возникновения онкологических заболеваний.

Вопросы для рассмотрения:

1. Назовите факторы риска развития аллергических болезней (наличие аллергенов, генетическая предрасположенность, неблагоприятная экологическая ситуация, профессиональные вредности, курение, неправильное питание, употребление имеющих побочное действие лекарственных препаратов и пр.).
2. Назовите принципы профилактики онкологических заболеваний.
3. Назовите особенности организации и проведения диспансеризации населения с онкологическими заболеваниями.
4. Каковы методики распределения по группам диспансерного учета, периодичности наблюдения и объема обследования.
5. Принципы разработки наглядно-информационного материала онкологических заболеваний и самоконтроля состояния здоровья.
6. Проведите динамическое наблюдение групп диспансерного учета.
7. Принципы заполнения документации групп диспансерного учета.
8. Назовите принципы консультирования пациента и его окружения по вопросам профилактики онкологических заболеваний.

Практические задания: решение ситуационных задач.

Образец задачи

Пациентка Е., 35 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на опухолевые образования в правой молочной железе. **Анамнез заболевания.** Ранее у маммолога не наблюдалась. Опухолевое образование в правой молочной железе обнаружила самостоятельно около месяца назад. Обратилась для получения рекомендаций.

При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Нормотермия. Кожные покровы и слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены.

В верхне-наружном квадранте правой молочной железы пальпируется опухоль размером 2х3см, подвижная, плотная, безболезненная. Кожные симптомы отрицательные. Выделений из соска нет.

По органам и системам данные осмотра без особенностей. Гемодинамика стабильная.

Предположительный диагноз. Тактика.

Содержание темы:

ТЕХНОЛОГИИ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФАКТОРОВ РИСКА, СКРИНИНГОВЫЕ ТЕСТЫ

Мероприятия по первичной и вторичной профилактике заболеваний в поликлинике включают в себя:

проведение скрининга, в том числе автоматизированного анкетного скрининга по специальным опросникам;

консультирование по образу жизни и предупреждению заболеваний;

вакцинация и химиопрофилактика инфекционных заболеваний;

укрепление здоровья (health promotion) – действия, помогающие людям усилить контроль за здоровьем и улучшить его.

Скрининг – это идентификация фактора риска или не распознанного ранее заболевания путем опроса, физического обследования, лабораторных исследований или с помощью других процедур, которые могут быть выполнены относительно быстро.

Скрининг - выявление пациентов с наиболее вероятным наличием заболевания среди лиц без симптомов данной патологии, обследование асимптомных пациентов с целью активного выявления заболеваний на ранних их стадиях.

Главная цель скрининга – не обнаружение болезни или состояния, а предотвращение неблагоприятных клинических исходов, то есть снижение заболеваемости и смертности. Раннее выявление заболеваний повышает эффективность лечения, позволяет применять менее радикальный вид терапии и снижает стоимость лечения.

Примерами хорошо известных скрининговых исследований могут служить такие, как: измерение артериального давления, мазок по Папаниколау (цитологическое исследование мазка из шейки матки), определение уровня холестерина и глюкозы крови, маммография, флюорографическое исследование легких и др.

Скрининговые исследования должны обладать достаточной чувствительностью и допустимым уровнем специфичности. Негативными последствиями скрининга являются ложнопозитивные результаты, которые нуждаются в проведении подтверждающих обследований (например, биопсии, эндоскопии), а также ложноотрицательные результаты.

Различают **массовый (универсальный) скрининг**, к которому привлекаются все лица из определенной категории (например, все работающие на одном предприятии) и **селективный (избирательный) скрининг**, применяемый в группах риска (например, скрининг членов семьи в случае выявления наследственного заболевания; многие заболевания имеют бессимптомный период, и раннее распознавание процесса могло бы изменить развитие болезни). В РФ скрининг, или ранняя диагностика хронических неинфекционных заболеваний, используется в той или иной форме в рамках периодических профилактических осмотров или системы диспансеризации. В программу диспансеризации включены две группы мероприятий: проведение лабораторных и функциональных исследований, а также осмотры врачами-специалистами.

В развитых странах первичную и вторичную профилактику осуществляют в основном на уровне врачей общей практики. При этом в профилактические программы включают не беспредметные консультации (хирурга, невролога и пр.), а совершенно конкретные диагностические и профилактические мероприятия, для выполнения которых участия узких специалистов, как правило, не требуется. Почти все скрининговые и профилактические мероприятия входят в квалификационную характеристику врача общей практики.

Скрининг онкологических заболеваний

Лабораторные тесты включают общий анализ крови, анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь, биохимический анализ крови (включая исследование простат-специфического антигена у мужчин). Исследования с получением изображения ограничиваются производством рентгенографии органов грудной клетки, КТ органов брюшной полости и маммографии. Исследование верхних отделов ЖКТ и ирригоскопия не являются рутинными методами обследования. При доступности опухолевой ткани выполнение иммуногистохимического исследования может помочь в определении первичного поражения.

К дополнительным исследованиям, оказывающим помощь в диагностике крупноклеточной лимфомы, относят иммунопероксидазное окрашивание на иммуноглобулины, исследование генных реаранжировок и электронную микроскопию, тогда как иммунопероксидазное окрашивание на α -фетопротеин или β -хорионический гонадотропин может помочь в диагностике герминогенных опухолей реже по усмотрению врача; у большинства женщин старше 65 лет Пап-тест выполняется реже метод проведения должен хорошо переноситься больными.

Скрининг на колоректальный рак

В мире отмечается неуклонный рост заболеваемости и смертности от рака, увеличение количества запущенных случаев. Эффективность лечения безусловно зависит от своевременной и качественной диагностики данной патологии.

Скрининг на колоректальный рак рекомендуют проводить мужчинам и женщинам в возрасте 50-75 лет.

Основные принципы скрининга колоректального рака:

- Пациенты с клиническими симптомами колоректального рака не подлежат скринингу, а должны быть обследованы в соответствии с подозреваемым заболеванием.

Семейные и индивидуальные факторы риска должны быть оценены при решении вопроса о методе и времени начала скрининга.

Врач должен рекомендовать дальнейшее обследование толстой кишки после положительного результата скринингового теста.

Пациент должен быть проинформирован о положительных и отрицательных сторонах каждого из применяемых тестов и схем, что позволит ему сделать информированный выбор.

Показания для скрининга на колоректальный рак:

возраст старше 50 лет;

отсутствие индивидуального анамнеза полипов и/или рака кишечника;

отсутствие индивидуального анамнеза неспецифического воспалительного заболевания толстой кишки;

отсутствие семейного анамнеза колоректального рака, диагностированного у одного родственника первой степени родства до 60 лет или у двух близких родственников в любом возрасте;

отсутствие семейного анамнеза аденоматозных полипов, диагностированных у близкого родственника до 60 лет.

Существует 4 основных скрининговых теста для выявления колоректального рака:

ежегодный анализ кала на скрытую кровь или фекальный иммуно-химический тест;

гибкая ректороманоскопия каждые 5 лет;

анализ кала на скрытую кровь или фекальный иммунохимический тест раз в 3 года в комбинации с гибкой ректороманоскопией каждые 5 лет ;

фиброколоноскопия каждые 10 лет;

ирригоскопия методом двойного контрастирования толстой кишки.

Использование комбинации теста на скрытую кровь и сигмоидоскопии повышает эффективность скрининга по сравнению с любым из этих методов, взятых отдельно.

У пациентов повышенной группы риска по колоректальному раку скрининговые методы и частота их проведения не отличаются от группы лиц со средней степенью риска, но начинаться скрининг должен с 40 лет, или на 10 лет раньше, чем самый ранний возраст возникновения рака толстой кишки у родственника.

Скрининг на рак молочной железы

Рекомендуется для женщин 40 лет и старше; каждые 1-2 года – проведение маммографии в сочетании или без клинического обследования молочных желез. Риск рака молочной железы возрастает с возрастом и наличием семейного анамнеза. Другие факторы риска: индивидуальный анамнез рака молочной железы или атипичной гиперплазии, отсутствие беременностей или поздняя первая беременность (после 30 лет), длительный менструальный период в течение жизни (менархе до 12 лет, наступление менопаузы после 55 лет), использование заместительной гормональной терапии. Кормление грудью и регулярная физическая активность оказывают защитное действие. Ожирение, регулярное употребление алкоголя повышают риск.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

Проблемы клинической онкологии остаются в центре внимания медицинских работников всего мира из-за постоянного роста заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них. Врачи всех профилей в своей практической деятельности встречаются с лицами – носителями латентных стадий рака различных локализаций, однако в большинстве случаев опухоль распознается в метастатической стадии. Это обусловлено в значительной степени несвоевременностью первичной и вторичной профилактики, а также несвоевременной диагностикой и, как следствие, недостаточной эффективностью лечения.

Старые представления о скоротечности опухолевого процесса уступили место современным понятиям. Онкологическое заболевание – это длительный, хронический процесс, развивающийся в организме десятки лет. При своем росте опухоль не сопровождается никакими болезненными ощущениями. Человек многие годы не считает себя больным в связи с полным отсутствием симптомов. Клиническая картина становится ясной лишь в финальной стадии. Активность опухолевого процесса зависит от многих причин и в первую очередь от состояния биологической защиты организма. При высокой иммунологической компетентности организма опухоль длительное время может находиться в латентной стадии. Прогрессирование опухолевого процесса, как правило, соответствует периоду резкого снижения уровня иммунитета.

За последние 20 лет уровень заболеваемости различными формами рака в России среди мужчин вырос на 47%, а среди женщин – на 35%. При этом более трети онкологических больных умирает в течение года, поскольку заболевание выявляется на поздних стадиях, когда возможности его лечения, как правило, уже упущены. Известно, что если злокачественное новообразование диагностировано на первой или второй стадии, то летальный исход в течение года наступает у 8-12%, на третьей – у 58%, а на четвертой – у 86%. Своевременно начатая терапия позволяет полностью излечить некоторые виды онкозаболеваний и значительно увеличить продолжительность жизни больных с другими формами злокачественных новообразований, поэтому раннее выявление онкологической патологии – одна из приоритетных задач для врачей всех специальностей.

Существует понятие – «онкологическая настороженность», т.е. врач любого лечебно-профилактического учреждения должен при осмотре каждого своего пациента исключить симптомы, подозрительные на злокачественную опухоль. Такую же настороженность обязан проявлять каждый человек по отношению к самому себе.

Современные эффективные схемы лечения больных включают использование лучевой терапии, хирургического лечения, химиотерапии. При использовании химиопрепаратов злокачественные новообразования практически излечимы, если диагноз больному поставлен в первой – второй стадиях развития болезни. Если диагноз ставится в третьей-четвертой стадиях затраты на лечение оказываются значительно выше, а эффективность от лечения резко снижается. Канцерогенез в большинстве органов и тканей – процесс многостадийный, возникает в организме генетически предрасположенного человека под воздействием вредных факторов окружающей среды.

В мире ежегодно выявляют около 7 млн онкологических больных, 5 млн умирают от прогрессирования опухоли. В России ежегодно регистрируют более 450 тыс. больных злокачественными новообразованиями.

Среди опухолей основных локализаций у мужчин первое место занимает рак легких, последующие места - рак желудка, рак и меланома кожи, рак предстательной железы и кишечника; у женщин – рак молочной железы, далее рак желудка, рак и меланома кожи, рак тела матки и кишечника.

Причины и механизмы образования раковых опухолей до сих пор не ясны, однако накоплен огромный материал по факторам риска возникновения данной группы заболеваний, что позволяет говорить о действенных мерах профилактики возникновения раковых опухолей.

Риск развития онкологических заболеваний может быть обусловлен множеством различных факторов. Все факторы риска развития злокачественных опухолей могут быть разделены на внутренние (генетические) и внешние. Эти факторы риска могут влиять на развитие заболеваний изолированно или комбинировано.

ВНУТРЕННИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Отягощенная наследственность может явиться фактором риска развития рака молочной железы, предстательной железы, кожи, толстой кишки. Кроме того, к внутренним факторам можно отнести генетические мутации вследствие гормональных изменений и недостаточности иммунной системы.

ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Нерациональное питание (35% возникновения раковых опухолей)

Систематическое употребление жареных блюд. При поджаривании масла образуются мутагены, а в жареном мясе – нитрозамины. Они способствуют образованию опухолей.

Чрезмерное употребление продуктов, содержащих большое количество насыщенных жирных кислот (сало, жирное мясо, жир, высококонцентрированное молоко, сливки, сметана, сливочное масло).

Чрезмерное употребление мясных продуктов. В результате этого в организме образуются патологические кислоты, способствующие образованию раковых опухолей.

Белый хлеб, булочки, торты. Ухудшают кишечную микрофлору.

Употребление в пищу продуктов, зараженных желтой плесенью, образующейся в условиях влаги и тепла в муке, крупе, отсыревших пищевых продуктах, арахисе, семечках подсолнечника, льна, хлопка, на кислом тесте, ливере, рыбе.

К канцерогенам относятся копченое мясо и колбаса. Усиливает действие канцерогенов недостаток витаминов А и Е.

Курение (30% возникновения раковых опухолей)

По данным ВОЗ на 100 тысяч некурящих человек приходится всего 1,4 случая заболевания раком, а выкуривающих 2 пачки сигарет в день – 140. При выкуривании 20 сигарет в день организм получает такую же дозу облучения, как при ежегодном рентгеновском обследовании легких.

Инфекции и вирусы (10% возникновения раковых опухолей)

При заболеваниях в организме выделяются ядовитые вещества – токсины, которые могут оказаться канцерогенами. Инфекционные агенты также выступают как факторы риска. *Helicobacter pylori* - фактор риска развития рака желудка. Вирус папилломы человека - фактор риска развития рака шейки матки. Вирусы гепатита В и С - факторы риска развития рака печени. Вирус Эпштейна-Барр рассматривается как возможный фактор риска лимфомы и рака носоглотки.

ВИЧ - фактор риска развития саркомы Капоши.

Сексуальные факторы (до 7%).

Малоподвижный образ жизни (до 5%).

Профессиональные канцерогены (4% возникновения раковых опухолей)

Производства, на которых человеку приходится иметь дело с вредными веществами, способствующими образованию опухолей. К таким веществам относятся: нитраты, мышьяк, асбест, парафин, анилин, радон, тяжелые металлы, полихлорвинил, некоторые лекарства. Сильные канцерогены обнаружены в выхлопных газах автомобилей.

Злоупотребление алкоголем (3% возникновения раковых опухолей)

Употребление алкоголя (особенно натощак) способствует возникновению

рака желудка. Алкоголь в любых дозах при пораженной печени увеличивает риск возникновения цирроза печени. Даже умеренное употребление пива, как установили американские ученые, может вызвать у женщин рак молочной железы.

Чрезмерное солнечное облучение (3% возникновения раковых опухолей)

Ультрафиолетовые лучи являются основной частью солнечного спектра, при попадании на кожу повреждают наследственные структуры клетки, что может привести к перерождению нормальной клетки в злокачественную. Искусственные источники для загара повышают риск заболевания раком. Согласно исследованиям шведских ученых, у людей, пользующихся таким облучением, в 8 раз повышается опасность заболеть меланомой – самой опасной формой рака кожи. Риск развития опухолей кожи повышен среди людей, получивших в течение жизни солнечные ожоги. Исследования показали, что у людей, получивших в течение жизни более 6 солнечных ожогов, риск возникновения рака кожи возрастает в 2 раза.

Другие факторы

Загрязнение окружающей среды – 2%, пищевые добавки – 1%, лекарства и лечебные процедуры – 1%, невыясненные причины – 16% случаев возникновения раковых опухолей.

Принято считать, что в каждом конкретном случае развитию опухоли предшествует сочетание многих факторов: генетического, среднего (экзогенного, эндогенного, вирусного) характера. При этом имеют значение длительность действия раздражителя, его постоянство и индивидуальная чувствительность воспринимающих тканей. Однако есть опухоли, которые передаются по наследству и не связаны с воздействием внешней среды (опухоль гортани у мужчин, врожденные дискератозы, фамильный полипоз толстой кишки, билатеральная ретинобластома и др.)

В настоящее время приоритетными направлениями в профилактике онкопатологии являются: противораковая просветительская работа среди населения; создание нормативно-правовой и методической основы первичной профилактики рака; профилактика профессиональных злокачественных новообразований; региональные профилактические программы, основной целью которых является снижение онкологической заболеваемости и смертности населения России.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВО-

ОБРАЗОВАНИЙ направлена на снижение канцерогенного прессинга на человека и повышение его противоопухолевой устойчивости. Первичные профилактические мероприятия могут оказывать действие на любой стадии канцерогенеза – за до появления гистологически распознаваемой опухоли. В соответствии с современными данными о механизмах канцерогенеза у человека и роли воздействия канцерогенных факторов в возникновении онкологических заболеваний, первичная профилактика злокачественных новообразований проводится по следующим направлениям:

Снижение канцерогенного прессинга (выявление и устранение возможности действия на человека канцерогенных факторов окружающей среды):

уменьшение загазованности, задымленности производственных помещений, атмосферного воздуха городов и населенных пунктов, очистка питьевой воды, ограничение содержания канцерогенов в продуктах питания, строительных материалах и т.д.

Ведущее значение в оздоровлении образа жизни придается контролю **курения**. По данным литературы доля случаев рака легкого, вызванного курением, составляет 80–90% у мужчин и - 70% у женщин. Велика роль курения в возникновении рака ротовой полости, пищевода, поджелудочной железы, желудка, мочевого пузыря, почек. Канцерогенные табачные смолы вызывают изменения эпителиальных клеток ротовой полости, крупных и мелких бронхов, легких сначала в виде предраковых очагов в форме белесоватых бляшек (лейкоплакий), далее перерождающихся в злокачественные новообразования. Отказ от курения единственный способ первичной профилактики рака легкого.

Онкологическая заболеваемость значительно повышается **при злоупотреблении алкоголем**, особенно крепкими напитками. Так человек, систематически потребляющий 120 г и более чистого алкоголя в день, имеет риск заболеть злокачественной патологией пищевода в 101 раз выше, чем сопоставимый с ним, но не употребляющий алкоголя. Достоверно доказано влияние избыточного потребления алкоголя, особенно спирта, на развитие рака полости рта, пищевода, молочной железы и колоректального рака у мужчин.

Большое значение в возникновении злокачественных опухолей придается **действию ионизирующих излучений, ультрафиолетовому облучению, а также неионизирующим электромагнитным излучениям радио- и микро- волнового диапазона**. Риск возникновения злокачественных новообразований кожи можно снизить, если выполнять простейшие профилактические приемы: защищать открытые участки кожи, подвергающиеся воздействию солнечной радиации, особенно пожилым людям и людям со светлой кожей; пользоваться солнцезащитными кремами; пользоваться питательными кремами людям с дис- трофическими изменениями кожи (например, со старческим кератозом); не до- пускать наличия на коже хронических язв, свищей, опрелостей; предохранять шрамы, рубцы, родинки и родимые пятна от частых механических травм; уда- лять родинки, родимые пятна, бородавки, роговые утолщения на коже только в специализированных лечебных учреждениях.

Повышение противоопухолевой резистентности.

Пропаганда здорового образа жизни, повышение культуры здравоохранения у населения, уменьшение стрессовых воздействий, рациональный режим труда и отдыха на производстве, а также выявление и использование возможностей уменьшения опасностей воздействия канцерогенных факторов окружаю- щей среды и т.д. В качестве индивидуальных мероприятий необходимо прово- дить занятия физической культурой, аутотренинг, придерживаться принципов сбалансированное питание с достаточным содержанием витаминов, микроэлементов, клетчатки, биологически активных соединений.

Показано, что **физически активные люди** имеют более низкий риск раз- вития некоторых злокачественных новообразований по сравнению с лицами, ведущими малоподвижный образ жизни. Наибольший защитный эффект физической активности выявлен в отношении риска развития колоректального рака, вероятный риск – в отношении рака молочной железы после менопаузы и рака эндометрия.

Установлена отчетливая связь между стрессовыми ситуациями (события- ми) в жизни человека и возникновением злокачественных новообразований. Риск возникновения этих заболеваний резко возрастает при эмоциональной подавленности невротического характер в следствие нервно-психической травмы.

Общезвестна роль нитратно-нитритного загрязнения окружающей среды в развитии, прежде всего злокачественных новообразований желудочно- кишечного тракта, который является основным путем их проникновения в организм человека. Канцерогенное воздействие воды и пищи возрастает также в случае загрязнения водоисточников соединениями мышьяка, галогенов, а также загрязнения воздушной среды различными химическими веществами и особенно асбестовой пылью.

Важное значение в возникновении опухолевых заболеваний имеет **характер питания человека**. Рекомендуемая сбалансированная диета должна со- держать невысокое количество жиров, особенно насыщенных, она должна быть богата продуктами растительного происхождения и витаминами, особенно А, В, С, Е, которые оказывают на канцерогенез ингибирующее воздействие. Пища, содержащая мало животных белков, жиров, микроэлементов, клетчатки, но из- лишне богатая растительным крахмалом и поваренной солью, способствует возникновению злокачественных новообразований желудка. Недостаток йода в пище приводит к снижению функции щитовидной железы и компенсаторному увеличению ее размеров, что, в свою очередь, повышает риск развития онкопатологии щитовидной железы. Сбалансированное питание, включающее оптимальное количество микроэлементов и витаминов способствует снижению рис- ка развития онкологических заболеваний молочной железы.

Существует **6 основных принципов противораковой диеты**, соблюдение которых позволяет существенно снизить риск развития рака:

Предупреждение ожирения (избыточный вес является фактором риска развития многих злокачественных опухолей, в том числе рака молочной железы и рака тела матки).

Уменьшение потребления жира - при обычной двигательной активности не более 50-70 г жира в день со всеми продуктами (установлена связь между потреблением жира и частотой развития рака молочной железы, рака тол- стой кишки и рака предстательной железы).

3. Обязательное присутствие в пище овощей и фруктов, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенным действием. К ним относятся: желтые и красные овощи, содержащие каротин (морковь, помидоры, редька и др.); фрукты, содержащие большое количество витамина С (цитрусовые, киви и др); капуста (особенно брокколи, цветная и брюссельская); чеснок и лук.

Регулярное и достаточное потребление растительной клетчатки (до 35 г ежедневно), которые содержатся в цельных зернах злаковых культур, овощах, фруктах. Клетчатка связывает ряд канцерогенов, сокращает время их контакта с толстой кишкой за счет улучшения моторики.

Ограничение потребления алкоголя. Алкоголь является одним из факторов риска развития рака полости рта, пищевода, печени и молочной железы.

Ограничение потребления копченой и нитрит-содержащей пищи. В копченой пище содержится значительное количество канцерогенов. Нитриты содержатся в колбасных изделиях и до сих пор часто используются производителями для подкрашивания с целью придания продукции товарного вида.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА направлена на выявление и устранение предраковых заболеваний и выявление злокачественных опухолей на ранних стадиях процесса.

К исследованиям, позволяющим эффективно выявлять предопухолевые заболевания и опухоли, относятся:

- маммография;

флюорография;

цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала;

эндоскопические исследования;

профилактические осмотры;

определение в биологических жидкостях уровня онкомаркеров и др.

Решающая роль в своевременном выявлении новообразований молочной железы принадлежит самой женщине. Каждая женщина должна проводить самоосмотр молочной железы один раз в месяц на 2-3 день после менструаций, либо при отсутствии менструаций в фиксированный день месяца.

К числу других направлений профилактики злокачественных новообразований относится медико-генетическая профилактика путем выделения семей с наследуемыми предрасположенностями к предопухолевым и опухолевым заболеваниям, лиц с хромосомной нестабильностью и организации мероприятий по снижению опасности возможного действия на них канцерогенных факторов. Иммунобиологическая профилактика проводится путем выделения людей или формирования групп с иммунологической недостаточностью и организации мероприятий по ее коррекции или устранению одновременно с защитой от возможных канцерогенных воздействий. Это направление приобретает особо важное значение при продолжительной иммунодепрессивной терапии после гомо- логичной пересадки органов и тканей, а также лечения аутоиммунных заболеваний.

Эндокринно-возрастная профилактика проводится путем выявления и коррекции дисгормональных состояний и возрастных нарушений гомеостаза, способствующих возникновению и развитию злокачественных новообразований.

Теоретическая эффективность каждого из этих направлений оценивается снижением онкологической заболеваемости на 10%.

Вторичная профилактика злокачественных новообразований направлена на раннее выявление и лечение предраковых заболеваний или ранних стадий ЗН.

Эффективность профилактических мероприятий возрастает при формировании групп риска по развитию злокачественных новообразований. Согласно действующей инструкции по предопухолевым заболеваниям, выделяют группы повышенного онкологического риска:

Здоровые с отягощенным онкоanamнезом и лица старше 40-45 лет

Здоровые, подвергнутые воздействию канцерогенных факторов (бытовых, профессиональных, радиационных)

Больные с фоновыми эндокринными и другими заболеваниями

Больные с предраковыми заболеваниями

Целенаправленный поиск заболеваний в сформированных группах риска позволяет своевременно диагностировать, лечить пациентов с фоновой и предраковой патологией и своевременно проводить раннюю диагностику злокачественных новообразований.

Основным путем диагностики доклинических злокачественных новообразований является скрининг. Скрининг - это идентификация фактора риска или не распознанного ранее заболевания путем опроса, физического обследования, лабораторных исследований или с помощью других процедур, которые могут быть выполнены относительно быстро. Доказана эффективность трех методов скрининга: маммографического – выявление опухолей молочной железы у женщин в возрасте 50-69 лет; цитологического – на предрак и рак шейки матки; тест кала на скрытую кровь – скрининг предрака и рака толстой кишки.

Маммография, исследование кала на скрытую кровь, цитологическое исследование на онкопатологию со слизистой шейки матки. Ежегодный осмотр пациентов старше 30 лет в поликлинике и стационаре на наличие опухолей визуальных локализаций. Выполнение общеклинических исследований, флюорографии, осмотр женщин гинекологом, мужчин – урологом, выполнение эндоскопических, рентгенологических и других исследований – по показаниям.

Продолжаются исследования по разработке достоверных скрининговых программ. Одним из наиболее информативных методов, подтверждающих риск заболевания злокачественных новообразований, стали опухолевые маркеры крови (табл.). Метод основан на выявлении в крови белков, вырабатываемых раковыми клетками. При разных видах злокачественных новообразований набор этих «меток» различен. Онкомаркеры дают информацию о наличии опухоли на той стадии, когда традиционными методами ее сложно обнаружить.

10 опасных сигналов:

Необычное, внезапное кровотечение или выделение.

Опухоль, уплотнение в молочной железе или где-либо нателе.

Желудочный дискомфорт – или трудности проглатывания пищи.

Нарушение в деятельности кишечника или мочевого пузыря.

Изменение голоса, характера или дыхания.

Прогрессирующая слабость, утомляемость или немотивированное похудание.

Необъяснимые повышения температуры тела или нарастающая анемия.

Стойкая боль в области живота, грудной клетке или позвоночнике.

Незаживающая язва или рана.

10. Изменение цвета, размера, кровоточивость родинок и бородавок.

Если в течение 2-х недель с момента обнаружения эти явления не проходят – следует немедленно обратиться к врачу-специалисту!

ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА заключается в предупреждении рецидивов и метастазов у онкологических больных, а также новых случаев злокачественных опухолей у излеченных пациентов. Следует обращаться только в *специализированные онкологические учреждения*. Онкологический больной пожизненно состоит на учете в онкологическом учреждении, регулярно проходит необходимые обследования.

Рассматривая вопросы профилактики, следует учитывать, что в настоящее время **группы онкологического риска** по степени повышения риска принято делить на 5 категорий:

Практически здоровые лица любого возраста с отягощенной онкологической наследственностью и люди старше 45 лет.

Практически здоровые лица, подвергавшиеся или подвергающиеся воздействию канцерогенных факторов. К ним относятся: курильщики, лица, контактирующие с профессиональными и бытовыми канцерогенными факторами, перенесшие радиационное ионизирующее облучение, носители онкогенных вирусов.

Лица, страдающие хроническими заболеваниями и нарушениями, повышающими онкологический риск: ожирение, угнетение иммунитета, атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, ХОБЛ и др.

Больные с облигатными и факультативными предраковыми заболеваниями.

Онкологические больные, прошедшие радикальное лечение по поводу злокачественных новообразований (согласно приказу Минздрава России от 15.11.2012 г. № 915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю онкология») пожизненно подлежат диспансерному наблюдению в онкологическом диспансере»).

Таблица 2

Онкомаркеры

Название онкомаркера	Типы рака	Анализ	Область использования

ALK генной перестройки	Немелкоклеточный рак легкого и анапластическая крупноклеточная лимфома	клетки опухоли	Для определения метода лечения и прогноза
Альфа - фетопротенин (AFP)	Рак печени и опухоли половых клеток	кровь	Для диагностики рака печени и последующей реакции на лечение, оценки стадии, прогноза и ответ на лечение рака печени/опухолей половых клеток
Бета-2 микроглобулин (B2M)	Множественная миелома, хронический лимфолейкоз, некоторые лимфомы	кровь, моча, или спинно-мозговая жидкость	Для определения прогноза и последующей реакции на лечение
		жидкость - кость	
Бета - хорионический гонадотропин человека (бета-ХГЧ)	Хориокарцинома и рак яичек	моча или кровь	Для оценки стадии, прогноза и ответа на лечение
BCR - ABL гибридный ген	Хронический миелолейкоз	кровь и / или костный мозг	Для подтверждения диагноза и мониторинга состояния болезни
BRAF мутация V600E	Меланома и рак толстой кишки	опухоль	Оценка реакции на целевую терапию
CA15-3/CA27.29	Рак молочной железы	кровь	Оценка эффективности лечения и возможного рецидива
CA19-9	Рак поджелудочной железы, рака желчного пузыря, желчных протоков рака и рака желудка	кровь	Оценка эффективности лечения
CA-125	Рак яичников	кровь	Диагностика, оценка эффективности лечения и оценка возможного рецидива
Кальцитонин	Медулярный рак щитовидной железы	кровь	Диагностика, оценка эффективности лечения и оценка возможного рецидива

Раково - эм-бриональный антиген (РЭА)	Колоректальный рак и рак молочной железы	кровь	Для оценки возможного распространения колоректального рака, мониторинга рецидива рака молочной железы и оценки ответа на лечение
CD20	Неходжкинская лимфома	кровь	Для определения целесообразности назначения целевой терапии
Хромогранин (CGA)	Нейроэндокринные опухоли	кровь	Для помощи в диагностике, оценке эффективности лечения и оценки возможного рецидива
Хромосомы 3, 7, 17 и 9p21	Рак мочевого пузыря	уретра	Контроль за рецидивом рака
Цитокератин фрагменты 21-1	Рак легких	кровь	Контроль за рецидивом рака
Анализ на EGFR мутацию	Немелкоклеточный рак легкого	опухоль	Для определения метода лечения и прогноза
Рецепторы эстрогена (ER) / рецепторы прогестерона (PR)	Рак молочной железы	опухоль	Для определения возможности гормональной терапии рака груди
Фибрин / фибриноген	Рак мочевого пузыря	уретра	Для мониторинга эффективности лечения и развития рецидива
HE4	Рак яичников	кровь	Для оценки эффективности лечения и мониторинга рецидива
HER2/neu	Рак молочной железы, рак желудка и рак пищевода	опухоль	Для определения возможности гормональной терапии рака
Иммуноглобулины	Множественная миелома и макроглобулинемия Вальденстрема	кровь и уретра	Для диагностики заболевания, оценки ответа на лечение и выявления рецидива
КИТ	Желудочно-кишечные стромальные опухоли слизистой оболочки и меланомы	опухоль	Помощь в диагностике и определения стратегии лечения
Анализ мутации KRAS	Колоректальный рак и немелкоклеточный рак легкого	опухоль	Для определения возможности применения таргетинговой (целевой) терапии

Лактатде- гидрогеназа	Опухоли половых клеток	кровь	Для диагностики, оценки ответа на лечение и прогноза
Ядерный матриксный белок 22 (Nuclear matrix protein 22)	Рак мочевого пузыря	уретра	Для мониторинга реакции на лечение
Простат - специфический антиген (ПСА)	Опухоли / рак предстательной железы	кровь	Для диагностики заболевания, оценки ответа на лечение и выявления рецидива
Тиреоглобулин	Рак щитовидной железы	опухоль	Для оценки ответа на лечение и выявления рецидива
Урокиназ активатора плазминогена (uPA) и ингибитор активатора плазминогена (PAI-1)	Рак молочной железы	опухоль	Для определения агрессивности рака груди и планирования лечения
5-Protein signature (Ova1) молекулярный тест (биомаркер рака яичников)	Рак яичников	кровь	Для диагностики рака яичников и правильного планирования лечения / операции
Oncotype DX генетический тест	Рак молочной железы	опухоль	Для оценки риска рецидива
Mammaprint - генетический тест	Рак молочной железы	опухоль	Для оценки риска рецидива

Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации пациентов с онкологическими заболеваниями являются:

- 1) составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом заболевания и его тяжести;
- 2) активное привлечение населения к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;
- 3) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;
- 4) выполнение доврачебных медицинских исследований (опрос, факторов риска их развития, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, а также определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом,
- 5) определение факторов риска, способствующих прогрессированию заболевания.
- 6) формирование комплекта документов;
- 7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных III группе состояния здоровья;

8) разъяснение пациенту с высоким риском развития угрожающего жизни состояния или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Рекомендуемая литература:

1. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

2. Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение : учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 381 с.

3. Быковская Т.Ю., Вязьмитина А.В., Владимиров С.Н., Антоненко Ю.В. МДК 01.02. Основы профилактики ПМ01. Проведение профилактических мероприятий, - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2017 г.

4. Нормативно-правовая документация: Нормативно-правовые акты, регламентирующие профилактическую деятельность по РФ.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.

- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер) .

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 05. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

5.1. МДК 05.01 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

1 МОДУЛЬ. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Основы социальной реабилитации. Виды, формы, методы реабилитации.

Принципы экспертизы временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

Группы инвалидности и основы освидетельствования стойкой утраты нетрудоспособности в медико-социальной экспертизе.

2 МОДУЛЬ. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ.

Реабилитация пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах. Роль среднего медицинского персонала в реабилитационном процессе.

Психологическая реабилитация. Виды психокоррекции. Рациональное питание. Виды питания. Диетические столы. Роль среднего медицинского персонала в организации питания.

3 МОДУЛЬ. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ.

Основы лечебной физической культуры (ЛФК) и массажа.

Методика ЛФК и массажа при заболеваниях нервной системы.

Методика ЛФК при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и роль ЛФК в их профилактике.

1 МОДУЛЬ. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Практическое занятие №1. Основы социальной реабилитации. Виды, формы, методы реабилитации.

Цель: изучения данной темы является освоение студентом соответствующих профессиональных компетенций (ПК):

ПК 5.2. Проводить психосоциальную реабилитацию

ПК 5.6. Оформлять медицинскую документацию.

- общих компетенций: ОК1 - ОК 5, ОК- 8.

Вопросы для рассмотрения:

1. Как определить понятие «реабилитация»?

2. Кто имеет право на получение реабилитационных услуг?

3. В чем состоит сущность программы «Доступная среда» и ее законодательного документа?

4. Какие виды медицинской реабилитации вы знаете?

5. Перечислите этапы медицинской реабилитации, дайте их краткую характеристику. В чем заключается преемственность реабилитационных мероприятий на различных этапах?

6. Перечислите цели медицинской реабилитации и этапы ее проведения.

7. Охарактеризуйте понятия социальной, профессиональной и психологической реабилитации.

8. Дайте определение метода ЛФК, назовите механизмы действия на организм.

9. Какие показания и противопоказания для проведения ЛФК вы знаете?

Задания для практического выполнения:

Изучение нормативных правовых актов, регламентирующих проведение психосоциальной реабилитации.

Составление программ индивидуальной психосоциальной реабилитации пациентов.

Изучение приемов и методов психологической реабилитации, психотерапевтической бесед.

Организация терапевтической среды.

Оформление медицинской документации.

Практическое занятие №2. Принципы экспертизы временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

Цель занятия: Усвоение студентами основных принципов проведения экспертизы временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

Вопросы для рассмотрения:

Охарактеризовать понятие «Временная нетрудоспособность».

Перечислить документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность.

В каких случаях временная нетрудоспособность удостоверяется больничным листом?

Перечислить функции листка нетрудоспособности.

Какой приказ содержит основные нормы, регулирующие порядок выдачи листа нетрудоспособности?

Как осуществляется организация экспертизы временной нетрудоспособности в поликлинике?

Перечислите категории медицинских работников, имеющих право выдачи ЛН.

Перечислите категории медицинских работников, не имеющих право выдачи ЛН.

Категории лиц, не имеющих право на ЛН.

Состав и функции врачебной комиссии.

Каков порядок направления больного на МСЭК и оформление ЛН по результатам экспертизы?

Порядок выдачи ЛН за прошедшее время.

Порядок выдачи ЛН при обращении пациента к врачу после окончания работы и признании его временно нетрудоспособным.

Порядок выдачи и продления ЛН пациенту при выписке из стационара?

Порядок выдачи ЛН при очередном отпуске, отпуске без сохранения заработной платы, отпуске по беременности и родам, уходу за ребенком до трех лет.

Какие документы предоставляются, кем выдается и как рассчитывается срок ЛН при санаторно-курортном лечении?

Порядок выдачи ЛН по уходу за больным членом семьи.

Порядок выдачи ЛН при карантине и протезировании.

Порядок выдачи ЛН по беременности и родам.

Правила оформления ЛН больным в состоянии алкогольного опьянения.

Правила оформления ЛН при несвоевременной явке на прием к лечащему врачу.

Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности врачами, занимающимися частной медицинской практикой.

Задания для практического выполнения:

Оформить листок нетрудоспособности при направлении больного на МСЭК.

Оформить листок нетрудоспособности при обращении пациента к врачу после окончания работы и признании его временно нетрудоспособным.

Оформить листок нетрудоспособности за прошедшее время.

Оформить листок нетрудоспособности пациенту при выписке из стационара.

Оформить листок нетрудоспособности при очередном отпуске, отпуске без сохранения заработной платы, отпуске по беременности и родам, уходу за ребенком до трех лет.

Оформить листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.

Оформить листок нетрудоспособности при карантине и протезировании.

Оформить листок нетрудоспособности по беременности и родам.

Практическое занятие №3. Группы инвалидности и основы освидетельствования стойкой утраты нетрудоспособности в медико-социальной экспертизе.

Цель: Изучить критерии и группы инвалидности. Научить студентов оформлять документы на МСЭ. Изучить структуру и функции МСЭ.

Вопросы для рассмотрения:

1. Структура и функции федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.
2. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу.
3. Порядок признания гражданина инвалидом.
4. Критерии установления групп инвалидности.
5. Критерии установления степени ограничения способности к трудовой деятельности.
6. Сроки установления групп инвалидности.
7. Причины инвалидности.
8. Перечень документов, оформляемых после признания лица инвалидом.
9. Порядок обжалования экспертного решения.
10. Порядок заполнения направления на МСЭ (форма 088/у-06)

Задания для практического выполнения:

Заполнение направления на МСЭ (форма 088/у-06).

Демонстрация амбулаторных больных с различной патологией на приеме с участковым терапевтом, нуждающиеся в направлении на МСЭ.

2 МОДУЛЬ. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ.

Практическое занятие №1. Реабилитация пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах. Роль среднего медицинского персонала в реабилитационном процессе.

Цель: Усвоение студентами основных понятий медицинской реабилитации при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах.

Вопросы для рассмотрения:

1. Сформулируйте задачи кардиореабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
2. Раскройте 4 этапа кардиореабилитации больных. Определите содержание каждого этапа.
3. Методы, применяемые в кардиореабилитации больных.
4. Какие изменения происходят в сердце под действием физических тренировок?
5. Интенсивность, продолжительность и частота тренировок. Аэробные и анаэробные нагрузки.
6. Перечислите механизмы терапевтического действия физических упражнений при патологии органов пищеварения.
7. Перечислите основные противопоказания к назначению физических тренировок больным, страдающим СД.
8. Назовите задачи и виды массажа, применяемого при ожирении.
9. Сформулируйте принципы построения рациона питания при ожирении.
10. Определите «идеальную массу тела» по стандартным формулам.
11. Система поэтапной реабилитации больных, проходящих лечение в нейрохирургических клиниках.
12. Задачи и принципы лечения больных с заболеваниями ЦНС и периферической нервной системы.
13. Этапы реабилитации больных, перенесших инсульт; задачи и средства реабилитации.
14. Реабилитационные мероприятия при вялых парезах и параличах.
15. Задачи и принципы лечения больных с ДЦП.
16. Задачи и принципы лечения больных с заболеваниями суставов.
17. Задачи и принципы лечения переломов.
18. Двигательный режим больных при переломах костей.
19. Каковы основные причины, вызывающие психические и физические отклонения в поведении ребенка?
20. Определите средства медико-психологической реабилитации в педиатрии.
21. Перечислите принципы медико-психологической реабилитации.
22. Выделите основные этапы в реабилитационной помощи ребенку и дайте характеристику каждому из них.
23. Дайте определение кондуктивной педагогики, сформулируйте основные задачи.
24. Перечислите принципы кондуктивной педагогики.
25. Каковы основные противопоказания для назначения реабилитационных мероприятий?

Задания для практического выполнения:

1. Изучение нормативных правовых актов, регламентирующих проведение реабилитации.
2. Составление индивидуальной программы реабилитации пациента при различных заболеваниях и травмах.

3. Составление программ индивидуальной медико-психологической реабилитации пациентов.
4. Составление рациона питания при различных заболеваниях.
5. Демонстрация больных с различной патологией находящихся на 1 и 2 этапах реабилитации.

Практическое занятие № 2. Психологическая реабилитация. Виды психокоррекции. Рациональное питание. Виды питания. Диетические столы. Роль среднего медицинского персонала в организации питания.

Цель: Усвоение студентами основных понятий психологической реабилитации и рационального питания.

Вопросы для рассмотрения:

1. Охарактеризовать понятие психологической реабилитации.
2. Перечислить принципы психологической реабилитации.
3. Что собой представляет общая и частная психотерапия? Каковы их принципиальные отличия?
4. Какие психологические изменения личности больного могут происходить на разных этапах заболевания (повреждения)?
5. Перечислите основные факторы, влияющие на процесс психологической реадaptации при заболеваниях (повреждениях).
6. Назовите основные звенья психологической реабилитации больных.
7. Перечислите основные методики психокоррекции. В чем принципиальные особенности каждой методики?
8. Каковы психологические аспекты аутогенной тренировки?
9. Перечислить противопоказания к проведению курса психотерапии.
10. Понятие «организация питания».
11. Перечислить принципы организации питания.
12. Перечислить виды питания
13. Перечислить методы коррекции питания
14. Понятие о разгрузочно-диетической терапии и ее виды.
15. Этапы и клинические стадии разгрузочно-диетической терапии
16. Абсолютные и относительные противопоказания для проведения разгрузочно-диетической терапии.
17. Понятие о диетических столах и их видах.

Задания для практического выполнения:

1. Изучение приемов и методов психологической реабилитации, психотерапевтической беседы;
2. Отработка методик аутогенной тренировки и релаксации;
3. Проведение групповой и семейной психотерапии;
4. Изучение лечебных столов, применяемых при различных болезнях;
5. Определение химического состава, пищевого рациона пациентов с различными болезнями в различных возрастных группах;
6. Составление меню-раскладки (форма № 44-МЗ) при различных заболеваниях;
7. Составление карточки-раскладки (форма № 1-85).

3 МОДУЛЬ. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Практическое занятие №1. Основы лечебной физической культуры (ЛФК) и массажа.

Цель: изучения данной темы является усвоение студентами основ лечебной физкультуры (физических методов реабилитации)

Вопросы для рассмотрения:

- Основные этапы возникновения и развития ЛФК.
Общие основы лечебных физических упражнений (физическая активность как биологический раздражитель, стимулирующий процессы роста, развития и формирования организма).
Особенности использования методов ЛФК для оздоровления организма.
Общие основы лечебной физической культуры. Основные механизмы влияния лечебной физической культуры.
Типы лечебно-профилактических учреждений и их характеристика.
Организация занятий по ЛФК в стационаре, поликлинике, санатории.
Организация занятий со спец группой в школе.
Формы проведения занятий ЛФК. Учет эффективности занятий. Отчетная документация.
Оздоровляющие двигательные режимы.
Гидрокинезотерапия.
Гиподинамия и физическая деятельность. Виды упражнений ЛФК.
Методы функциональной и патогенетической терапии.
Показания и противопоказания к применению ЛФК.
Методические принципы и формы ЛФК.
Систематизация физических упражнений по анатомическому признаку и по степени нагрузки и активности.
Формы ЛФК (физические упражнения в воде, ходьба, терренкур, туризм, механотерапия, спортивно-прикладные упражнения).
Критерии допустимости нагрузок ЛФК.
Принципы тренировок в ЛФК: постоянность выполнения упражнений по предписанию врача, постепенность нарастания нагрузки и увеличения амплитуды движений.
Режимы двигательной активности в лечебно-профилактических учреждениях.
Методические приемы дозирования физических нагрузок по ЧСС и др.

Задания для практического выполнения:

1. Изучение нормативных правовых актов, регламентирующих проведение физической реабилитации.
2. Учет эффективности занятий. Заполнение отчетной документации.
3. Составление комплексов лечебной физкультуры.
4. Изучение и демонстрация методических приемов дозирования физических нагрузок.
5. Демонстрация и выполнение комплексов лечебной гимнастики

Практическое занятие №2. Методика ЛФК и массажа при заболеваниях нервной системы.

Цель: изучения данной темы является усвоение студентами основ лечебной физкультуры при заболеваниях органов дыхания (физических методов реабилитации)

Вопросы для рассмотрения:

- Лечебная физкультура при нарушениях мозгового кровообращения. Клинико-физиологическое обоснование. Показания и противопоказания.
Методика лечебной физкультуры при различных двигательных нарушениях (при спастических и вялых параличах и парезах).
Лечение положением. Профилактика синкинезий.
Обучение ходьбе, трудотерапия.
Лечебная физкультура при детских церебральных параличах. Показания и противопоказания.

Методика лечебной физкультуры при детских церебральных параличах.
Лечебная физкультура при нарушениях мозгового кровообращения. Клинико-физиологическое обоснование. Показания и противопоказания.
Методика лечебной физкультуры при различных двигательных нарушениях (при спастических и вялых параличах и парезах). Лечение положением.
Профилактика синкинезий. Обучение ходьбе, трудотерапия.
Лечебная физкультура при детских церебральных параличах. Показания и противопоказания. Методика лечебной физкультуры.
Значение трудотерапии при лечении неврозов. Психофизическая тренировка.
Лечебная физкультура при наследственных дегенеративно-дистрофических заболеваниях нервной системы (миастения, миопатия и др.). Клинико-физиологическое обоснование. Показания и противопоказания.
Методика лечебной физкультуры при миастении, миопатии.
Лечебная физкультура при вестибулярных нарушениях. Методика лечебной физкультуры при органических поражениях.
Методика лечебной физкультуры при функциональных нарушениях.
Лечебная физкультура при последствиях черепно-мозговой травмы. Клинико-физиологическое обоснование. Показания и противопоказания.
Методика лечебной физкультуры при двигательных нарушениях.

Задания для практического выполнения:

1. Изучение приемов и методик лечебной физкультуры при различных двигательных нарушениях (при спастических и вялых параличах и парезах);
2. Отработка комплексов лечебной гимнастики при ОНМК, ДЦП;
3. Проведение группового, малогруппового и индивидуального методов лечебной гимнастики при органических и функциональных поражениях нервной системы;
4. Изучение приемов массажа, приме
5. Демонстрация приемов массажа. Самостоятельно выполнение процедуры медицинского массажа при ОНМК.
6. Обучение ходьбе, трудотерапия.

Практическое занятие №3. Методика ЛФК при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и роль ЛФК в их профилактике.

Цель: изучения данной темы является усвоение студентами основ лечебной физкультуры при заболеваниях органов дыхания (физических методов реабилитации)

Вопросы для рассмотрения:

Лечебная физкультура при ишемической болезни сердца. Клинико-физиологическое обоснование. Показания и противопоказания.
Методика лечебной физкультуры. Этапная реабилитация больных инфарктом миокарда.
Лечебная физкультура при гипертонической болезни. Клинико-физиологическое обоснование. Показания и противопоказания. Методика лечебной физкультуры.
Лечебная физкультура при гипотонической болезни и нейроциркуляторной дистонии. Клинико-физиологическое обоснование. Показания и противопоказания. Методика лечебной физкультуры.
Лечебная физкультура при дистрофии миокарда. Клинико-физиологическое обоснование. Показания и противопоказания. Методика лечебной физкультуры.
Лечебная физкультура при пороках сердца (врожденных, приобретенных). Клинико-физиологическое обоснование. Показания и противопоказания.
Методика лечебной физкультуры на различных этапах восстановительного лечения.
Лечебная физкультура при болезнях периферических сосудов. Клинико-физиологическое обоснование. Показания и противопоказания.
Методика лечебной физкультуры при заболеваниях артерий, вен, лимфостаза.

Задания для практического выполнения:

1. Изучение приемов и методов физической реабилитации на этапах меди-цинской реабилитации;
2. Отработка комплексов лечебной гимнастики при различных заболеваниях;
3. Проведение группового, малогруппового и индивидуального методов лечебной гимнастики;
4. Изучение приемов массажа, применяемых при различных заболеваниях;
5. Демонстрация приемов массажа. Самостоятельно выполнение процедуры медицинского массажа при разных заболеваниях.
6. Изучение работы залов ЛФК и кабинета массажа, с учетом всей отчет-ной документации по залам ЛФК и кабинету массажа.

6. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 06. ОРГАНИЗАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

6.1. МДК.06.01 ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Модуль 1. Общественное здоровье и факторы, его определяющие

Цель- изучение факторной обусловленности здоровья населения, роли образа жизни в формировании показателей здоровья населения и системы, обеспечивающие сохранение, укрепление и восстановление здоровья населения;

Тема 1. Общественное здоровье и здравоохранение, как научная дисциплина о закономерностях общественного здоровья и его обусловленности, о роли организации медицинской помощи в сохранении здоровья населения.

Вопросы темы.

1. Общественное здоровье и здравоохранение как научная дисциплина и предмет преподавания в высшей медицинской школе.
2. Соотношение социального и биологического в здоровье населения.
3. Основные методы исследования дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».
4. Правовые основы законодательства о здравоохранении. Проблемы здравоохранения в важнейших общественно-политических и государственных документах.
5. Теоретические аспекты врачебной этики и медицинской деонтологии. Этические и деонтологические традиции отечественной медицины.
6. Врачебная тайна. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
7. Права медицинских работников и меры их стимулирования.

Практическая работа.

Самостоятельное изучение отдельных статей основного документа «**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**»

Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года

Глава 1. Общие положения

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Статья 3. Законодательство в сфере охраны здоровья

Глава 2. Основные принципы охраны здоровья

Статья 4. Основные принципы охраны здоровья

Статья 5. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий

Статья 6. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи

Статья 7. Приоритет охраны здоровья детей

Статья 8. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья

Статья 9. Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья

Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

Статья 12. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья

Статья 13. Соблюдение врачебной тайны

Глава 4. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Статья 18. Право на охрану здоровья

Статья 19. Право на медицинскую помощь

Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

Статья 21. Выбор врача и медицинской организации

Статья 22. Информация о состоянии здоровья

Статья 23. Информация о факторах, влияющих на здоровье

Статья 24. Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья

Тема 2. Медико-социальные аспекты демографии.

Вопросы входного контроля.

Что такое демография?

Ответ: наука о народонаселении.

Назовите основные разделы демографии.

Ответ: статика населения; динамика населения.

Что включает в себя статика?

Ответ: численность населения; состав населения по различным параметрам; плотность расселения населения на территории.

Назовите основные разделы динамики.

Ответ: механическое движение; естественное движение.

Что включает в себя естественное движение населения?

Ответ: рождаемость; смертность; естественный прирост; средняя продолжительность жизни; брачность; разводы.

Как рассчитать показатель рождаемости?

Ответ: число родившихся живыми за календарный год x 1000 / среднегодовая численность населения.

Как рассчитать показатель плодовитости?

Ответ: число родившихся живыми за календарный год x 1000 / число женщин в возрасте 15-49 лет.

Как рассчитать показатель брачной плодовитости?

Ответ: число родившихся живыми за календарный год у женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке x 1000 / число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке.

Как рассчитать показатель смертности?

Ответ: число умерших за календарный год x 1000 / среднегодовая численность населения.

Как рассчитать показатель естественного прироста?

Ответ: показатель рождаемости – показатель смертности; число родившихся живыми за календарный год - число умерших за календарный год x 1000 / среднегодовая численность населения.

Что такое младенческая смертность?

Ответ: смертность детей первого года жизни среди живорожденных.

Как рассчитать показатель младенческой смертности?

Ответ: число детей, умерших в течение года в возрасте до года x 1000 / число родившихся живыми за год.

Вопросы темы.

1. Демография как наука. Определение медицинской демографии, основные разделы. Использование демографических показателей в практической деятельности врача, медицинских организаций, органов управления здравоохранения.

2. Статика населения, определение, показатели. Переписи населения. Постарение населения, медико-социальное значение этой проблемы.

3. Динамика населения, ее виды. Миграция населения: виды, факторы ее определяющие, тенденции. Влияние миграции на здоровье населения; задачи органов управления здравоохранения и медицинских организаций.

4. Воспроизводство населения (естественное движение): общие и специальные показатели, методы расчета, анализ и оценка. Роль медицинских работников в регистрации рождения и смерти.

5. Современное состояние и основные тенденции демографических процессов в РФ и Оренбургской области за последние десятилетия, факторы, определяющие особенности и динамику процессов.

6. Рождаемость и фертильность: методика изучения, показатели, влияние медико-социальных факторов на их уровень и тенденции.

7. Смертность населения: методика изучения, общие и по возрасту показатели, структура. Факторы, влияющие на уровень и тенденции показателей смертности.

8. Младенческая смертность, ее возрастные особенности, причины, пути снижения. Методика расчета общего и по возрасту коэффициентов.

9. Перинатальная смертность: определение понятия, методика расчета, основные причины, пути снижения.

10. Материнская смертность: определение понятия, методика расчета, оценка, ведущие причины, пути снижения.

11. Средняя продолжительность предстоящей жизни: сущность и значение показателей, динамика. Факторы, влияющие на величину показателей.

Практические задания.

Задача №1.

В области численность населения 1350000, родилось живыми за год 11870, умерло 24010 человек.

1. Вычислите и оцените показатели рождаемости, смертности и естественного прироста

2. Какие показатели относятся к потенциальной демографии?

Задача №2.

В области за год родились живыми 11870, мёртвыми – 90, умерло в первую неделю жизни – 152.

1. Вычислите и оцените показатели мертворождаемости и перинатальной смертности в области.

2. Какие факторы, влияющие на рождаемость в Красноярском крае, можно отнести к наиболее значимым?

Задача №3.

Число умерших жителей за истекший год наблюдения составило 2200 человек, из них детей в возрасте до 1 года – 110. Общая численность населения на данной территории составила 200 000 человек.

1. Каков уровень общей смертности населения и каков удельный вес детей, умерших в возрасте до 1 года?

2. Почему на территории РФ, и в частности Красноярского края, возрос уровень смертности от БСК?

Задача №4.

В городе К. общая численность населения составляет 670 500 человек, за 2009 год умерло 9880 человек, из них от болезней системы кровообращения – 4920, от злокачественных новообразований – 1570, от травм и отравлений – 2030, от прочих причин.

1. Вычислите и оцените уровень и структуру причин общей смертности?

2. Каковы основные причины смертности в Красноярском крае в 2009 году?

3. Какой тип населения в Красноярском крае?

4. Что изучает статика населения?

Задача №5.

За 5 лет в Красноярском крае отмечались следующие показатели рождаемости (на 1000 населения):

2006 г. – 11,2; 2007 г. – 10,8; 2008 г. – 11,0; 2009 г. – 11,8; 2010 г. – 12,8

1. Оцените динамику данного показателя в Красноярском крае.

2. Что такое коэффициент рождаемости, как он рассчитывается?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче №1.

$$\text{Общий коэффициент рождаемости} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = 1870 \cdot 1000 / 1350000 = 8,8$$

$$\text{Общий коэффициент смертности} = \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = 24010 \cdot 1000 / 1350000 = 17,8$$

Естественный прирост = $(11870 - 24010) / 1350000 \cdot 1000 = -9$

2. это т.н. сводные индексы: ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и индекс DALY.

Эталон ответа к задаче №2.

$$\text{Коэффициент мертворождаемости} = \frac{\text{Число родившихся мертвыми}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000 = (90 / (11870 + 90)) \times 1000 = 7,525$$

$$\text{Коэффициент перинатальной смертности} = \frac{\text{Число умерших в первые 168 часов жизни}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000 = ((90 + 152) / (11870 + 90)) \times 1000 = 20,234$$

(90 + 152) / (11870 + 90) x 1000 = 20,234

2. Факторы, влияющие на рождаемость:

- возрастной состав населения (преобладание регрессивного типа народонаселения);

- тенденция в брачно-семейных отношениях (большой процент разводов);

- образ жизни населения (злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания).

Эталон ответа к задаче №3.

$$\text{Общий коэффициент смертности} = \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = (2200 / 200\,000) \times 1000 = 11,0\%$$

Удельный вес умерших до 1 года = (число детей, умерших в возрасте до 1 года / число умерших) x 100 = $(110 / 2200) \times 100 = 5,0\%$

Удельный вес детей, умерших до 1 года, среди всех умерших на данной территории за истекший год.

Уровень общей смертности за истекший год на данной территории

составил 11,0%. Удельный вес детей, умерших до 1 года, составил 5% от общего числа умерших.

2. Увеличение случаев БСК связано с неблагоприятными факторами, такими как стрессы, вредные привычки, низкая физическая активность, а также ухудшилось качество диагностики данной патологии.

Эталон ответа к задаче №4.

$$\text{Общий коэффициент смертности} = \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = 9880/670500 * 1000 = 14,7.$$

Структура причин общей смертности: исходя из того что общее число умерших за год 9880 – 100%, то умерших от болезней системы кровообращения: $4920*100/9880= 49,79\%$; от злокачественных новообразований: $1570*100/9880= 15,9\%$; от травм и отравлений: $2030*100/9880= 20,55\%$; от прочих причин: $1360*100/9880=13,76\%$

Причины смертности в Красноярском крае. Основной причиной смертности являются болезни системы кровообращения - 48,3% умерших, новообразования – 16,3% и внешние причины – 15,4%

В Красноярском крае регрессивный тип населения (доля лиц старше 50 лет больше чем доля лиц младше 14 лет).

4. Статика населения изучает численность, и состав населения на определенной территории на определенный момент времени. Изучает численность и состав населения по признакам: пол, возраст, социальные группы, национальность, семейное положение, образование, место жительства.

Эталон ответа к задаче №5.

1.Уровень рождаемости населения Красноярского края сохраняется несколько более высоким по сравнению со средним по России. Отмечается некоторое увеличение данного показателя (абсолютный положительный прирост), особенно это заметно в 2008 г. Вместе с тем показатель рождаемости остается в пределах низкого уровня (10 - 14,9‰)

2.Коэффициент рождаемости определяется количеством рождений за год на 1000 населения на конкретной территории.

$$\text{Общий коэффициент рождаемости} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Тема 3. Заболеваемость населения: понятие, методы и источники изучения, виды.

Вопросы входного контроля:

Что такое заболеваемость?

Ответ: Под заболеваемостью следует понимать распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или отдельных его группах.

Какие существуют источники сведений о заболеваемости?

Ответ: по данным обращаемости; по данным профилактических медосмотров; по данным о причинах смерти; по данным анкетирования.

Что включает в себя заболеваемость по данным обращаемости?

Ответ: общая заболеваемость (обращаемость); острая инфекционная заболеваемость; заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями; заболеваемость с временной утратой трудоспособности; госпитализированная заболеваемость.

На основании каких документов изучается общая заболеваемость?

Ответ: Талон амбулаторного пациента (ф. 025.10 у).

На основании каких документов изучается острая инфекционная заболеваемость?

Ответ: экстренное извещение об остром инфекционном заболевании, остром пищевом и профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку.

На основании каких документов изучается заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями?

Ответ: 1) Извещение о больном с впервые выявленным диагнозом активного туберкулеза (ф. 089. туб); 2) Извещение о больном с впервые выявленным диагнозом кожно-венерического заболевания (ф. 089. кв); 3) Извещение о больном с впервые выявленным диагнозом онко-заболевания (ф. № 090.у - онко); 4) Извещение о больном с впервые выявленным диагнозом наркомании (ф. 091.у).

7. На основании каких документов изучается заболеваемость с временной утратой трудоспособности?

Ответ: 1) Книга регистрации листков нетрудоспособности (ф. 036.у); 2) Талон на законченный случай временной нетрудоспособности (ф. 025 – 9. у).

8. На основании каких документов изучается госпитализированная заболеваемость?

Ответ: статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066\у).

Какие существуют виды анализа заболеваемости по обращаемости?

Ответ: текущий (оперативный) анализ; углубленный анализ.

Классификация болезней какого пересмотра действует в настоящее время?

Ответ: X -ого пересмотра.

Вопросы темы.

1.Заболеваемость: определение понятия, значение ее изучения для здравоохранения. Методы изучения заболеваемости и их сравнительная характеристика.

2.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ – X), принципы и особенности ее построения.

3.Общая заболеваемость по обращаемости в поликлиники и амбулатории. Методика изучения: единица наблюдения, учетные и отчетные документы, их содержание. Показатели заболеваемости.

4.Методика изучения инфекционной заболеваемости, заболеваемости важнейшими неэпидемическими болезнями, госпитализированной заболеваемости (единица наблюдения, учетная и отчетная документация, основные показатели).

5.Заболеваемость с временной утратой трудоспособности, ее роль, методика изучения и анализа.

6.Современное состояние, тенденции и особенности заболеваемости населения в РФ и Оренбургской области, факторы, их определяющие.

7.Инвалидность: определение понятия, источники информации, показатели. Современное состояние и тенденции инвалидизации населения при основных заболеваниях, факторы их определяющие.

Практические задания

Задача №1.

На промышленном предприятии работают 3200 человек. Число случаев заболеваний составляет 2800, а число дней нетрудоспособности – 29000.

1. Оцените уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности на промышленном предприятии

2.Перечислите функции лечащего врача по экспертизе временной нетрудоспособности.

Задача №2.

Поликлиника обслуживает 18000 жителей. В 2008 году в ней было заполнено 980 статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов на больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в том числе 480 талонов заполнено со знаком «+» на больных, у которых в 2008 году эти заболевания выявлены впервые.

1. Рассчитайте показатели первичной и общей заболеваемости.
2. Какие еще показатели деятельности поликлиники вам известны?

Задача №3.

При проф. осмотре работников нескольких промышленных предприятий (8970 чел.), было выявлено 250 человек с гипертонической болезнью.

1. Рассчитайте патологическую пораженность.
2. Какие еще показатели заболеваемости по обращаемости вы знаете?

Задача №4.

Поликлиника обслуживает 20000 жителей. В 2002 году в ней заполнено 1100 статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов на больных с заболеваниями нервной системы, в том числе 630 талонов заполнено со знаком «+» на больных, у которых в 2002 году эти заболевания выявлены впервые. Рассчитайте показатели первичной и общей заболеваемости.

1. Рассчитайте показатели первичной заболеваемости.
2. Аспекты реабилитации.

Задача №5.

В детской поликлинике №2 города К. обслуживает 1800 детского населения. По данным статистического отдела поликлиники за прошедший год было зарегистрировано 97 впервые выявленных случаев заболеваний у детей.

1. Рассчитайте общую заболеваемость (по обращаемости).
2. Перечислите основные методы изучения заболеваемости.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче №1.

$$1. \text{ нетрудоспособности на } 100 \text{ работающих} = \frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих}} \times 100,$$

используя формулу получаем $= 29000/3200 \times 100 = 906$ дней.

$$\text{нетрудоспособности на } 100 \text{ работающих} = \frac{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих}} \times 100$$

$= 2800/3200 \times 100 = 87,5$ случаев,

$$\text{Средняя длительность (тяжесть) случая временной нетрудоспособности} = \frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}} = \frac{29000}{2800} = 10,35$$

2. Лечащий врач, осуществляющий экспертизу временной нетрудоспособности:

- определяет признаки временной утраты трудоспособности;
- в первичных медицинских документах фиксирует жалобы пациента, анамнестические и объективные данные, назначает обследования и консультации, формулирует диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести, обуславливающих нетрудоспособность;
- рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации;
- определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах;
- выдает листок нетрудоспособности в соответствии с Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, назначает дату очередного посещения, с соответствующей записью в медицинской документации;
- при последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывает продление сроков освобождения пациента от работы;
- своевременно направляет пациента для консультации клинично-экспертной комиссии, при нарушении назначенного лечебно-охранительного режима делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности и в истории болезни (амбулаторной карте) с указанием даты и вида нарушения;
- выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, своевременно организует направление пациента на клинично-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу;
- осуществляет диспансеризацию длительно и часто болеющих пациентов;
- при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражает в медицинских документах объективный статус и аргументированное обоснование для закрытия листка нетрудоспособности;

анализирует причины заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, совершенствует знания вопросов экспертизы временной нетрудоспособности.

Эталон ответа к задаче №2.

$$1. \text{ Первичная } \begin{array}{l} \text{заболеваемость} \\ \text{(по} \\ \text{обращаемости)} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число впервые в жизни} \\ \text{зарегистрированных случаев} \\ \text{заболеваний} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Среднегодовая численность} \\ \text{населения} \end{array}} \times 1000$$

используя формулу
= 480/18000 * 1000=26,6

$$\text{Общая } \begin{array}{l} \text{заболеваемость} \\ \text{(распространенность,} \\ \text{болезненность)} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число всех} \\ \text{зарегистрированных случаев} \\ \text{заболеваний} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Среднегодовая численность} \\ \text{населения} \end{array}} \times 1000.$$

используя формулу
=980/18000 * 1000=54,4

2. Показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи.
Показатели нагрузки персонала.
Показатели диспансеризации населения.

Эталон ответа к задаче №3.

$$1. \text{ Патологическая } \begin{array}{l} \text{пораженность} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число заболеваний, выявленных} \\ \text{на медицинских осмотрах} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Число осмотренных} \end{array}} \times 1000$$

= 250/8970*1000= 27,8‰

2. Инфекционная заболеваемость; первичная заболеваемость; общая заболеваемость.

Эталон ответа к задаче №4.

$$1. \text{ Первичная } \begin{array}{l} \text{заболеваемость} \\ \text{(по} \\ \text{обращаемости)} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число впервые в жизни} \\ \text{зарегистрированных случаев} \\ \text{заболеваний} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Среднегодовая численность} \\ \text{населения} \end{array}} \times 1000$$

=630/20000*1000=31,5

, используя формулу

$$\text{Общая } \begin{array}{l} \text{заболеваемость} \\ \text{(распространенность,} \\ \text{болезненность)} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число всех} \\ \text{зарегистрированных случаев} \\ \text{заболеваний} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Среднегодовая численность} \\ \text{населения} \end{array}} \times 1000$$

используя формулу
= 1100/20000*1000=55

2. Аспекты реабилитации.

Реабилитация возможна при участии врачей, педагогов, психологов, экономистов, техников - инструкторов, среднего медперсонала, работников органов социального обеспечения, специалистов по терапии и лечебной гимнастике и, конечно, самих пострадавших, которые должны играть активную роль в процессе реабилитации. Успешное решение неотложных задач по увеличению уровня и темпов возвращения к труду и общественной работе инвалидов возможно на основе совместной благотворной деятельности органов и учреждений здравоохранения, медико-социальной экспертизы, органов социального обеспечения, с привлечением администрации и общественных организаций предприятий и учреждений, а также путем дальнейшего изучения клинических и социально-гигиенических аспектов проблемы восстановительного лечения лиц со стойкой утратой трудоспособности по поводу различных заболеваний, и в частности, путем научной разработки комплексов дифференцированных и наиболее эффективных методов в медицинской и социально-трудовой реабилитации. Таким образом выделяют основные аспекты реабилитации: медицинский, физический, психологический, профессиональный, социальный, экономический.

Эталон ответа к задаче №5.

$$\begin{array}{l} \text{Число всех} \\ \text{Общая} \\ \text{заболеваемость} \\ \text{(распространенность,} \\ \text{болезненность)} \end{array} = \frac{\text{зарегистрированных случаев} \\ \text{заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность} \\ \text{населения}} \times 1000$$

$$= 97 \times 1000 / 1800 = 53,9$$

2. Методы изучения заболеваемости: 1) по обращаемости - учет всех случаев заболеваний, с которыми население обратилось за медицинской помощью - статистические талоны для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов, талон амбулаторного пациента; 2) по данным медицинских осмотров - предварительных, периодических и целевых; 3) по данным регистрации причин смерти - рост числа таких тяжелых хронических заболеваний - как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, онкологическая патология, болезни мочеполовой системы

Модуль 2. Организация лечебно-профилактической помощи населению.

Цель- изучение теоретических основ организации здравоохранения, особенностей организации медицинской помощи взрослому и детскому населению, работникам промышленных предприятий и сельским жителям;

Тема 1 Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь городскому населению. Особенности организации медицинской помощи сельскому населению.

Вопросы входного контроля.

1. Перечислите основные направления (элементы) ПМСП.

Ответ: амбулатория врача общей практики; поликлиники диспансеров; стационары; станции скорой помощи; поликлиника (врач общей практики).

2. Перечислите основные общие учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь населению.

Ответ: врачебная амбулатория; поликлиническое отделение объединенной городской больницы.

3. Перечислите основные специализированные учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь населению.

Ответ: диспансер; клиничко-диагностический центр; специализированная поликлиника.

4. По каким принципам организуется амбулаторно-поликлиническая помощь?

Ответ: территориально-участковый; бригадный; ведомственный.

5. Какую работу выполняет регистратура поликлиники?

Ответ: прием вызовов на посещение больных на дому; обеспечение оптимального потока посетителей; запись посетителей на прием к врачу

6. В чем заключается преемственность в работе стационара и поликлинике

Ответ: анализ совпадения диагнозов поликлиники и стационара; анализ обоснованности на госпитализацию; подготовки больного к госпитализации.

Вопросы темы

1. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: формы, виды, территориально-участковый принцип организации ПМСП, его суть.

2. Организация амбулаторно – поликлинической помощи населению: принципы, основные медицинские организации (общие и специализированные), задачи, направления деятельности.

3. Поликлиника, ее роль в организации медицинской помощи населению. Структура, основные задачи, организация работы.

4. Основные задачи и организация деятельности регистратуры поликлиники. Организация деятельности кабинета (отделения) доврачебной помощи.

5. Организация деятельности отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи поликлиники. Дневной стационар: задачи, структура, функции, организация деятельности.

Практические задания

Задача № 1.

В городской поликлинике №9 обслуживается 34000 жителей взрослого населения, за час на амбулаторном приеме у терапевта 8 посещений.

1. Рассчитайте сколько врачей терапевтов согласно нормативу участковости должны работать в поликлинике.

2. Какова норма нагрузки в час у на вызовах у участкового терапевта, соответствует ли посещаемость на амбулаторном терапевтическом приеме нормативу?

Задача №2.

В городе Иваново на 2007 год численность детского населения составляла 28900 человек, в городской детской больнице со структурой в 230 коек работает – 52 педиатра. В 2006 один врач-педиатр обслуживал 640 детей в год.

1. Вычислите и оцените показатели обеспеченности населения города Иваново врачами – педиатрами и педиатрическими койками за 2007 год и сравните полученные результаты с 2006 годом в отношении врачей-педиатров.

2. Какое количество детей должен обслуживать один врач-педиатр на участке?

Задача №3.

Нагрузка на 1 час работы в поликлинике – 5 человек, на дому – 2 человека, часы работы на приеме и по помощи на дому – по 3 часа, число рабочих дней в году – 285.

1. Вычислите функцию врачебной должности участкового педиатра

2. Перечислите основные принципы работы амбулаторно-поликлинической службы.

Задача №4.

Общее число детей, достигших 1 года жизни 325, из них перерыв в наблюдении сроком более 2-х месяцев был у 7, перерыв менее 2-х месяцев у 318.

1. Вычислите и оцените показатель систематического врачебного наблюдения за детьми на первом году жизни.

2. Для расчета каких показателей деятельности детской поликлиники используется стат.форма 112/у?

Задача №5.

В течение календарного года запломбировано зубов временного и постоянного прикуса 2500, проведено удаление зубов постоянного прикуса 500.

1. Вычислите соотношение вылеченных и удаленных зубов у детей.

2. Какие показатели объемов амбулаторно-поликлинической службы вы знаете?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче №1.

1. Должность участкового врача в территориальной поликлинике может занимать врач-терапевт или врач общей практики (семейный врач) — приказ МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г. Нормативы участковости для терапевта — 1700 жителей старше 14 лет;

2. Норма нагрузки — 5 посещений в час на амбулаторном приеме, посещаемость в поликлинике на одного врача терапевта превышает норму.

Эталон ответа к задаче №2.

$$\text{Обеспеченность врачами педиатрами} = \frac{\text{Численность детского населения}}{\text{Число врачей педиатров}} \times 100$$

Обеспеченность врачами-педиатрами = 28900 / 52 = 556

$$\text{Обеспеченность педиатрическими койками} = \frac{\text{Число больничных коек}}{\text{Численность детского населения}} \times 10000$$

Обеспеченность педиатрическими койками = 230/28900*10000= 79,6

В 2006 обеспеченность врачами педиатрами была ниже, чем в 2007, так как на одного врача-педиатра в 2006 году приходилось 640 детей, а в 2007 556.

2. Один врач-педиатр должен обслуживать 800 детей.

Эталон ответа к задаче №3.

1. Нагрузка на 3 часа работы в поликлинике = 3х5=15 человек

Нагрузка на 3 часа работы на дому = 2х3=6 человек

Нагрузка на 1 рабочий день = 15+6=21 человек

$$\text{Плановая функция врачебной должности} < * > = \frac{\text{Расчетная нагрузка врача - специалиста в час}}{\text{Плановое количество рабочих часов в год}} \times$$

Функция врачебной должности участкового педиатра = 21х285=5985 в год

Функция врачебной должности участкового педиатра

= 5985/12=499 в месяц

2. Основные принципы амбулаторно-поликлинической службы:

- участковость

- доступность

- этапность и преемственность оказания медицинской помощи

Эталон ответа к задаче №4.

$$\text{Охват систематическим врачебным наблюдением детей от 0 до 3 лет включительно} = \frac{\text{Число детей данной возрастной группы, находящиеся под систематическим врачебным наблюдением}}{\text{Общее число детей данной возрастной группы}} \times 100$$

используя формулу получаем 318/325 = 97%

2. Форма 112/у используется для расчета показателей медицинской деятельности детской поликлиники.

Эталон ответа к задаче №5.

$$\text{Соотношение вылеченных и удаленных зубов у детей} = \frac{\text{Запломбированно зубов всего временного и постоянного прикуса}}{\text{Удалено зубов постоянного прикуса}} \times 100 :$$

Подставив значения в данную формулу получаем: 2500/500 = 1:5

2. Среднее число посещений на одного жителя; удельный вес посещений на дому; удельный вес профилактических посещений в поликлинику; выполнение плана посещений; распределение посещений городских (сельских) жителей.

Тема 2. Система охраны материнства и детства.

Вопросы входного контроля

1. Укажите, в чем заключается значение учета и отчетности в деятельности органов и учреждений здравоохранения?

Ответ: руководству ЛПУ дают возможность определять положительные и отрицательные стороны деятельности ЛПУ; дают информацию для оперативного управления ЛПУ; дают информацию, необходимую для планирования.

2. С помощью каких показателей проводится анализ деятельности отдельных территорий?

Ответ: демографические показатели; заболеваемость; инвалидность.

3. По каким показателям проводится анализ штатов ЛПУ?

Ответ: показатель укомплектованности штатов; коэффициент совместительства; уровень квалификации врачебных кадров.

4. Укажите, какой показатель характеризует качество диагностики врачей поликлиники.

Ответ: показатель частоты расхождения поликлинических диагнозов с клиническими.

5. С помощью каких показателей можно охарактеризовать хирургическую работу амбулаторно-поликлинического учреждения?

Ответ: распределение операций по видам; удельный вес операций в дневном стационаре.

6. Укажите методику расчета показателей, характеризующих эффективность диспансерного наблюдения лиц с III группой здоровья.

Ответ: показатель числа больных с осложнениями из числа диспансеризованных; показатель частоты обострений хронических заболеваний.

7. Укажите методику расчета показателя укомплектованности штатами.

Ответ: число занятых должностей $\times 100$ \ число штатных должностей

8. Укажите методику расчета показателя коэффициента совместительства.

Ответ: число занятых должностей \ число физических лиц

9. Укажите методику расчета показателя охвата детей дородовым патронажем.

Ответ: число новорожденных из района обслуживания, поступивших под наблюдение поликлиники, матери которых были на дородовом патронаже $\times 100$ \ число новорожденных из района обслуживания, поступивших под наблюдение поликлиники

Вопросы темы

1. Система охраны здоровья матери и ребенка: цель, задачи, основные этапы. Медицинские организации, оказывающие помощь женщинам и детям.

2. Женские консультации: типы, задачи, функции, структура.

3. Диспансерный метод в работе женских консультаций: особенности организации диспансерного наблюдения за различными контингентами женщин. Роль профилактических осмотров. Порядок ведения женщин с нормальным течением беременности.

4. Родильный дом: задачи, управление, структура, организация работы.

5. Профилактика репродуктивных потерь. Перинатальный центр, его задачи, функции, структура.

6. Детская поликлиника: типы, управление, задачи, функции, структура.

7. Организация диспансерного наблюдения детского населения. Стандарт диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни.

8. Противоэпидемическая работа детской поликлиники: организация приема здоровых и больных детей, лечения больных детей. Организация проведения прививок, работа прививочного кабинета.

Практические задания.

Задача № 1

В родильном доме города Н. в данном году родилось живыми – 1900, умерло в антенатальный период – 15, в интранатальный – 4, в первую неделю жизни – 4 новорожденных.

1. Вычислите и оцените уровень и структуру перинатальной смертности по времени наступления.

2. Дайте определение понятия «перинатальная смертность».

Задача №2

Родилось живыми 1860, умерло от 0 до 6 суток - 19; от 7 до 28 дня жизни - 5.

1. Вычислите и оцените уровень ранней неонатальной смертности и долю умерших в раннем неонатальном периоде от числа умерших в неонатальном периоде.

2. Дайте определение термина младенческая смертность.

Задача № 3

Общее число детей, достигших 1 года жизни 325, из них перерыв в наблюдении сроком более 2-х месяцев был у 7, менее 2-х месяцев у 318

1. Вычислите и оцените показатель систематического врачебного наблюдения за детьми на первом году жизни

2. определение детская поликлиника.

Задача № 4

Обеспеченность врачами-педиатрами на 2008 год составила 23,0 на 10000 населения, а на 2009 год 21,0 на 10000 населения.

1. Ваша тактика вычислить в показателях наглядности динамику обеспеченности детского населения.

2. Назовите задачи цели детской поликлиники.

Задача №5

В области за год родилось живыми – 11870, мертвыми – 90, умерло в первую неделю жизни – 152.

1. Вычислите и оцените показатели мертворождаемости и перинатальной смертности в области

2. Материнской смертность (согласно определению ВОЗ)?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче №1

$$\begin{array}{l}
 \text{Коэффициент} \\
 \text{1. младенческой} \\
 \text{смертности}
 \end{array}
 = \frac{\text{Число детей, умерших в} \\
 \text{течение года,} \\
 \text{на 1-ом году жизни}}{\text{Число родившихся} \\
 \text{живыми в данном} \\
 \text{календарном году}} \times 1000 = 23/1900 \times 10000 = 12,1$$

Структура перинатальной смертности:

Умерло в антенатальный период = $(15 \times 100\%) / 23 = 65,2$

Умерло в интранатальный период = $(4 \times 100\%) / 23 = 17,4$

Умерло в первую неделю жизни = $(4 \times 100\%) / 23 = 17,4$

2. Перинатальная смертность — показатель, учитывающий все случаи смерти плодов и новорожденных в перинатальный период. Включает мертворожденность (смерть наступила до родов — антенатально и в родах — интранатально) и раннюю неонатальную смертность (смерть наступила в течение 168 ч после рождения ребенка).

Эталон ответа к задаче №2

$$\begin{array}{l}
 \text{Неонатальная} \\
 \text{смертность}
 \end{array}
 = \frac{\text{Число детей, умерших} \\
 \text{(смертность} \\
 \text{детей в первые} \\
 \text{28 суток} \\
 \text{жизни)} \\
 \text{в первые} \\
 \text{28 суток} \\
 \text{жизни)}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000, = 25/1860 \times 1000 = 12,9$$

$$\begin{array}{l}
 \text{Ранняя} \\
 \text{неонатальная} \\
 \text{смертность}
 \end{array}
 = \frac{\text{Число детей, умерших в} \\
 \text{возрасте 0 – 6 дней} \\
 \text{(168 часов)} \\
 \text{детей на} \\
 \text{первой неделе} \\
 \text{жизни)}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000, = 19/1860 \times 1000 = 10,2$$

Расчитываем долю умерших в раннем неонатальном периоде от числа умерших в неонатальном периоде: $10,2/12,9 \times 100\% = 79\%$

Эталон ответа к задаче №3

1. Общее число детей достигших 1 года жизни умножить на 100

$325 \times 100 = 32500$

2. Детская поликлиника - это ЛПУ которое обеспечивает внебольничную помощь детям от рождения до 18 лет.

Эталон ответа к задаче №4

В 2009 году по сравнению с предыдущим 2008 годом обеспеченность врачами-педиатрами в пределах нормы, так как на одного педиатра приходится 800 жителей детского населения.

$10000 / 800 = 12,5$ - количество врачей-педиатров на 10000 населения.

2. Обеспечение динамического медицинского наблюдения за здоровыми детьми;

- Проведение профилактических осмотров и диспансеризация детей;

- Проведение профилактических прививок;

- Проведение лекций бесед и конференций.

Эталон ответа к задаче №5

$$\begin{array}{l}
 \text{Коэффициент} \\
 \text{1. мертворождае} \\
 \text{мости}
 \end{array}
 = \frac{\text{Число родившихся} \\
 \text{мертвыми}}{\text{Число родившихся} \\
 \text{живыми и мертвыми}} \times 1000$$

$$\begin{array}{l}
 \text{Коэффициент} \\
 \text{перинатальной} \\
 \text{смертности}
 \end{array}
 = \frac{\text{Число родившихся мертвыми} \\
 + \text{Число умерших в первые} \\
 \text{168 часов жизни}}{\text{Число родившихся} \\
 \text{живыми и мертвыми}} \times 1000$$

= 242/11960 = 20,23

Общий уровень смертности (на 1000) высокий.

2. Материнской смертность (согласно определению ВОЗ) это смерть женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности, и наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею, либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Модуль 3. Экономика, планирование и финансирование здравоохранения

Цель- обучение управленческим процессам, правовым, организационным, осуществляемым в медицинских учреждениях; изучение вопросов экономики, планирования, финансирования здравоохранения и деятельности медицинских учреждений различных форм собственности;

Тема 1. Медицинское страхование как вид социального страхования и форма социальной защиты населения.

Вопросы темы.

1. Системы здравоохранения, существующие в мире, их виды и краткая сравнительная характеристика.
2. Частная система здравоохранения: принципы организации, особенности оказания медицинской помощи, преимущества и недостатки.
3. Страховая система здравоохранения: организационно-экономические принципы, преимущества и недостатки.
4. Государственная система здравоохранения: организационно-экономические принципы, преимущества и недостатки.
5. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), ее структура, основные направления деятельности.
6. Глобальная стратегия ВОЗ «Здоровье для всех в XXI столетии», принципы, цели, пути реализации.
7. Социальное страхование, определение понятия. Виды и фонды социального страхования.
8. Обязательное медицинское страхование: правовые основы, основные понятия, принципы осуществления ОМС.
9. Субъекты и участники обязательного медицинского страхования, краткая характеристика.
10. Обязательное медицинское страхование: права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, основные положения.
11. Базовая и территориальная программы обязательного медицинского страхования.

Практические задания.

Задача №1.

Женщина 47 лет в экстренном порядке поступила в урологическое отделение ГКБ №6 г. Красноярск с камнем мочеочника. Полостную операцию врачи предложили сделать бесплатно, а эндоскопическую за 12000 руб. Кроме того в отделении предлагают больным приобретать за свой счет одноразовые шприцы.

1. Входит ли эндоскопическая операция на мочеочнике и обеспечение одноразовыми шприцами в Программу ОМС?
2. На какой территории РФ действителен полис ОМС?

Задача №2.

Пенсионер, временно проживающий по улице Батурина г. Красноярск, постоянная прописка в г. Екатеринбурге, имеет полис ОМС, выданный в г. Екатеринбурге. При обращении в поликлинику по поводу заболевания пенсионеру предложили в регистратуре прием терапевта на платной основе, т.к. со слов регистратора иногородний полис недействителен.

1. Правмерно ли поступает поликлиника?
2. Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи?

Задача №3.

Мужчина 38 лет находится на стационарном лечении в больнице г. Красноярск по поводу перелома нижней конечности. Для оперативного лечения перелома лечащий врач предложил приобрести за свой счет металлические пластины.

- Вернет ли кто-нибудь деньги за приобретение пластины?
Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи?

Задача №4.

Женщина прикрепилась к медицинскому учреждению не по месту жительства, ей необходимо вызвать врача на дом.

1. Врачом из какой поликлиники будет осуществляться визит на дом?
2. Каким образом в данном случае будет регистрироваться визит к пациенту?

Задача №5.

Родители не удовлетворены медицинской помощью, предоставляемой ребенку в территориальной поликлинике, и хотели бы купить страховку на медицинское обслуживание врачами высокой квалификации.

1. Как это сделать?
2. Что входит и на какой срок заключается договор добровольного медицинского страхования?

Задача №6.

Больной К. находится на стационарном лечении по поводу обострения хронического бронхита. После проведенного, правильно назначенного лечения больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. У больного сохраняется покашливание, функциональные нарушения пораженного органа восстановились на 2/3.

1. Рассчитайте УКЛ данного случая
2. Из чего складывается показатель качества лечения пациента.

Задача №7.

В кардиологическом отделении работают 3 врача. За прошедший месяц первый врач пролечил 5 больных (УКЛ1-0,6; УКЛ2-0,87; УКЛ3- 0,9; УКЛ4-0,75; УКЛ5-0,9); второй врач пролечил 3 больных (УКЛ1-0,7; УКЛ2-0,9; УКЛ3-0,5); третий врач пролечил 4 больных (УКЛ1-0,8; УКЛ2-0,7; УКЛ3-0,6; УКЛ4-0,7).

1. Рассчитайте уровень качества отделения за истекший месяц.
2. Оцените возможность дальнейшей работы данного отделения в системе страховой медицины.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче №1.

1. В соответствии с Программой государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи, раздел 1, п.1.2. заболевания мочеполовой системы входят в Перечень заболеваний, при возникновении которых гражданам предоставляется бесплатная медицинская

помощь, в т.ч. – эндоскопические операции. Одноразовые шприцы оплачиваются больницам из средств обязательного медицинского страхования и должны предоставляться бесплатно.

2. Полис обязательного медицинского страхования действует на всей территории Российской Федерации.

Эталон ответа к задаче №2.

1. Нет, неправомерно. Согласно статье 5 раздела 2 Закона РФ от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», страховой медицинский полис, выданный пенсионеру по месту жительства в г. Екатеринбурге, действителен на всей территории Российской Федерации.

2. Для решения вопроса о лечении в поликлинике, необходимо обратиться к заведующему отделением поликлиники или главному врачу больницы, при отсутствии результата – в отдел организации защиты прав застрахованных граждан краевого фонда ОМС по адресу: г. Красноярск, ул. Копылова 2-б.

Эталон ответа к задаче №3.

1. С 1 ноября 2008 года увеличены тарифы на травматологическую помощь при лечении переломов и учреждения здравоохранения имеют средства на приобретение металлоконструкций, в т.ч. пластин.

2. При нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи необходимо обращаться к главному врачу больницы, при отсутствии результата – в отдел организации медицинского страхования краевого фонда ОМС по адресу: г. Красноярск, ул. Копылова 2-б.

Эталон ответа к задаче №4.

При прикреплении застрахованного не по месту жительства, вызовы на дом осуществляются территориальной поликлиникой.

При этом визит к пациенту регистрируется как посещение большого поликлиники.

Эталон ответа к задаче №5.

1. Необходимо заключить договор добровольного медицинского страхования.

2. Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляют медицинские организации, имеющие лицензию на такой вид страхования. Медицинская помощь оказывается по определенной программе ДМС. Например, медицинское обслуживание ребенка в определенной поликлинике, госпитализация при наличии медицинских показаний в определенные специализированные стационары. Договор ДМС имеет ограниченный срок действия, чаще всего год или 6 месяцев. Договор ДМС оформляется в 2 экземплярах, на руки выдается экземпляр договора ДМС и полис ДМС.

Эталон ответа к задаче №6.

$$\text{УКЛ} = \frac{\text{ОНДМ} + \text{ОК ОНДМ}}{200\%} = \text{ОДМ} + \text{ОД} + \text{ОЛМ}$$

$$\text{УКЛ} = \frac{0,5 \text{ ОЛМ} + 0,1 \text{ ОД} + 0,4 \text{ ОЛМ} + \text{ОК}}{200\%} = \frac{0,5 * 100 + 0,1 * 100 + 0,4 * 100 + 75\%}{200\%} = 0,88$$

Данный показатель складывается из суммы уровня качества лечения каждого врача, деленной на количество врачей в отделении.

Эталон ответа к задаче №7.

$$1. \text{УКО} = \frac{\text{УКВ1} + \text{УКВ2} + \text{УКВ3}}{n}$$

$$\text{УКВ1} = (\text{УКЛ1} + \text{УКЛ2} + \text{УКЛ3} + \text{УКЛ4} + \text{УКЛ5}) : 5 = 0,8$$

$$\text{УКВ2} = (\text{УКЛ1} + \text{УКЛ2} + \text{УКЛ3}) : 3 = 0,7$$

$$\text{УКВ3} = (\text{УКЛ1} + \text{УКЛ2} + \text{УКЛ3} + \text{УКЛ4}) : 4 = 0,7$$

$$\text{УКО} = (0,8 + 0,7 + 0,7) / 3 = 0,73$$

2. Отделение имеет возможность работать в системе страховой медицины, т.к. УКО=0,73. Мед. учреждение не в состоянии дать гарантии на выполнение программ медицинского страхования при УКЛ менее 0,6.

Тема 2. Маркетинг и менеджмент в здравоохранении. Экономика здравоохранения.

Вопросы темы.

1. Понятие об экономике здравоохранения, как науке (предмет, цели, задачи и методы исследования). Место и роль здравоохранения в экономике общественного производства.
2. Понятие эффективности здравоохранения. Виды (медицинская, социальная и экономическая), критерии и оценка.
3. Методика оценки экономической эффективности медико-социальных программ и мероприятий в здравоохранении (расчет экономического ущерба, экономического эффекта и экономической эффективности).
4. Определение понятия «Управление», принципы управления и их характеристика.
5. Функции управления и их характеристика. Стили и методы управления.

Тема 3. Финансирование здравоохранения. Источники финансирования. Принципы организации планирования здравоохранения.

Вопросы входного контроля.

1. Что такое экономика здравоохранения?

Ответ: отраслевая экономика, объектом назначения которой является особенности действия экономических законов в области оказания медицинской помощи населению.

2. Какая основная задача стоит перед экономикой здравоохранения?

Ответ: поддержание оптимального равновесия между объемом и качеством медицинской помощи и расходами на здравоохранение.

3. Какие существуют виды эффективности здравоохранения?

Ответ: социальная; медицинская; экономическая.

4. С помощью каких критериев можно охарактеризовать социальную эффективность?

Ответ: продолжительность жизни; смертность; рождаемость; естественный прирост.

5. С помощью каких критериев можно охарактеризовать медицинскую эффективность?

Ответ: «индекс здоровья» для детей и взрослых; заболеваемость; физическое развитие детей и взрослых.

6. С помощью каких критериев можно охарактеризовать экономическую эффективность?

Ответ: преждевременная смерть; инвалидность; трудоспособность; затраты на трудоспособность.

7. Что такое «предотвращенный экономический ущерб»?

Ответ: разность между величинами экономического ущерба года отсчета и другим годом.

8. Какие существуют способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи?

Ответ: по мед. услугам; по законченному случаю; по смете расходов; по глобальному бюджету; по подушевым нормативам; по смете расходов.

9. Что такое смета ЛПУ?

Ответ: план предстоящих расходов мед. учреждения на предстоящий год, построенный на обоснованных расчетах.

10. Какие методы планирования существуют?

Ответ: аналитический; нормативный; экспериментальный; соотношения; балансовый; метод пропорций.

Вопросы темы.

1. Понятие об экономике здравоохранения, как науке (предмет, цели, задачи и методы исследования). Место и роль здравоохранения в экономике общественного производства.
2. Понятие эффективности здравоохранения. Виды (медицинская, социальная и экономическая), критерии и оценка.
3. Методика оценки экономической эффективности медико-социальных программ и мероприятий в здравоохранении (расчет экономического ущерба, экономического эффекта и экономической эффективности).
4. Определение понятия «Управление», принципы управления и их характеристика.
5. Функции управления и их характеристика. Стили и методы управления.
6. Планирование здравоохранения: принципы, задачи и основные методы планирования. Виды планов в здравоохранении (по уровням, срокам, организационной структуре). Программно-целевое, функционально-отраслевое и стратегическое планирование в современных условиях.
7. Источники финансирования здравоохранения в России. Финансирование медицинских организаций.

Модуль 4. Нормативно-правовое обеспечение труда медицинских работников.

Цель- обучение ведению учетно-отчетной медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях, медико-статистический анализ показателей деятельности медицинских учреждений;

Тема 1. Основные виды медицинской документации, регулирующей деятельность медицинских работников.

1. Первичные учетные и статистические документы.
2. Правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения.
3. Перечень нормативных документов в деятельности медработника.
4. Должностные инструкции медицинского работника, порядок разработки.
5. Показатели деятельности лечебного учреждения

Тема 2. Правила ведения учетно-отчетной документации.

1. Составление должностных инструкций медицинского работника.
2. Формы ведения учетно-отчетной документации.

7. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ 07. ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО ОДНОЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКИМ ПРОФЕССИЯМ РАБОЧИХ, ДОЛЖНОСТЯМ СЛУЖАЩИХ

7.1. МДК 07.01 САНИТАРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПАЛАТ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КАБИНЕТОВ, ПЕРЕМЕЩЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ, УХОД ЗА ТЕЛОМ УМЕРШЕГО ЧЕЛОВЕКА

Тема: Тема 1. Типы ЛПУ. Лечебно-охранительный режим.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Типы лечебно-профилактических учреждений. Лечебно-охранительный режим.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Задание 1.

Выполнение тестовых заданий по теме: Типы ЛПУ. Лечебно-охранительный режим.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Типы ЛПУ. Лечебно-охранительный режим», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. В государственную (муниципальную) систему здравоохранения включаются структуры:

- 1) орган управления
- 2) образовательные медицинские учреждения
- 3) учреждения здравоохранения
- 4) фонд социального страхования

2. Общественное здоровье оценивается по показателям:

- 1) физического развития населения
- 2) заболеваемости
- 3) демографическим
- 4) качества и уровня жизни

3. Значение образа жизни в формировании здоровья населения составляет:

- 1) 50%
- 2) 20%
- 3) 30%

4. Основой для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования является:

- 1) базовая программа ОМС
- 2) страховые программы добровольного медицинского страхования
- 3) положение о платных услугах

5. К лечебно-профилактическим учреждениям особого типа относятся:

- 1) хоспис
- 2) центр медицинской профилактики
- 3) ФАП

6. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан определяют:

- 1) права и обязанности пациентов
- 2) права и обязанности медицинских работников
- 3) юридическую ответственность медицинских работников

7. Цель медицинского страхования:

- 1) гарантировать гражданам получение медицинской помощи при возникновении страхового случая

2) гарантировать гражданам получение страховой суммы по истечению сроков страхования

8. Виды медицинского страхования:

- 1) обязательное
- 2) добровольное
- 3) индивидуальное

9. Обязательное медицинское страхование является:

- 1) всеобщим
- 2) коллективным
- 3) индивидуальным

10. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) медицинские учреждения
- 2) граждане РФ
- 3) предприятия, учреждения
- 4) страховые медицинские организации
- 5) туристы из зарубежных стран

11. Обязательное медицинское страхование работающего населения осуществляется за счет:

- 1) страховых взносов предприятия или учреждения
- 2) отчислений из местного бюджета
- 3) отчислений из средств граждан

12. Формы добровольного медицинского страхования:

- 1) индивидуальная
- 2) коллективная
- 3) всеобщая

13. Документ, разрешающий медицинскому учреждению осуществлять указанный в нем вид деятельности:

- 1) лицензия
- 2) сертификат
- 3) приказ

14. Установите правильную последовательность действий при транспортировке пациента на каталке (участвуют 3 медицинских работника):

- а) сообщить в отделение, что к ним направлен пациент в тяжелом состоянии;
- б) поставить каталку перпендикулярно кушетке так, чтобы ее головной конец подходил к ножному концу кушетки;
- в) уложить пациента на каталку, укрыть его, убедиться, что пациент чувствует себя комфортно;
- г) трое медработников встают около пациента с одной стороны; один из них подводит руки под голову и лопатки пациента; второй под таз и верхнюю часть бедер, третий под середину бедер и голени;
- д) отправить пациента с его медкартой в отделение в сопровождении медработника;
- е) объяснить пациенту последовательность ваших действий;
- ж) прибыв в отделение, головной конец каталки подвести к ножному концу кровати, втроем поднять пациента и, повернувшись на 90°, положить его в кровать;
- з) подняв пациента, вместе с ним повернуться на 90° в сторону кровати.

15. Установите верную последовательность правильной биомеханики в положении стоя:

- а) масса тела распределена равномерно на обе ноги;
- б) ступни расставлены на ширину плеч;
- в) колени расслаблены так, чтобы коленные суставы двигались свободно;
- г) чтобы снизить нагрузку на поясничный отдел позвоночника, встаньте прямо и напрягите мышцы живота и ягодиц, голову держите прямо, чтобы подбородок находился в горизонтальной плоскости.

16. Установите правильную последовательность действий медсестры при транспортировке пациента в кресле-каталке:

- а) опустите кресло-каталку в исходное положение;
- б) наклоните кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног;
- в) попросите пациента встать на подставку для ног, затем, поддерживая, усадите его в кресло-каталку;
- г) следите, чтобы при транспортировке руки пациента не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.

17. Установите верную последовательность правильной биомеханики поднятии тяжестей:

- а) встаньте рядом с предметом, который Вам предстоит поднять так, чтобы не пришлось наклоняться вперед;
- б) перед поднятием тяжелого предмета стопы расположите на расстоянии 30 см друг от друга, выдвинув одну ногу слегка вперед (так достигается хорошая опора и уменьшается опасность потери равновесия и падения);
- в) сгибайте только колени, поднимая предмет, сохраняя туловище в вертикальном положении;
- г) прижимайте поднимаемый предмет к себе в процессе подъема.

18. Установите соответствие:

- 1) натуживание на высоте вдоха в некоторых случаях может способствовать возникновению тяжелых нарушений ритма сердца и ухудшению коронарного кровотока;
- 2) положение, при котором спина выпрямлена и исключены любые искривления, напряжения, давление или чувство дискомфорта;
- 3) способ, которым тело человека приспосабливается к тому, чтобы не потерять равновесие во время движения;
- 4) головокружение, обморок, сердцебиение, появляющиеся при изменении положения тела:

а) механика тела;

б) эффект Вальсальвы;

в) постуральный рефлекс;

г) правильное положение тела.

19. Установите правильную последовательность действий при укладывании пациента в положение Симса:

- а) положите подушку под голову пациента;
- б) подложите подушку под верхнюю, согнутую о локтевом и плечевом суставе руку (под углом 90 градусов), нижнюю руку;
- в) положите пациента на спину;
- г) переведите изголовье кровати в горизонтальное положение;
- д) положите подушку под согнутую верхнюю ногу так, чтобы нижняя треть голени оказалась на уровне нижней трети бедра;
- е) переведите пациента в положение лежа на боку и частично лежа на животе;
- ж) обеспечьте упор для стоп под углом 90 градусов.

20. Установите правильную последовательность действий при укладывании пациента в положение Фаулера:

- а) положите голову пациента на матрац или низкую подушку;
- б) подложите небольшую подушку или валик под нижнюю треть голени;
- в) приведите кровать в горизонтальное положение;

- г) если пациент не может самостоятельно двигать руками, подложите подушки;
- д) поднимите изголовье кровати под углом 45-60 градусов;
- е) положите пациенту подушку под поясницу;
- ж) подложите небольшую подушку или валик под бедра;
- з) поставьте упор для стоп пациента под углом 90 градусов.

Критерии оценки.

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

- 20 правильных ответов - отлично
- 19-16 правильных ответов - хорошо
- 15-11 правильных ответов - удовлетворительно
- 11 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

Задание 2. Изучив лекционный материал, выполните задания.

Задание 2.1. Положение пациента в постели.

Заполните схему, а затем и продемонстрируйте положения пациента в постели.

Положение пациента в постели		

Задание 2.2

Продемонстрируйте правила перекладывания пациента с каталки на кровать, соблюдая правила эргономики.

Задание 2.3

Продемонстрируйте алгоритм манипуляции – пересаживание пациента с кровати на кресло-каталку с учетом правил эргономики.

Критерии оценки выполнения

- 5 (*отлично*) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,
 - 4 (*хорошо*) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов
 - 3 (*удовлетворительно*) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;
 - 2 (*неудовлетворительно*) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;
- Контроль конечного уровня усвоения знаний.**

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Как подразделяются учреждения здравоохранения.
2. Типы медицинских учреждений.
3. Назовите классификацию лечебно-профилактических учреждений.
4. Характеристика больничных учреждений.
5. Назовите виды режимов отделений стационара.
6. Дайте характеристику по виду, объёму и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы больницы.
7. Назовите основные структурные подразделения городской больницы.
8. Характеристика диспансерных учреждений и их виды.
9. Характеристика диспансерных учреждений и их виды.
10. Характеристика учреждений охраны материнства и детства
11. Характеристика санаторно-курортных учреждений.
12. Характеристика лечебных учреждений скорой помощи
13. Характеристика ЛПУ комбинированного типа.
14. Назовите элементы Лечебно-охранительный режим

Тема: Тема 3. Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Проверка вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Выполнение тестовых заданий по теме: «Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции»

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** правильный **ответ**, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

1. ВИЧ-инфекция относится к разряду:

- А) парентеральные или кровяные инфекции
- Б) кишечные инфекции
- В) аденовирусные

2. Вирус иммунодефицита человека:

- А) ДНК-содержащий
- Б) РНК-содержащий
- В) ретровирус

3. Характеристика вируса иммунодефицита человека:

- А) не стоек во внешней среде, гибнет при температуре 56 градусов через 30 минут, при кипячении через 1 – 2 минуты, под действием дезсредств моментально
- Б) стоек во внешней среде, гибнет только под действием 5% хлорамина
- В) стоек во внешней среде, уничтожается любым дезсредством

4. Пути передачи ВИЧ в организм человека:

- А) контактно-бытовой, воздушно-капельный
- Б) алиментарный, контактный
- В) половой, парентеральный, вертикальный

5. Факторы передачи:

- А) мокрота, сперма, моча
- Б) кровь, сперма, вагинальный секрет, грудное молоко, спинномозговая жидкость
- В) кал, моча, кровь

6. Стадии ВИЧ-инфекции:

- А) инкубационный период, первичные проявления, вторичные заболевания, терминальная (СПИД)
- Б) инкубация, разгар, затихание
- В) инкубационный период, терминальная стадия

7. Диагностика ВИЧ-инфекции:

- А) ОАК, ОАМ
- Б) биохимия крови
- В) ИФА, иммуноблоттинг, ПЦР

8. Защитная одежда медработников при работе с кровью:

- А) перчатки, халат, колпак, респиратор, при необходимости защитные очки или щитки, клеенчатый фартук при заборе крови
- Б) ношение хирургического костюма
- В) нет специальных мероприятий

9. Содержимое аварийной аптечки для профилактики ВИЧ-инфекции:

- А) йод, вата, спирт 96 град.
- Б) марганцовка, йод, спирт 70 град., лейкопластырь, протаргол, альбуцид, запасные перчатки, клей БФ медицинский, бинт, вата
- В) глюкоза 40%, нашатырь

10. После аварийной ситуации (например, прокол иглой пальца после инъекции) нужно сообщить об этом старшей (главной) медсестре с записью в:

- А) прививочный журнал
- Б) журнал по расходу бланков листов нетрудоспособности
- В) аварийный журнал

11. Все медработники, работающие с кровью должны сдавать анализ крови на ВИЧ-инфекцию и гепатит:

- А) 1 раз в год
- Б) 1 раз в 5 лет
- В) 1 раз в 6 месяцев

12. Методы профилактики ВИЧ-инфекции:

- А) проведение санитарно-просветительной работы, тщательное обследование всех доноров крови, защищенный половой контакт, строгое соблюдение санэпидрежима, проведение инвазивных процедур строго по показаниям
- Б) ношение респиратора, витаминотерапия, массаж
- В) своевременная диагностика, дезинфекция, дератизация

13. Универсальные меры профилактики медработников:

- А) не общаться с пациентами
- Б) каждого пациента условно считать как ВИЧ-инфицированного, осторожно обращаться с острыми инструментами, спецодежда для защиты кожи, слизистых, наличие аварийных аптечек, ведение аварийного журнала, регулярные профилактические обследования
- В) гигиена рук медработников

14. Типы вирусов гепатита, известные в настоящее время:

- А) А, Б, В, Г
- Б) А, С, Д, Е
- В) А, В, С, Д, дельта, Е, G, TTV

15. Вирусный гепатит характеризуется преимущественным поражением:

- А) желудка
- Б) легких
- В) печени

16. Гепатиты, передающиеся энтеральным путем:

- А) А и Е
- Б) В, С, Д
- В) В, Е

17. Гепатиты, передающиеся парентеральным путем:

- А) А и Е
- Б) В, С, Д
- В) В, Е

18. В распространении какого типа гепатита исключительную роль играет фактор «грязных рук» и несоблюдение правил личной гигиены:

- А) В
- Б) С
- В) А

19. Какой гепатит называют «ласковым убийцей»:

- А) С
- Б) Д
- В) Е

20. Приказ «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране» №:

- А) 345 от 10.08.2000 г.
- Б) 408 от 12.07.1989 г.
- В) 120 от 07.03.1960г.

Вариант 2.

1. Дезинфекция инструментария при гепатитах проводится растворами:

- А) 3% хлорамин 60 минут, 6% перекись водорода 60 минут
- Б) 3% хлорамин 2 часа
- В) 3% перекись 60 минут

2. К донорству крови не допускаются:

- А) перенесшие в прошлом вирусный гепатит, бывшие в контакте, наличие клинических и лабораторных признаков патологии печени
- Б) с язвенной болезнью желудка или ДПК, с ОРВИ
- В) мужчины в возрасте после 40 лет

3. Контингенты, подлежащие обследованию на гепатит:

- А) дети первого года жизни
- Б) больные онкологическими заболеваниями, принимающие гормональную терапию, пенсионеры
- В) доноры, беременные, реципиенты крови (дети первого года жизни), персонал ЛПУ работающий с кровью, больные с хроническими заболеваниями печени, контингенты наркологических и кожно-венерологических диспансеров

4. Клинические показания для обследования на ВИЧ-инфекцию:

- А) лихорадка более 1 месяца, диарея более 1 мес., увеличение лимфоузлов двух и более групп, необъяснимая потеря массы тела более чем на 10%, затяжные рецидивирующие пневмонии, пиодермии, подострый энцефалит и др.
- Б) психические заболевания, неукротимая рвота, кашель более 3 недель, хронический ринит
- В) дизентерия, холецистит, неврит зрительного нерва, панкреатит

5. Показания к обследованию на ВИЧ-инфекцию (с подозрением или подтвержденным диагнозом и СПИД-индикаторные заболевания):

- А) рак легких, сифилис, токсикомания
- Б) наркомания, ЗППП, саркома Капоши, лимфома мозга, лейкоз, туберкулез, гепатит, ЦМВ инфекция, герпес
- В) лейкопения, гастрит, неврит зрительного нерва, панкреатит

6. При попадании любого дезинфицирующего препарата в глаза нужно:

- А) промыть водой, при раздражении закапать раствор альбуцида, при болях – 1-2% раствор новокаина
- Б) промыть раствором бриллиантовой зелени
- В) не промывая, закапать раствор протаргола

7. Специальная одежда, защищающая медсестру от возможного попадания крови и других биологических жидкостей на кожу или слизистые оболочки при выполнении манипуляций:

- А) хирургический костюм, колпак
- Б) маска, халат, шапочка
- В) халат, мед. шапочка, одноразовые резиновые перчатки, респиратор, очки, влагонепроницаемый фартук

8. Манипуляции, при которых может произойти заражение кровью или другими биологическими жидкостями:

- А) аускультация пациента, измерение артериального давления
- Б) инвазивные процедуры, соприкосновение со слизистыми оболочками, соприкосновение с поврежденной кожей пациентов, контакт с поверхностями, загрязненными кровью
- В) термометрия, ультразвуковое исследование

9. Чаще подвержены риску медработники, соприкасающиеся с:

- А) кровью и ее компонентами, спермой, вагинальным секретом, слюной, слезами, потом, грудным молоком инфицированной женщины
- Б) моча, кал, мокрота
- В) спинномозговая жидкость, пунктат из лимфоузла

10. При попадании крови на халат, одежду:

- А) снять халат и сдать в стирку
- Б) обработать это место 3% раствором хлорамина, обеззаразить перчатки, затем снять халат и погрузить в 3% раствор хлорамина на 1 час, затем сдать в стирку
- В) продолжать работать, в конце дня халат сменить

11. При уколе, порезе:

- А) сразу же снять перчатки, промыть руки с мылом под проточной водой, смазать йодом место укола
- Б) снять перчатки и заклеить ранку лейкопластырем
- В) прямо в перчатках вымыть руки с мылом под проточной водой, снять перчатки и погрузить в дезраствор, выдавить из ранки под проточной водой 2 – 3 капли крови, промыть ее под струей воды с мылом, обработать 70 % спиртом, промыть еще раз водой, обработать 5% раствором йода и заклеить лейкопластырем

12. При попадании крови на кожные покровы:

- А) с мылом промыть участок кожи под струей воды, затем обработать 70% спиртом
- Б) обработать 3% перекисью водорода
- В) смазать 5% раствором йода

13. При попадании биологической жидкости в рот:

- А) прополоскать рот 2% раствором соды
- Б) прополоскать рот и горло 70% спиртом или слабым раствором перманганата калия
- В) смазать горло раствором йодиола

14. После аварийной ситуации за пострадавшим устанавливается наблюдение в течение:

- А) 1 года
- Б) двух недель
- В) 6 месяцев

15. Повторные исследования на наличие антител к ВИЧ после аварийной ситуации проводятся:

- А) через 3, затем через 6 месяцев
- Б) через месяц, затем через 2 недели
- В) через трое суток, а затем через месяц

16. При попадании биологической жидкости в нос:

- А) хорошо высморкаться и закапать раствор альбуцида
- Б) промыть проточной водой или слабым раствором марганцовки, закапать 1% раствор протаргола
- В) промыть 70% спиртом

17. Для уменьшения риска перед надеванием перчаток нужно обработать кожу ногтевых фаланг:

- А) 70% спиртом
- Б) 96% спиртом
- В) йодом

18. Если целостность кожных покровов на руках нарушена, то перед началом работы ранки следует:

- А) забинтовать
- Б) закрыть лейкопластырем или смазать клеем БФ
- В) смазать раствором бриллиантового зеленого

19. Вакцинация против гепатита В на территориях с высокой заболеваемостью должна проводиться:

- А) 1 – в первый день жизни ребенка, 2 – 1 месяц, 3 – 55-6 месяц жизни
- Б) 1 раз в первый месяц жизни
- В) в 1 месяц и в 6 месяцев (двухкратно)

20. Вакцинация взрослых против гепатита В (непривитых в детстве) проводится:

- А) 1 раз до 40 лет
- Б) двухкратно с промежутком в 3 месяца
- В) по схеме 0-3-6 (трехкратно с интервалом в 3 месяца)

Критерии оценки.

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

- 20 правильных ответов - отлично
- 19-16 правильных ответов - хорошо
- 15-11 правильных ответов - удовлетворительно
- 11 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

Задание 2.

1. Заполните недостающую часть в таблице, отражающей действия медицинской сестры при инфекционной аварии.
2. Продемонстрируйте алгоритм действий при ВИЧ аварийной ситуации

Ситуация	Действия медсестры
1.Кровь попала на перчатку	
2.Кровь попала в глаза	
3.Кровь попала в нос	
4.Кровь попала в рот	
5.Кровь попала на кожу рук	
6.Произошел прокол кожи потенциально инфицированной иглой	
7.Кровь попала на халат	

Правила и алгоритм работы учащегося по решению ситуационных задач.

1. Перед началом решения задачи следует внимательно прочитать ситуационную задачу.
2. Вспомнить и указать нормативный документ или иной источник данных, который регламентирует алгоритм выполнения данного задания.
3. Написать последовательность своих действий, опираясь на алгоритм выполнения манипуляций.
4. Указать перечень необходимых для оформления документов.

Задание 4. Ситуационные задачи.

ЗАДАЧА № 1. В боксе инфекционного отделения на лечении находится пациент с гепатитом В. Младшей медицинской сестре необходимо провести дезинфекцию следующих объектов:

- постельное белье
- посуда
- судно
- матрац и подушка
- рвотные массы
- испражнения
- моча

Задание:

1. Определите вид проводимой дезинфекции.
2. Каким образом проводится дезинфекция представленных объектов, согласно приказу №408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране» и СП 1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».
3. Какой вид дезинфекции проводится после выписки пациента?
4. Продемонстрируйте алгоритм дезинфекции.

ЗАДАЧА № 2. Младшая медицинская сестра инфекционного отделения оказывала помощь пациенту с гепатитом С. После снятия перчаток, согласно приказа № 408, она должна обработать руки после контакта с инфекционным больным.

Задание:

1. Какой вид дезинфекции проводится в данном случае?
2. Определите порядок обработки рук персонала после контакта с больным гепатитом.
3. Продемонстрируйте алгоритм обработки рук.

ЗАДАЧА № 3. Старшая медицинская сестра поручила младшей медицинской сестре провести ревизию аварийной аптечки и обеспечить ее полную комплектацию согласно приказу Приложение 12 к СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"

Задание:

1. О каком приказе идет речь?
2. Составьте перечень содержимого аварийной аптечки.
3. Продемонстрируйте алгоритм действия при ВИЧ аварийной ситуации.

ЗАДАЧА № 4. При транспортировке крови произошло ее разбрызгивание и кровь попала на слизистую глаз младшей медсестры.

Задание:

1. Оцените ситуацию.
2. Какими профилактическими мероприятиями пренебрегла медицинская сестра?
3. Продемонстрируйте алгоритм обработки слизистых при ВИЧ аварийной ситуации.

ЗАДАЧА № 5.

Младшая медицинская сестра, в процедурном кабинете, во время работы уколола палец потенциально инфицированной иглой. От гепатита «В» не привита.
Задание:

1. Обозначить ситуацию.
2. Составить план мероприятий, регламентированный приказом №170 от 1994 г. «О мерах по совершенствованию профилактики и лечению ВИЧ-инфекции в РФ» и приказом №408 от 1989 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране».
3. Продемонстрируйте алгоритм обработки рук.

Вопросы для заключительного контроля :

1. Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.
2. Этиология вирусных гепатитов.
3. Профилактика и противоэпидемические мероприятия, регламентирующие приказы.
4. Возбудитель ВИЧ-инфекции.
5. Пути передачи.
6. Причины роста.
7. Эпидемиология, клиника, профилактика, лечение.
8. Правила работы с пациентами при подозрении на ВИЧ-инфекцию.
9. Основные регламентирующие документы, определяющие работу по профилактике ВИЧ-инфекции.

Тема: Тема 4. Правила обработки рук медицинского персонала

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Правила обработки рук медицинского персонала.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Задание 1.

1. Прочитав материал лекции, и согласно СанПиН 2.1.3.2630-10, заполните алгоритм деконтаминации рук при различных уровнях.
2. Продемонстрируйте технику деконтаминации рук различных уровней.

Уровни деконтаминации рук

Гигиенический	Хирургический
<p>Мытье рук с использованием антисептических средств способствует более эффективному удалению временных микроорганизмов.</p> <p>Гигиеническая обработка проводится: Перед выполнением инвазивных процедур Перед уходом за пациентами с ослабленным иммунитетом Перед и после ухода за ранами и мочевым катетером До одевания перчаток и после их снятия После контакта с биологическими жидкостями пациента или после возможного обсеменения рук</p> <p>Гигиеническая обработка включает следующие этапы: мытье рук обработка антисептиком. Обработка антисептиком проводится не менее 2 минут</p>	<p>Хирургическая обработка проводится: перед любым хирургическим вмешательством и предполагает специальную обработку рук. Применяются те же антисептические средства, что и при гигиенической обработке. Используется определенная методика обеззараживания рук.</p>

Задание 2. Внимательно прочитайте задачу, и дайте правильный ответ.

Задача 1

Младшая медицинская сестра перед уходом за ослабленным пациентом вымыла руки простым мылом и водой, надела перчатки.

1. Какую ошибку сделала медсестра?
2. Какие рекомендации Вы могли бы ей дать?
3. Продемонстрируйте примеры мытья рук с использованием антисептических средств.

Задача 4

В неврологическом отделении пациент попросил помочь ему пообедать. Младшая медицинская сестра, перед просьбой пациента заполняла температурный лист, она его отложила и сразу пошла в палату, кормить пациента.

1. Какую ошибку она допустила?
2. Как необходимо обрабатывать руки, перед кормления пациента?
4. Продемонстрируйте примеры мытья рук.

Задача 5

В урологическом отделении медицинская сестра, попросила младшую медицинскую сестру, помочь ей в постановки мочевого катетера пациенту. Она приготовила для мытья рук жидкое мыло.

1. Какую ошибку сделала медицинская сестра?
2. Как необходимо обрабатывать руки перед постановкой мочевого катетера.
3. Продемонстрируйте технику мытья рук.

Задача 6

Младшая медицинская сестра меняла постельное белье пациенту, когда медицинская сестра попросила её помочь разлить пациентам компот. Протерев руки влажной салфеткой, младшая медсестра стала разливать компот.

1. Оцените действие младшей медсестры.
2. Продемонстрировать обработку рук, перед раздачей пищи.

Задача 7

Младшая медицинская сестра перед обработкой полости рта пациенту вымыла руки с мылом и вытерла их вафельным полотенцем, которое до этого использовала медицинская сестра.

1. Какую ошибку сделала младшая медицинская сестра?
2. Продемонстрируйте алгоритм мытья рук.

Задача 8

Перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом, младшая медицинская сестра вымыла руки кусковым мылом и вытерла их бумажным полотенцем.

1. Какую ошибку она совершила?
2. Продемонстрируйте алгоритм мытья рук.

Задача 9

После посещения туалета родственница пациента сразу стала нарезать ему хлеб и сыр. Затем, вымыла руки и стала кормить своего родственника.

1. Какую ошибку она допустила?
2. Как бы Вы, после увиденного, провели разъяснительную беседу с родственницей больного, по соблюдению мер личной гигиены.
3. Продемонстрируйте алгоритм мытья рук.

Критерии оценки выполнения

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

Вопросы для итогового контроля знаний:

1. Что такое деcontаминация рук.
2. Назовите уровни (способы) деcontаминации рук.
3. Требования к рукам медицинского работника.
4. Гигиена рук медицинского персонала.
5. Техника мытья рук ПиН 2.1.72790-10 «Санитарно

Тема: Тема 5. Бельевой режим в ЛПУ

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Бельевой режим в ЛПУ.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Задание 1.

Выполнение тестовых заданий по теме: Бельевой режим в ЛПУ

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Бельевой режим в ЛПУ», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** правильный **ответ**, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Тесты.

Цель сестринской помощи пациенту в уходе за телом – обеспечение

- А) чистоты и безопасности
- Б) комфорта и защищенности
- В) независимости и адаптации к своему состоянию
- Г) личной гигиены и ухода

Общий комфорт пациенту невозможен без

- А) проведения личной гигиены
- Б) приема калорийной пищи
- В) смена постельного белья
- Г) смены нательного белья

Белье в лечебных отделениях хранят в

- А) материальной комнате
- Б) санитарной комнате
- В) шкафах процедурного кабинета
- Г) шкафах на посту медсестры

Способ смены постельного белья зависит от

- А) тяжести заболевания
- Б) режима двигательной активности
- В) особенностей заболевания
- Г) врачебных заболеваний

Способ смены нательного белья пациенту зависит от

- А) режима двигательной активности

- Б) тяжести состояния
 - В) возможности и желания помочь сестре
 - Г) устройства кровати
- В уходе за пациентом сестре следует**
- А) быть внимательной и терпеливой
 - Б) комментировать результаты анализов
 - В) проявлять такт и выдержку
 - Г) побуждать к самоухода

Внимательно прочитайте утверждения. Дополните предложения, вставив пропущенные слова.

7. Смена белья должна проводиться по мере загрязнения регулярно, но не реже 1 раза в дней.
8. Личная гигиена - это меры, направленные на соблюдение чистоты собственного и на тщательный уход за ним.
9. Специальный уход позволяет обслуживать пациентов определенного типа
10. Смену белья родильницам проводят 1 раз в дня, нательного и полотенец -, подкладных салфеток по
11. Смена белья пациентам после операций должна проводиться до прекращения выделений из ран.
12. В отделении должен храниться запас чистого белья.
13. Тяжелобольным под простыню подкладывают
14. 2-й способ: больного поворачивают на бок ближе к кровати.
15. Смену нательного белья производят по мере его загрязнения или одновременно со сменой белья.

Задание 2.

Решение ситуационных задач.

Внимательно прочитайте задачу. Дайте полный ответ.

Задача 1. Пациент в течение двух часов находился на загрязнённом мокром постельном белье.

Задания:

- Укажите проблемы пациента.
- В чём заключается помощь пациенту?
- Продемонстрируйте смену постельного белья 1 способом.

Задача 2. Пациент, находящийся на постельном режиме, испытывает дискомфорт из-за присутствия крошек на постельном белье.

Задания:

- Укажите проблемы пациента.
- В чём заключается помощь пациенту?
- Продемонстрируйте смену постельного белья 2 способом.

Задача 3. Медицинская сестра случайно испачкала нательное белье тяжелобольному пациенту с поврежденной левой рукой во время кормления через зонд.

Задания:

- Укажите проблемы пациента.
- В чём заключается помощь пациенту?
- Продемонстрируйте алгоритм смены нательного белья.

Тема: Тема 6. Дезинфекция

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Дезинфекция.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Задание 1. Техника безопасности при работе с дезинфекантами.

Выполните ситуационное задание:

1. Вы медицинская сестра хирургического отделения. К Вам в отделение пришел студент медицинского колледжа для прохождения практики. Проведите инструктаж студента по технике безопасности при работе с дезинфекантами.
2. Продемонстрируйте алгоритм разведения дезсредств.

1. _____.
2. _____.
3. _____.
4. _____.
5. _____.
6. _____.

Задание 2. Принципы оказания первой помощи при отравлении дезинфекантами.

Выполните ситуационное задание:

1. При работе медсестры с хлорамином произошло её отравление. Составьте план первой помощи:

2. Продемонстрируйте алгоритм оказания первой помощи.

Задание 3. Приготовьте дезинфицирующее средство.

Какое количество сухого хлорамина и воды необходимо взять для приготовления:

- 1) 3 литров 5%-ного р-ра хлорамина =
- 2) 7 литров 3%-ного р-ра хлорамина =
- 3) 10 литров 0,5%-ного р-ра хлорамина =
- 4) 6 литров 1%-ного р-ра хлорамина =
- 5) 4 литров 0,2%-ного р-ра хлорамина =

Задание 4. Тестовый контроль

Выполнение тестовых заданий по теме: Дезинфекция.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Дезинфекция», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** или **несколько** правильных **ответов**, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

1. Комбинированная дезинфекция – это сочетание методов

- а) физический + механический
- б) физический + химический
- в) механический + химический
- г) механический+физический+химический

2. Мероприятия по удалению патогенных микроорганизмов и их переносчиков в присутствии источника инфекционного заболевания – это дезинфекция

- а) профилактическая
- б) очаговая
- в) текущая
- г) заключительная

3. При проведении дезинфекционных мероприятий погибают

- а) только бактерии
- б) только вирусы
- в) вегетативные формы микроорганизмов
- г) вегетативные и споровые формы микроорганизмов

4. Физический метод дезинфекции – это

- а) стирка, мытье, проветривание
- б) протирание дезсредствами
- в) воздействие высокой температурой, паром, излучением
- г) использование антибиотиков

5. Наибольшей устойчивостью во внешней среде обладают

- а) вирусы
- б) грибы
- в) споры
- г) бактерии

6. К дезинфектантам, обладающим коррозионной активностью, относятся группы

- а) хлорсодержащих
- б) ЧАС
- в) альдегидсодержащих
- г) гуанидинов

7. Эффективность дезинфекционных мероприятий проверяют

- а) химическими индикаторами
- б) азопирамовой пробой
- в) путем смывов с различных поверхностей и посевом на питательные среды
- г) пробой с суданом III

8. К химическому методу дезинфекции относится

- а) обработка дезинфектантами
- б) использование УФО
- в) использование бактериальных фильтров
- г) использование пара под давлением

9. Дезинфектантом, обладающим спороцидной активностью, можно проводить

- а) предстерилизационную очистку
- б) дезинфекцию и предстерилизационную очистку
- в) дезинфекцию и стерилизацию
- г) дезинфекцию высокого уровня

10. Инструменты после инвазивных манипуляций в целях дезинфекции

- а) протирают дезраствором двукратно с промежутком в 15 минут
- б) погружают в дезраствор на время экспозиции
- в) ополаскиваются в растворе дезсредства
- г) орошаются дезсредством

11. Уничтожение вероятно накопленных микроорганизмов при отсутствии видимого источника инфекции – это дезинфекция

- а) профилактическая
- б) очаговая
- в) текущая
- г) заключительная

12. Химический метод дезинфекции – это

- а) использование бактериальных фильтров

- б) стирка, мытье, проветривание
- в) использование УФО, высокой температуры, пара
- г) использование дезсредств

13. Концентрация дезсредства для обработки использованных изделий медицинского назначения зависит от

- а) степени загрязненности объекта
- б) характера выполненной манипуляции
- в) срока годности дезраствора
- г) физико-химических свойств раствора

14. На емкости с дезраствором не указывают

- а) концентрацию
- б) название раствора
- в) дату приготовления или начало использования
- г) объект дезинфекции

15. Мероприятия по удалению патогенных микроорганизмов и их переносчиков после удаления источника инфекционного заболевания из основного очага - это дезинфекция

- а) профилактическая
- б) очаговая
- в) текущая
- г) заключительная

16. Для совмещения в один этап дезинфекции и предстерилизационной очистки можно использовать дезинфицирующие средства, обладающие

- а) только дезинфицирующим действием
- б) и дезинфицирующим, и моющим действием
- в) и дезинфицирующим, и стерилизующим действием
- г) и дезинфицирующим, и дезодорирующим действием

17. Для генеральной уборки предпочтительно использовать дезинфектанты, обладающие свойствами

- а) дезинфицирующими
- б) дезинфицирующими и моющими
- в) дезинфицирующими и дезодорирующими
- г) дезинфицирующими и спороцидными

124. Свойство препаратов, обладающих способностью убивать грибы

- а) микростатическое
- б) бактерицидное
- в) вирулицидное
- г) фунгицидное

18. Дезинфицирующие средства, образующие защитную пленку на обработанной поверхности, нельзя использовать для дезинфекции

- а) стен, пола, потолка
- б) санитарно-технического оборудования
- в) медицинских инструментов
- г) манипуляционных столиков, кушеток

19. Заключительную дезинфекцию должны проводить специалисты

- а) ЛПУ
- б) дезинфекционной службы
- в) карантинной службы
- г) инфекционной больницы

20. Целью дезинфекции является уничтожение

- а) всех микробов и их спор
- б) только патогенных микробов
- в) только условно-патогенных микробов
- г) и патогенных, и условно-патогенных микробов (кроме спорных)

Вариант 2.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Дезинфекция», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один или несколько правильных ответов**, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. Дезинфекции подлежат

- а) все изделия после использования в ЛПУ
- б) только те изделия, которые соприкасались со слизистыми оболочками пациента
- в) только хирургические инструменты
- г) только те изделия, которые соприкасались с кровью пациента

2. При механической дезинфекции применяются способы

- а) УФО
- б) влажная уборка
- в) орошение дезсредством
- г) стирка

3. Одноразовые изделия медицинского назначения после использования подлежат

- а) уничтожению
- б) дезинфекции, а затем утилизации
- в) дезинфекции, а затем стерилизации
- г) очистке, а затем утилизации

4. Документ, подтверждающий соответствие дезинфектанта Госстандарту

- а) лицензия
- б) методическая разработка
- в) инструкция
- г) сертификат

5. Дезинфекция - это комплекс мероприятий, направленных на

- а) предупреждение попадания микробов в рану
- б) уничтожение или уменьшение количества микробов в ране или организме в целом
- в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микробов на эпидемиологически значимых объектах больничной среды
- г) уничтожение всех микробов и их спор

6. Профилактическая дезинфекция проводится

- а) медицинским персоналом в очаге инфекционных заболеваний непосредственно у постели больного
- б) дезинфекционной службой после госпитализации или выписки пациента
- в) для предупреждения возникновения инфекционных заболеваний в ЛПУ
- г) в очаге инфекционного заболевания

7. Дезинфекционные мероприятия в ЛПУ при отсутствии выявленного источника инфекции – это дезинфекция

- а) профилактическая
- б) текущая
- в) генеральная
- г) очаговая

8. Заключительная дезинфекция проводится

- а) при всех инфекционных заболеваниях
- б) только при особо опасных заболеваниях
- в) только при вирусных инфекциях
- г) при особо опасных инфекциях и при заболеваниях, возбудители которых очень устойчивы во внешней среде

9. Заключительная дезинфекция проводится при

- а) любых инфекциях
- б) особо опасных инфекциях
- в) особо опасных инфекциях и инфекционных заболеваниях, возбудители которых обладают высокой устойчивостью во внешней среде
- г) вирусных инфекциях

10. Дезинфектанты, обладающие высокой токсичностью и спорцидными свойствами, чаще относятся к группе

- а) кислородосодержащих
- б) ЧАС
- в) альдегидсодержащих
- г) хлорсодержащих

11. Дезинфекционные мероприятия в очаге в присутствии источника инфекции – это дезинфекция

- а) очаговая
- б) профилактическая
- в) заключительная
- г) генеральная

12. Физический метод дезинфекции – это

- а) стирка, мытье, проветривание
- б) использование УФО, высокой температуры, пара
- в) использование дезсредств
- г) использование бактериальных фильтров

13. Перед обеззараживанием показана предварительная очистка медицинских изделий при работе с дезинфектантами

- а) хлорсодержащими
- б) альдегидсодержащими
- в) кислородсодержащими
- г) ЧАС

14. В очаге инфекционного заболевания проводится дезинфекция

- а) профилактическая
- б) текущая
- в) генеральная
- г) заключительная

15. Дезинфицирующие средства, обладающие вирулицидными свойствами, вызывают гибель

- а) грибов
- б) бактерий
- в) вирусов
- г) прионов

16. Продолжите утверждение «Дезинфекции подлежат ...»:

- 1) все изделия после применения их у пациентов
- 2) только изделия, подлежащие стерилизации
- 3) только изделия, контактировавшие с кровью
- 4) только изделия, используемые у инфекционных больных
- 5) только хирургический инструментарий

17. Текущая дезинфекция в режимном кабинете проводится:

- 1) каждые 2 часа в течение рабочей смены
- 2) не менее 2 раз в сутки
- 3) 2 раза в смену
- 4) ежедневно
- 5) 1 раз в неделю

18. Выберите, каким из перечисленных способов при химическом методе дезинфекции разрешается проведение дезинфекции медицинского инструментария:

- 1) замачивание
- 2) засыпание
- 3) погружение
- 4) орошение
- 5) протирание

19. Определитесь, какому препарату вы отдадите предпочтение при проведении дезинфекции медицинского инструментария:

- 1) обладающему дезинфицирующим и моющим эффектом
- 2) обладающему только дезинфицирующим действием
- 3) обладающему только моющим действием

- 4) обладающему стерилизующим действием
- 5) обладающему фунгицидным действием
- 20. Генеральная уборка соматических палат проводится с периодичностью:**
- 1) 1 раз в 3 дня
- 2) 1 раз в 7 дней
- 3) 1 раз в 30 дней
- 4) произвольно
- 5) ежедневно

Критерии оценки.

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

- 20 правильных ответов - отлично
 19-16 правильных ответов - хорошо
 15-11 правильных ответов - удовлетворительно
 11 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

Вопросы для итогового контроля.

1. Понятие «дезинфекция».
2. Общие требования к дезинфекционному режиму в ЛПУ.
3. Приказы, регламентирующие способы, режимы и средства для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.
4. Характеристика современных средств дезинфекции.
5. Токсичность дезинфицирующих препаратов.
6. Меры предосторожности.

Тема: 7. Стерилизация. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Стерилизация. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Выполнение тестовых заданий по теме: Стерилизация. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Стерилизация. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

- 1. Определите, какое из предложенных утверждений является верным:**
- 1) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на очистку инструментария от биологических и химических загрязнений
- 2) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение всех форм микрофлоры, включая споры
- 3) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение патогенных и непатогенных микроорганизмов
- 4) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на остановку раз-вития патогенных микроорганизмов
- 5) стерилизация – это комплекс санитарно-гигиенических мероприятий
- 2. Укажите, какие изделия медицинского назначения подлежат стерилизации:**
- 1) только хирургический инструментарий
- 2) любые изделия медицинского назначения
- 3) все изделия, которые соприкасаются пациентом
- 4) только инструментарий для проведения инъекций
- 5) все изделия, которые соприкасаются с раневой поверхностью, контактиру-ющие с кровью в организме пациента или вводимой в него, инъекционными препаратами, а также контактируют со слизистой и могут травмировать её
- 3. Какие изделия медицинского назначения подлежат предстерилизацион-ной очистке:**
- 1) все изделия, подлежащие стерилизации
- 2) все изделия, прошедшие дезинфекцию
- 3) только изделия, имеющие видимые следы органических загрязнений
- 4) все изделия после использования
- 5) все металлические инструменты
- 4. Укажите цель предстерилизационной очистки:**
- 1) удаление белковых, жировых, механических загрязнений, остатков дезин-фектанта и лекарственных средств
- 2) уничтожение патогенной и условно-патогенной микрофлоры
- 3) уничтожение всех видов микрофлоры, включая споры
- 4) уничтожение патогенных микроорганизмов
- 5) уничтожение сапрофитной микрофлоры
- 5. Для оценки качества предстерилизационной очистки изделий медназна-чения необходимо использовать:**
- 1) постановку азопирамовой пробы (при рН дезсредства более 8,5-фенолфталеиновой пробы)
- 2) постановку йодокрахмальной пробы
- 3) смывы на кишечную палочку
- 4) визуальную оценку
- 5) биотесты
- 6. Выберите из предложенных изделий те, которые подлежат предстери-лизационной очистке:**
- 1) гинекологические зеркала
- 2) подкладные судна
- 3) термометр
- 4) кружка Эсмарха
- 5) ватные тампоны
- 7. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы было получено 6 положительных проб на зажимах Кохера. Какие действия медперсонала необходимы в данной ситуации:**

- 1) персонал подлежит увольнению
- 2) персонал проводит повторную обработку всей партии инструментов и по-вторный контроль
- 3) персонал отстраняется от проведения обработки инструментария
- 4) персонал проводит повторную обработку 6 зажимов Кохера
- 5) персонал проводит повторную обработку всех инструментов, имеющих замковые части
8. **При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы на 6 зажимах Кохера получено розово-фиолетовое окрашивание. Определите дальнейшие действия медработника:**
 - 1) вся партия инструментария подлежит повторному контролю для выявления всех плохо отмытых инструментов
 - 2) инструменты, давшие положительный результат азопирамовой пробы, под-лежат повторной предстерилизационной очистке
 - 3) инструменты, давшие положительный результат азопирамовой пробы, под-лежат списанию
 - 4) инструменты, давшие положительную азопирамовую пробу, подлежат ан-тикоррозийной обработке
 - 5) вся партия инструментария подлежит повторной предстерилизационной очистке и повторному контролю
9. **При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы на 6 корнцангах получено бурое окрашива-ние. Определите дальнейшие действия медработника:**
 - 1) вся партия инструментария подлежит повторной предстерилизационной очистке и повторному контролю
 - 2) инструменты, давшие бурое окрашивание, подлежат повторной предстери-лизационной очистке
 - 3) инструменты, давшие бурое окрашивание, подлежат списанию
 - 4) инструменты, давшие бурое окрашивание подлежат использованию после антикоррозийной обработки
 - 5) проводится повторный контроль старшей медсестрой для оценки работы персонала
10. **Определите сроки использования рабочего раствора азопирама для оценки качества проведенной предстерилизационной очистки при температуре + 25С:**
 - 1) 30 минут
 - 2) 1 час 20 минут
 - 3) 40 минут
 - 4) 2 часа
 - 5) 10 дней при условии прозрачности раствора
11. **Выберите второе требование к инструментам из предложенного: «Для проведения азопирамовой пробы инструменты для контроля должны быть сухими и»**
 - 1) «...остывшими до комнатной температуры»
 - 2) «...горячими»
 - 3) «...остывшими до 50 градусов»
 - 4) «...чистыми»
 - 5) второго условия не существует
12. **Младшая медсестра для проведения предстерилизационной очистки использует моющий комплекс с перекисью водорода. После 2-х кратного использования раствор приобрел розовое окрашивание. Определите дальнейшие действия младшей медсестры:**
 - 1) она должна приготовить новый моющий комплекс
 - 2) она может пользоваться этим же раствором до истечения суток
 - 3) она должна добавить в моющий комплекс перекись водорода в соотношении 2 к 1
 - 4) она должна прокипятить моющий комплекс
 - 5) она должна добавить в моющий комплекс пищевую соду
13. **Назовите основной нормативный документ, регламентирующий обработ-ку медицинского инструментария:**
 - 1) СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к орга-низациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
 - 2) приказ МЗ СССР № 170
 - 3) приказ МЗ РФ № 342
 - 4) приказ главного врача по ЛПУ
 - 5) приказ МЗ СССР № 408

14. Установите правильное соотношение между:

Определение:	Его сущность:
1. стерилизация	а) уничтожение вредных насекомых
	б) полное уничтожение микроорганизмов всех видов на всех стадиях развития
2. дезинфекция	в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов (кроме их спор) в объектах внешней среды

Кажите правильное соответствие упаковок для стерилизации в автоклаве:

- а) крафт-пакет, открытая емкость
- б) крафт-пакет, 2-х слойная бязевая упаковка
- в) бикс, открытая емкость
- г) открытая емкость

16. Контроль работы стерилизаторов проводят физическим, химическим и _____ методами.

17. Стерильный стол накрывают на _____ часов.

Режим стерилизации ИМН из металла в сухожаровом шкафу:

- а) t = 100°C – 60 мин в) t = 180°C – 20 мин
- б)

19. Режим стерилизации ИМН из стекла в автоклаве:

- а) 160° С – 150 минут в) 132° С – 20 минут, давление 2 атм
- б) 180° С – 60 минут г) 132° С – 20 минут, давление 1,1 атм

20. Недостатки воздушного метода стерилизации:

- а) необходимость использования более высоких температур
- б) не вызывает коррозии металлов
- в) не происходит увлажнение упаковки
- г) медленное и неравномерное прогревание стерилизуемых изделий

Вариант II**Уважаемые студенты!**

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Дезинфекция», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один или несколько правильных ответов, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Тестовый контроль**Установите правильное соотношение:**

Методы стерилизации:	
Физический	а) воздушный, газовый
	б) паровой, воздушный
2. Химический	в) газовый, плазменный
	г) плазменный, гласперленовый

2. Резиновые перчатки стерилизуют в _____.

3. Недостатки парового метода стерилизации:

- а) вызывает коррозию инструментов
- б) обладает щадящим действием на стерилизуемый материал
- в) осуществляется при сравнительно невысокой температуре
- г) увлажняет стерилизуемые изделия

4. Преимущества воздушного метода стерилизации:

- а) необходимость использования более высоких температур
- б) не вызывает коррозии металлов
- в) не происходит увлажнение упаковки
- г) медленное и неравномерное прогревание стерилизуемых изделий

5. Стерильность ИМН в открытой емкости сохраняется в течение:

- а) 6 часов в) 20 суток
- б) 3 суток г) ИМН используются сразу после стерилизации

6. Укажите правильное соответствие упаковок для стерилизации в сухожаровом шкафу:

- а) открытая ёмкость, крафт-пакет
- б) крафт-пакет, 2-х слойная бязевая упаковка
- в) 2-х слойная бязевая упаковка
- г) бикс с фильтром

7. Контроль работы стерилизаторов проводят химическим, бактериологическим и _____ методами.**8. Режим стерилизации ИМН из стекла в сухожаровом шкафу:**

- а) $t = 180^{\circ}\text{C} - 60$ мин в) $t = 132^{\circ}\text{C} - 20$ мин.
- б) $t = 180^{\circ}\text{C} - 20$ мин г) $t = 120^{\circ}\text{C} - 45$ мин.

Режим стерилизации ИМН из резины в автоклаве:

- а) $132^{\circ}\text{C} - 20$ минут, 2 атм в) $180^{\circ}\text{C} - 60$ минут, 2 атм
- б) $120^{\circ}\text{C} - 45$ минут, 1,1 атм г) $120^{\circ}\text{C} - 20$ минут, 1,1 атм

Оптимальный режим использования 6 % перекиси водорода с целью стерилизации медицинских инструментов:

- а) $t = 18^{\circ}$, 320 минут в) $t = 50^{\circ}$, 180 минут
- б) $t = 18^{\circ}$, 180 минут г) $t = 50^{\circ}$, 160 минут

11. Определите сроки использования рабочего раствора азопирама для оценки качества проведенной предстерилизационной очистки при температуре + 25С:

- 1) 30 минут
- 2) 1 час 20 минут
- 3) 40 минут
- 4) 2 часа
- 5) 10 дней при условии прозрачности раствора

12. Выберите второе требование к инструментам из предложенного: «Для проведения азопирамовой пробы инструменты для контроля должны быть сухими и ……»

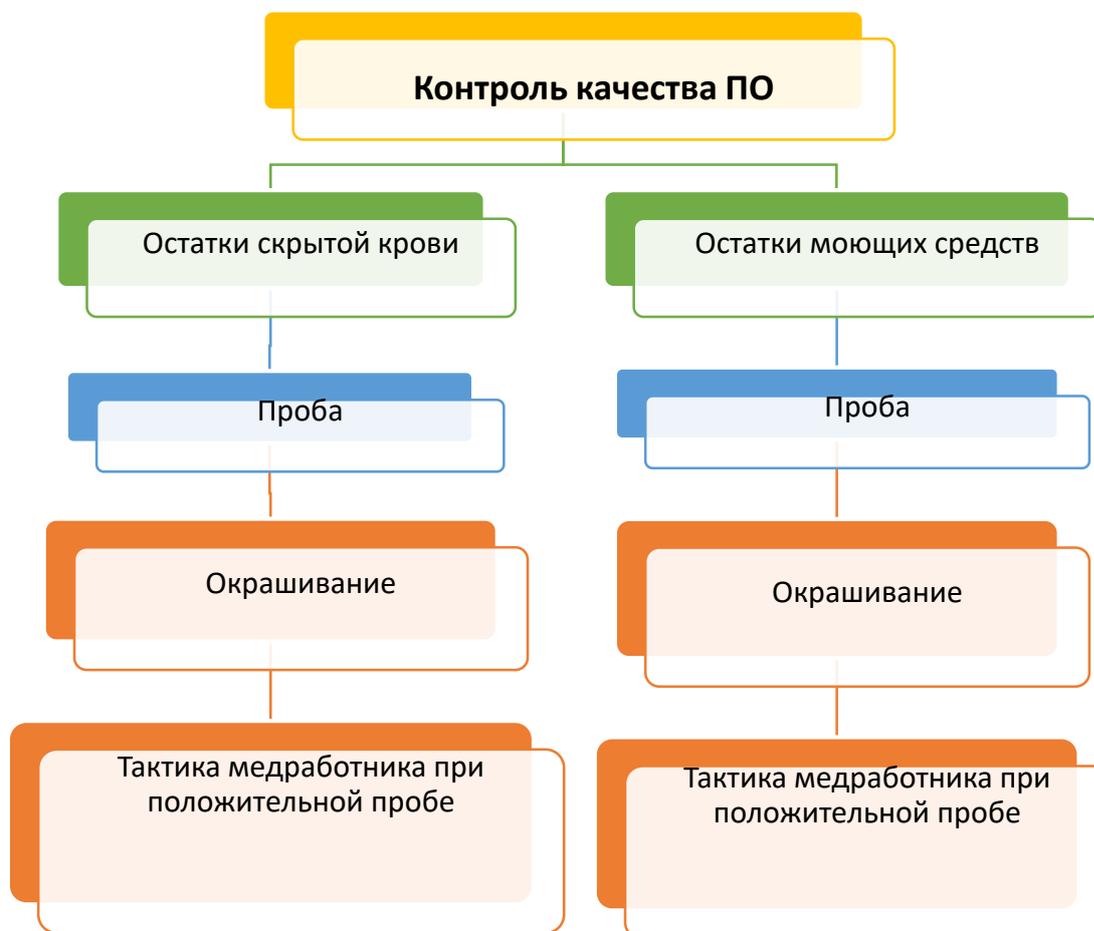
- 1) «…остывшими до комнатной температуры»
- 2) «…горячими»
- 3) «…остывшими до 50 градусов»
- 4) «…чистыми»
- 5) второго условия не существует

13. Младшая медсестра для проведения предстерилизационной очистки использует моющий комплекс с перекисью водорода. После 2-х кратного использования раствор приобрел розовое окрашивание. Определите дальнейшие действия младшей медсестры:

- 1) она должна приготовить новый моющий комплекс
 - 2) она может пользоваться этим же раствором до истечения суток
 - 3) она должна добавить в моющий комплекс перекись водорода в соотношении 2 к 1
 - 4) она должна прокипятить моющий комплекс
 - 5) она должна добавить в моющий комплекс пищевую соду
- 14. Назовите основной нормативный документ, регламентирующий обработ-ку медицинского инструментария:**
- 1) СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к орга-низациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
 - 2) приказ МЗ СССР № 170
 - 3) приказ МЗ РФ № 342
 - 4) приказ главного врача по ЛПУ
 - 5) приказ МЗ СССР № 408
- 15. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы на 6 зажимах Кохера получено розово-фиолетовое окрашивание. Определите дальнейшие действия медработника:**
- 1) вся партия инструментария подлежит повторному контролю для выявления всех плохо отмытых инструментов
 - 2) инструменты, давшие положительный результат азопирамовой пробы, под-лежат повторной предстерилизационной очистке
 - 3) инструменты, давшие положительный результат азопирамовой пробы, под-лежат списанию
 - 4) инструменты, давшие положительную азопирамовую пробу, подлежат ан-तिकоррозийной обработке
 - 5) вся партия инструментария подлежит повторной предстерилизационной очистке и повторному контролю
- 16.. Определите, какое из предложенных утверждений является верным:**
- 1) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на очистку инструментария от биологических и химических загрязнений
 - 2) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение всех форм микрофлоры, включая споры
 - 3) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение патогенных и непатогенных микроорганизмов
 - 4) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на остановку раз-вития патогенных микроорганизмов
 - 5) стерилизация – это комплекс санитарно-гигиенических мероприятий
- 17. Укажите, какие изделия медицинского назначения подлежат стерилизации:**
- 1) только хирургический инструментарий
 - 2) любые изделия медицинского назначения
 - 3) все изделия, которые соприкасаются пациентом
 - 4) только инструментарий для проведения инъекций
 - 5) все изделия, которые соприкасаются с раневой поверхностью, контактиру-ющие с кровью в организме пациента или вводимой в него, инъекционными препаратами, а также контактируют со слизистой и могут травмировать её
- 18. Выберите из предложенных изделий те, которые подлежат предстерили-зационной очистке:**
- 1) гинекологические зеркала
 - 2) подкладные судна
 - 3) термометр
 - 4) кружка Эсмарха
 - 5) ватные тампоны
- 19. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы было получено 6 положительных проб на зажимах Кохера. Какие действия медперсонала необходимы в данной ситуации:**
- 1) персонал подлежит увольнению
 - 2) персонал проводит повторную обработку всей партии инструментов и по-вторный контроль
 - 3) персонал отстраняется от проведения обработки инструментария
 - 4) персонал проводит повторную обработку 6 зажимов Кохера
 - 5) персонал проводит повторную обработку всех инструментов, имеющих замковые части
- 20. Какие изделия медицинского назначения подлежат предстерилизацион-ной очистке:**
- 1) все изделия, подлежащие стерилизации
 - 2) все изделия, прошедшие дезинфекцию
 - 3) только изделия, имеющие видимые следы органических загрязнений
 - 4) все изделия после использования
 - 5) все металлические инструменты

Задание 2. Контроль качества предстерилизационной очистки.

1. Заполните таблицу.
2. Приготовьте контрольные средства для проведения проб.



Тема 8. Организация безопасной среды для пациента и персонала

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Организация безопасной среды для пациента и персонала.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Ответьте на вопросы:

1. Вопросы для фронтального опроса по теме.

Факторы риска для пациентов в ЛПУ.

Выявление пациентов с высоким риском несчастных случаев.

Помощь младшего сестринского персонала, направленная на снижение риска падений, травм, ожогов, отравлений и поражений электрическим током.

Вредное воздействие на организм хлор- и фенолсодержащих дезинфектантов, сенсибилизаторов (лекарственных средств), фотосенсибилизаторов.

Симптомы, связанные с чрезмерным воздействием некоторых токсичных химических препаратов.

Способы защиты от воздействия токсичных веществ: использование защитной одежды, вентиляции, обучение персонала, уход за кожей.

Правила техники безопасности при работе с ртутьсодержащим оборудованием.

Неблагоприятное воздействие на сестру вредных микробиологических факторов: виды возбудителей, беременность и опасность воздействия микробиологических факторов на плод.

Неблагоприятное воздействие облучения.

Меры, направленные на предупреждение облучения сестринского персонала.

Выполнение тестовых заданий по теме: Организация безопасной среды для пациента и персонала

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Организация безопасной среды для пациента и персонала» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1 вариант

Выберите один правильный ответ

Эмоциональное благополучие и комфорт предусматривает один из режимов:

больничный

общий

лечебно-охранительный

санитарный

Пациент при болях в животе занимает положение:

активное
пассивное
индивидуальное
вынужденное

Наука, помогающая эффективно совершать работу с минимальной затратой энергии, не нанося вреда здоровью:

1. безопасная больничная среда
2. биомеханика
3. эргономика
4. вертебрология

Автор положения пациента в постели «полусидя-полулёжа»:

1. Симс
2. Фаулер
3. Джонсон
4. Хенджерсон

Фактором, обуславливающим риск падения пациентов после перемены положения тела, является:

возраст пациента старше 65 лет
неправильная техника перемещения
плохое настроение
высокое артериальное давление

Среда, позволяющая в наиболее полной мере удовлетворять потребности всех участников лечебно-диагностического процесса:

режим эмоциональной безопасности
лечебно-охранительный режим
безопасная больничная среда
инфекционная безопасность

Какой режим назначен пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии:

1. палатный
2. строгий постельный
3. постельный
4. общий

Наука о применении принципов механики для изучения движения тела:

1. механика
2. биомеханика
3. эргономика
4. динамика

Автор положения «промежуточное между положением на животе и на боку»:

1. Фаулер
2. Хенджерсон
3. Симс
4. Аллен

Пациенту с одышкой даже в покое целесообразно придать положение в постели:

Симса
на боку
Фаулера
сидя

2 вариант

Выберите один правильный ответ

Среда, позволяющая в наиболее полной мере удовлетворять потребности всех участников лечебно-диагностического процесса:

режим эмоциональной безопасности
лечебно-охранительный режим
безопасная больничная среда
инфекционная безопасность

Наука, помогающая эффективно совершать работу с минимальной затратой энергии, не нанося вреда здоровью:

безопасная больничная среда
биомеханика
эргономика
вертебрология

Наука о применении принципов механики для изучения движения тела:

1. механика
2. биомеханика
3. эргономика
4. динамика

Пациент при болях в животе занимает положение:

активное
пассивное
индивидуальное
вынужденное

Фактором, обуславливающим риск падения пациентов после перемены положения тела, является:

Возраст пациента старше 65 лет
неправильная техника перемещения
плохое настроение
высокое артериальное давление

Эмоциональное благополучие и комфорт предусматривает один из режимов:

больничный
общий
лечебно-охранительный
санитарный

Пациенту с одышкой даже в покое целесообразно придать положение в постели:

Симса
на боку
Фаулера
сидя

Автор положения пациента в постели «полусидя-полулёжа»:

Симс
Фаулер
Джонсон
Хенджерсон

Автор положения «промежуточное между положением на животе и на боку»:

1. Фаулер
2. Хендерсон
3. Симс
4. Аллен

Какой режим назначен пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии:

1. палатный
2. строгий постельный
3. постельный
4. общий

Критерии оценки.

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

10 правильных ответов - отлично

9-8 правильных ответов - хорошо

7 правильных ответов - удовлетворительно

6 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

Задание №1.

В терапевтическое отделение поступила пациентка Н, 58 лет, с жалобами на чувство онемение левой руки и левой ноги, слабость в конечностях, невозможность встать с кровати. Данное состояние не позволяет самостоятельно провести гигиенические мероприятия.

Выявите проблемы пациента.

Составьте план выполнения.

Продемонстрируйте выполнение.

Задание № 2.

Пациент С, 60 лет, находится на стационарном лечении в неврологическом отделении с парезом нижних конечностей (нарушена двигательная функция). Не может самостоятельно поворачиваться в постели. Есть потенциальная проблема- риск развития пролежней.

Выявите проблемы.

Составьте план решения.

Продемонстрируйте выполнение.

Задание № 3.

Пациент П, 48 лет, поступил на стационарное лечение по поводу воспаления левого коленного сустава.

В отделение доставлен на кресле – каталке, из – за боли в суставе сам пересесть на кровать не может. При попытке встать пациент падает.

Выявите проблемы пациента.

Составьте план решения.

Продемонстрируйте выполнение.

Задание № 4.

Пациент С, 54 года, находится на лечении в травматологическом отделении. Назначено дополнительное исследование ЭКГ. Пациент после операции по поводу перелома правой голени, назначен постельный режим.

Выявите проблемы пациента.

Составьте план решения.

Продемонстрируйте выполнение.

Задание № 5.

В кардиологическом отделении поступил тяжелобольной К, 60 лет с диагнозом инфаркт миокарда. Врач назначил строгий постельный режим. Пациент не может самостоятельно переместиться к изголовью кровати.

1. Выявите проблемы пациента.

2. Составьте план решения.

3. Продемонстрируйте выполнение.

Тема 9. Профилактика профессиональных заболеваний медицинских работников.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Профилактика профессиональных заболеваний медицинских работников.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Контрольные вопросы

1. Как влияет чрезмерная физическая нагрузка на организм медицинской сестры (к каким заболеваниям приводит)?
2. Дайте определение- Биомеханика тела медицинской сестры.
3. Дайте определение -эргономика
4. Правильная организация рабочего места медсестры — профилактика травм позвоночника.
5. Правильная биомеханика в положении стоя
6. Правильная биомеханика в положении сидя
7. Подготовка к перемещению Правила перемещения.
8. Вспомогательные средства поднятия и подъёмные устройства.

9. Особенность работы в бригаде при перемещении пациента.
10. Перечислите разновидности Easyslide.

Выполнение тестовых заданий по теме: Профилактика профессиональных заболеваний медицинских работников.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Профилактика профессиональных заболеваний медицинских работников.», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** правильный **ответ**, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. Биомеханика тела сестры в положении стоя

- А) подбородок в горизонтальной плоскости
Б) туловище слегка наклонено вперед
В) спина прямая, колени расслаблены
Г) ступни на ширине плеч

2. Биомеханика тела сестры в положении сидя

- А) Спина прямая, мышцы живота напряжены
Б) Плечи в одной плоскости с бедрами
В) Колени ниже бедер
Г) Ступни на ширине плеч

3. Биомеханика для медсестры в положении сидя на стуле

- А) Спинка стула перпендикулярна к сидению
Б) Спинка стула соответствует верхним углам лопаток
В) 2/3 длины бедер расположены на сиденье
Г) Стопы не касаются пола

4. При работе в бригаде при перемещении пациента важно помнить

- А). Старшая по должности медицинская сестра принимает на себя наиболее легкую часть тела пациента
Б) За состоянием пациента должен наблюдать один из членов бригады.
В). Командовать должны все члены бригады
Г) Согласовывать действия с членами бригады не нужно

5. Биомеханика тела сестры при поднятии тяжести

- А) Груз не прижимать к себе
Б) Туловище наклонить слегка вперед
В) Спина прямая, сгибать только колени
Г) Ноги шире плеч, одна выдвинута вперед

6. Дополните предложение

Биомеханика — наука, изучающая правила.....

7. Правильная биомеханика тела сестры позволяет

- А) удерживать равновесие
Б) предотвращать травмы позвоночника
В) предупреждать пролежни
Г) исключать дискомфорт

8. При перемещении пациента в постели сестре следует

- А) придать постели горизонтальное положение
Б) убрать подушку и одеяло
В) наклониться вперед
Г) слегка присесть

9. Эргономика-наука изучающая

- А) врачебные назначения
Б) состояние опорно-двигательного аппарата
В) состояния зрения и слуха
Г) взаимосвязи людей и окружающей среды в целях безопасного труда.

10. Вспомогательные средства при перемещении пациента

- А) пояс от ремня
Б) простынь
В) одежда пациента
Г) Easyslide.

Задание 2.

Ситуационные задачи.

Задача № 1.

На практику в ГВВ№2 в 9 неврологическое отделение пришли студенты на практику. Постовая сестра попросила 2 студенток поднять и переместить пациента Иванова К 72 лет. На стул. Студенты придя в палату увидели грузного пациента и испугались, что заболит у них спина от тяжести и пошли к постовой сестре за консультацией о правильной биомеханике тела при поднятии пациента.

Задание: Продемонстрируйте технику передвижения пациента с недостаточностью самохода.

Задача № 2.

К медицинской сестре 8 неврологии Федоркиной И. П. обратилась родственница пациента перенесенного инсульта с вопросом о вспомогательных средствах при перемещении пациента.

Задание:

1. Провести беседу приготовить памятку о вспомогательных средствах помогающих перемещать тяжелобольных пациентов.
2. Продемонстрируйте технику передвижения пациента с недостаточностью самохода.

Тема: Тема 10. Порядок обращения с медицинскими отходами.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: . Порядок обращения с медицинскими отходами.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Вопросы для фронтального опроса:

- Какие классы отходов вы знаете?
- Отходы класса А состоят из...?
- Отходы класса Б состоят из...?
- Отходы класса В состоят из ...?
- Отходы класса Г состоят из ...?
- Отходы класса Д состоят из...?
- Сбор и утилизация отходов класса А осуществляется...?
- Сбор и утилизация отходов класса Б и В осуществляется...?
- Сбор и утилизация отходов класса Г и Д осуществляется?
- При сборе и утилизации отходов различных классов не допускается?
- Требование предъявляемые к лицам, осуществляющим сбор отходов?

Задание 1.

Выполнение тестовых заданий по теме: Порядок обращения с медицинскими отходами.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «**Порядок обращения с медицинскими отходами**», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. К отходам класса В относится:

- а) бумага
- б) мокрота больного туберкулезом
- в) желчный пузырь после холецистэктомии
- г) шприцы из терапевтического отделения

2. Отходы класса А собирают в одноразовую упаковку (пакет) цветом:

- а) желтого
- б) красного
- в) белого

3. К отходам класса Г относится:

- а) разбитый градусник
- б) мокрота больного туберкулезом
- в) желчный пузырь после холецистэктомии
- г) шприцы из терапевтического отделения

4. Отходы класса Б и В перед утилизацией необходимо:

- а) Ссыпать вместе в желтый пакет и загерметизировать.
- б) Ссыпать в красный пакет и загерметизировать
- в) Провести дезинфекцию отходов.

5. Что нельзя делать при работе с отходами разного класса:

- а) Проводить дезинфекцию отходов
- б) Работать в спецодежде
- в) Пересыпать отходов класса Б и В в одну емкость

6. Радиоактивные и ионизирующие отходы относятся к классу:

- а) А
- б) Б
- в) В
- г) Г
- д) Д

7. К отходам класса А относится:

- а) Шприц после инъекции.
- б) Пустая коробка из-под лекарственного препарата
- в) Почка после нефрэктомии
- г) Рентген аппарат.

8. К отходам класса Г относится:

- а) Дезинфицирующее средство.
- б) Пустая ампула из-под лекарства.
- в) Одноразовый скальпель после операции

9. При использовании одноразовых контейнеров для сбора острого инструментария допускается их заполнение в течение:

- а) 3 суток
- б) 1 сутки
- в) по мере заполнения
- г) 12 часов.

10. Сбор отходов в местах их образования осуществляется в течение:

- а) 24 часов.
- б) 7 дней.
- в) рабочей смены.

11. Отходы класса А могут быть захоронены на:

- а) обычных полигонах по захоронению твердых бытовых отходов.
- б) необходимо уничтожить на специальных установках по обезвреживанию отходов ЛПУ термическими методами
- в) осуществляется, в соответствии с гигиеническими требованиями предъявляемыми к порядку накопления, транспортирования, обезвреживания и захоронения токсичных промышленных отходов.

12. Опасные отходы относятся к классу:

- а) А
- б) Б
- в) В
- г) Г
- д) Д

13. Чрезвычайно опасные отходы относятся к классу:

- а) А
- б) Б
- в) В
- г) Г
- д) Д

14. Отходы класса В собирают:

- а) белый пакет
- б) желтый пакет
- в) красный пакет
- г) не имеет значение.

Задание 2. Установите соответствие

а) отходы класс А	1. Перед сбором обязательно дезинфицируется.
б) отходы класса Б	2. Собирают в пакеты белого цвета.
в) отходы класса В	3. Собирают в фтизиатрических отделениях.
г) отходы класса Г	4. Называют опасными.
д) отходы класса Д	5. Осуществляется специализированными организациями по обращению с радиоактивными отходами, имеющими лицензию на данный вид деятельности
е) запрещаться при работе с отходами	6. Утрамбовывать отходы.
ё) необходимо при работе с отходами	7. Работать в перчатках и спецодежде.

Задание 3. Ситуационные задачи

Задача №1.

Вы процедурная медсестра. По окончании смены ваша обязанность вынести мусор, провести дезинфекцию многоразовых емкостей для сбора мусора класса А и Б.

Перед Вами:

1. лоток с пустыми ампулы от лекарственных препаратов;
2. пустой коробок от лекарственного препарата;
3. использованные ватные шарики (прошли дезинфекцию);
4. использованные шприцы (прошли дезинфекцию);
5. использованные системы для в/в вливаний (прошли дезинфекцию);
6. пакеты и упаковка от шприцев и систем;
7. заполненный контейнер с использованными иглами.

Задание: Рассортировать отходы по емкостям для сбора отходов класса А и Б.

Задача №2.

Вы старшая медсестра отделения. После ревизии Вы обнаружили просроченные лекарственные препараты, несколько флаконов дезсредства, документацию которую уже не нужно хранить, канцтовары вышедшие из строя.

Задание: Продемонстрировать как вы будите собирать и утилизировать данные отходы.

Задача №3.

Вы операционная медсестра. После операции нужно собрать отходы в соответствии с СанПин.

Перед Вами:

- использованные одноразовые скальпели и иглы (прошли дезинфекцию);
- использованные, кровавые марлевые салфетки (не прошли дезинфекцию);
- использованные одноразовые халаты, чепчики, бахилы загрязнены кровью (не прошли дезинфекцию);
- упаковка от стерильных перчаток, шелка, кетгута, стерильного белья, одноразового скальпеля.

Задание: Соберите отходы в соответствии с СанПин.

Задача №4.

Вы старшая медсестра терапевтического отделения. У Вас новая буфетчица.

Задание: Проведите инструктаж по утилизации пищевых отходов в данном отделении.

Тема 1. Организация и объем первой помощи. Юридические аспекты.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Организация и объем первой помощи. Юридические аспекты.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Ответьте на вопросы:

1. Назовите нормативную базу регламентирующую оказание первой помощи

2. Порядок действий при оказании первой помощи пострадавшему.
3. Оценка опасности сложившейся ситуации и меры безопасности при проведении первой помощи.
4. Устранение причин поражения.
5. Оценка тяжести поражения пострадавшего по степени опасности для жизни. Обследование пострадавшего с целью определения вида травмы и ее локализации (опрос, осмотр, освобождение пострадавшего от одежды и обуви).
6. Проведение экстренных мероприятий, направленных на устранение поражений (алгоритм действий первой помощи).
7. Организация транспортировки пострадавшего в медицинское учреждение.

Выполнение тестовых заданий по теме: Организация и объем первой помощи. Юридические аспекты.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Организация и объем первой помощи. Юридические аспекты», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** правильный **ответ**, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. Первая помощь, это:

Вид помощи, включающий комплекс простейших мероприятий, направленных на временное устранение причин, угрожающих жизни пострадавшего, предупреждение развития тяжелых осложнений, выполняемый на месте происшествия и вблизи него любым участником дорожного движения. Вид помощи, включающий комплекс лечебно-профилактических мероприятий на этапах медицинской эвакуации, направленных на устранение последствий поражений, угрожающих жизни пострадавших.

2. Укажите, для чего проводится комплекс простейших мероприятий помощи. первой

1. Для прекращения действия повреждающих факторов причин, угрожающих жизни
2. Для временного устранения пострадавшего.
3. Для поддержания жизни пострадавшего.
4. Для предупреждения развития тяжелых осложнений.
5. Все перечисленное верно.

3. Вызов помощи входит в комплекс мероприятий первой помощи.

1. Да.
2. Нет.

4. «Золотой час» — это:

1. Время с момента получения травмы до поступления в больницу.
2. Время с начала оказания помощи до поступления в больницу.
5. «Золотой час» для пострадавшего, получившего травму, начинается: -
1. С момента начала оказания помощи.
2. С момента получения травмы.

6. Перечислите первоочередные мероприятия первой - помощи.

1. Обеспечение безопасного оказания помощи.
2. Остановка наружного кровотечения.
3. Обеспечение и поддержание проходимости дыхательных путей.
4. Проведение простейших противошоковых мероприятий.
5. Сердечно-легочная реанимация.
6. Все перечисленное.

7. Укажите, с чего начинают оказание первой помощи.

1. Обеспечение безопасного оказания помощи.
2. Остановка наружного кровотечения.
3. Обеспечение проходимости дыхательных путей.
4. Проведение простейших противошоковых мероприятий.
5. Сердечно-легочная реанимация.

8. Перечислите сведения, которые необходимо сообщить диспетчеру при вызове скорой медицинской помощи в случае ДТП.

1. По возможности точный адрес места происшествия и ориентиры места ДТП.
2. Характер происшествия (столкновение, переворачивание, наезд).
3. Примерное время происшествия.
4. Количество пострадавших, наличие погибших.
5. Зажатие пострадавших.
6. Номер телефона, с которого был сделан вызов скорой медицинской помощи, Ф.И.О. звонившего.
7. Характер дополнительных опасностей (разлив топлива, переворачивание опасного груза, возгорание и др.).
8. Все перечисленное.

9. Укажите порядок сообщения информации о ДТП диспетчеру скорой медицинской помощи.

1. Адрес места происшествия. Характер происшествия. Время происшествия. Наличие пострадавших.
2. Наличие пострадавших. Характер происшествия. Время происшествия. Адрес места происшествия.
3. Характер происшествия. Время происшествия. Наличие пострадавших. Адрес места происшествия.

10. Какие сведения о пострадавших в ДТП необходимо сообщить в первую очередь диспетчеру скорой медицинской помощи.

1. Количество пострадавших, в том числе детей.
2. Зажатие пострадавших.
3. Наличие беременных женщин.
4. Наличие пожилых людей.

5. Состояние тяжести пострадавших.
6. Количество погибших, в том числе детей.

11. Первую помощь имеют право оказывать:

1. Прохожий.
2. Водитель.
3. Сотрудник ГИБДД.
4. Медицинский работник.
5. Спасатель.

12. Верно ли утверждение: пострадавший может отказаться от оказания первой помощи.

1. Да.
2. Нет.

13. Спасаящий должен спросить разрешение у пострадавшего на его осмотр если тот, адекватен и находится в сознании.

1. Да.
2. Нет.

14. Спасаящий должен спросить разрешение у пострадавшего на проведение манипуляций первой помощи, если тот адекватен и находится в сознании.

1. Да.
2. Нет.

15. Выберите верную последовательность мероприятий - первой помощи в ДТП

1. Провести осмотр пострадавших; оказать первую помощь, вызвать скорую медицинскую помощь; обеспечить собственную безопасность.
2. Обеспечить собственную безопасность и безопасность пострадавших; вызвать скорую медицинскую помощь; провести осмотр пострадавших; оказать первую помощь.

16. В ДТП в первую очередь необходимо:

1. Немедленно оказать первую помощь пострадавшему.
2. Обеспечить безопасность оказания помощи.

17. В ДТП на ваших глазах пострадало два человека: у одного из пострадавших «признаки жизни» не определяются, но есть возможность провести СЛР, у другого наружное кровотечение. Какому из пострадавших необходимо оказать помощь в первую очередь?

1. Пострадавшему без «признаков жизни».
2. Пострадавшему с наружным кровотечением.

18. Укажите последовательность «спасательных - вопросов».

1. Что? Где? Когда? Кто? Как?
2. Где? Что? Когда? Кто? Как?
3. Кто? Что? Где? Когда? Как?

19. Транспортировка пострадавших входит в мероприятия первой помощи.

1. Да.
2. Нет.

20. Вы оказываете помощь пострадавшим в ДТП. В салоне пострадавшего автомобиля находится три человека:

Водитель — без сознания.

У пассажира, рядом с водителем — открытая рана предплечья, сильного кровотечения из раны нет.

На заднем сиденье — ребенок 6 лет, плачет. Видимых повреждений у ребенка нет.

Кому из пассажиров вы окажите помощь в первую очередь?

1. Водителю.
2. Пассажиру, сидящему на переднем сиденье.
3. Ребенку.

Задание № 2. Отработка алгоритма вызова скорой помощи.

В выполнении задания участвуют 2 студента.

1 студент, оператор скорой помощи по приёму вызовов.

2 студент, прохожий, который должен вызвать скорую помощь.

Продемонстрируйте алгоритм вызова скорой помощи.

Тема 2. Виды нарушений сознания. Кома. Признаки нарушений сознания и способы их определения.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Виды нарушений сознания. Кома. Признаки нарушений сознания и способы их определения.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Ответьте на вопросы:

1. Характеристика состояний, сопровождающихся потерей сознания.
2. Виды потери сознания. Кома.
3. Причины возникновения.

4. Признаки потери сознания и способы их определения (по стандартам сестринской деятельности – стандарт определения наличия сознания).
5. Возможные осложнения, связанные с потерей сознания, степень их опасности и способы их предупреждения.
6. Первая помощь при нарушениях сознания.
7. Перечень мероприятий первой помощи и последовательность их проведения при нарушениях сознания, вызванных различными видами травм и поражений.
8. Особенности транспортировки при потере сознания.

Задание 1.

Внимательно прочитайте задачу. Дайте полный ответ.

Задача 1.

У больного Л., при попытке подняться с кровати, после планового оперативного вмешательства, появилась резкая слабость, закружилась голова. Потери сознания не было.

1. Что за состояние развилось у пациента? Почему это могло произойти?
2. Тактика младшей медсестры.

Задача 2.

У больной Е., при взятии общего анализа крови в хирургическом отделении во время обследования возникла потеря сознания на срок до 5 секунд. После применения нашатырного спирта сознание сразу восстановилось.

1. Что за состояние развилось у пациента?
2. Какова Ваша тактика.

Задача 3.

Мальчик К., находится в бессознательном состоянии на полу после удара электрическим током вследствие повреждения электрической проводки. Состояние больного тяжелое, внешнее дыхание сохранено, пульс на сонных артериях не прощупывается.

1. Что за состояние пострадавшего?
2. Ваша тактика.
3. Продемонстрируйте методику проведения сердечно-легочной реанимации.

Задача 4.

У больного К., на пляже закружилась голова, повысилась температура тела. Потерял сознание на 5 секунд. Обратился за помощью в медпункт.

1. Что за состояние возникло у больного?
2. Ваша тактика в данной ситуации.

Тема 3. Остановка дыхания и кровообращения. Базовая сердечно-лёгочная реанимация.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Остановка дыхания и кровообращения. Базовая сердечно-лёгочная реанимация.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Выполнение тестовых заданий по теме: Остановка дыхания и кровообращения. Базовая сердечно-лёгочная реанимация.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Остановка дыхания и кровообращения. Базовая сердечно-лёгочная реанимация», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** правильный **ответ**, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

1. Укажите симптомы клинической смерти:
 - 1) отсутствие пульса на лучевой артерии, отсутствие сознания, редкое дыхание
 - 2) отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульса на сонной артерии
 - 3) сохранение зрачкового рефлекса, ослабление пульса на сонной артерии
 - 4) отсутствие сознания, отсутствие зрачкового рефлекса, сохранение пульса на сонной артерии
 - 5) отсутствие дыхания, отсутствие пульса на лучевой артерии, ослабление зрачкового рефлекса
2. Укажите достоверный признак биологической смерти:
 - 1) отсутствие сознания
 - 2) отсутствие дыхания
 - 3) отсутствие сердцебиения
 - 4) отсутствие реакции зрачка на свет
 - 5) трупное окоченение
3. Укажите этапы проведения сердечно-легочной реанимации:
 - 1) искусственная вентиляция легких, непрямой массаж сердца
 - 2) восстановление проходимости дыхательных путей, непрямой массаж сердца
 - 3) восстановление проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких
 - 4) непрямой массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких,
 - 5) восстановление проходимости дыхательных путей, внутрисердечное введение адреналина
4. Назовите один из основных симптомов клинической смерти:
 - 1) отсутствие дыхания
 - 2) отсутствие артериального давления на периферических сосудах
 - 3) симптом «кошачьего глаза»
 - 4) трупные пятна

- 5) мертвенно бледная окраска кожи
5. Назовите один из дополнительных симптомов клинической смерти:
- 1) отсутствие дыхания
 - 2) отсутствие сознания
 - 3) полное расслабление всей гладкой и поперечнополосатой мускулатуры
 - 4) отсутствие кровообращения
 - 5) симптом «кошачьего глаза»
6. В критических ситуациях пульс у новорождённого необходимо определять:
- 1) на лучевой артерии
 - 2) на плечевой артерии
 - 3) на височной артерии
 - 4) на сонной артерии
 - 5) на бедренной артерии
7. Реанимация проводится:
- 1) в каждом случае внезапно развившейся клинической смерти
 - 2) только детям
 - 3) взрослому населению работоспособного возраста
 - 4) только молодым и здоровым людям
 - 5) детям от 1 месяца и взрослым до 65 лет
8. Сердечно-лёгочная реанимация не показана в случае:
- 1) наличия признаков биологической смерти
 - 2) отсутствия зрачкового рефлекса
 - 3) отсутствия дыхания
 - 4) отсутствия сознания
 - 5) отсутствия кровообращения
9. Для проведения сердечно-лёгочной реанимации пострадавшего необходимо уложить:
- 1) в устойчивое боковое положение
 - 2) на спину, на уровне колен реаниматора
 - 3) с валиком под голову
 - 4) с опущенным головным концом
 - 5) на кровать
10. Укажите, с какого этапа начинают проводить СЛР:
- 1) непрямой массаж сердца
 - 2) искусственная вентиляция лёгких
 - 3) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей
 - 4) введение препаратов внутривенно
 - 5) электрическая дефибриляция
11. Искусственную вентиляцию легких проводят с частотой:
- 1) 12-14 вдохов в 1 минуту
 - 2) 16-18 вдохов в 1 минуту
 - 3) 1-2 вдоха в 1 минуту
 - 4) 9-12 вдохов в 1 минуту
 - 5) 18-20 вдохов в 1 минуту
12. Максимальное время проведения СЛР:
- 1) 5 минут
 - 2) 30 минут
 - 3) 1 час
 - 4) 2 часа
 - 5) 45 минут
13. Реаниматор при СЛР располагается:
- 1) с правой стороны
 - 2) с любой стороны
 - 3) с левой стороны
 - 4) сзади
 - 5) лицом к пострадавшему
14. При непрямом массаже сердца взрослому пострадавшему компрессии грудной клетки осуществляются с частотой:
- 1) 20-30 компрессий в 1 минуту
 - 2) 100-120 компрессий в 1 минуту
 - 3) 130-140 компрессий в 1 минуту
 - 4) 50-60 компрессий в 1 минуту
 - 5) 120-130 компрессий в 1 минуту
15. При проведении реанимации соотношение компрессий и вдохов:
- 1) 18:1
 - 2) 15:1
 - 3) 30:2
 - 4) 10:2
 - 5) 15:2

16. ИВЛ наиболее эффективна:
- 1) при сгибании головы пострадавшего
 - 2) при разгибании головы пострадавшего
 - 3) при боковом левом положении пострадавшего
 - 4) при боковом правом положении пострадавшего
 - 5) положение пострадавшего не имеет значения
17. К причинам недостаточной эффективности искусственной вентиляции легких относятся все, кроме?
- 1) частота искусственной вентиляции легких 10 - 14 в 1 минуту;
 - 2) отсутствие проходимости дыхательных путей;
 - 3) плохая герметизация между ртом реаниматора и носом больного;
 - 4) недостаточный объем воздуха, поступающего в дыхательные пути больного
 - 5) нет правильного ответа
18. Для клинической смерти характерны все симптомы кроме одного:
- 1) отсутствие сердцебиения.
 - 2) сужение зрачков.
 - 3) цианоз или бледность кожных покровов.
 - 4) судороги (клонические, тонические).
 - 5) отсутствие дыхания
19. Причинами терминальных состояний являются:
- 1) острые (массивные) кровопотери.
 - 2) тяжелые (массивные) травмы.
 - 3) острые отравления.
 - 4) острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок.
 - 5) все ответы верны.
20. ИВЛ проводится правильно, если у пациента:
- 1) восстанавливается самостоятельное дыхание
 - 2) грудная клетка остаётся неподвижной
 - 3) грудная клетка при вдувании воздуха поднимается вверх
 - 4) наблюдаются редкие самостоятельные вдохи
 - 5) появляется пульс на периферических артериях

Вариант 2.

1. Воздуховод применяется с целью:
- 1) устранения западения языка
 - 2) восстановления проходимости верхних дыхательных путей на уровне трахен
 - 3) предупреждения аспирации рвотных масс
 - 4) наиболее удобного проведения СЛР
 - 5) фиксации нижней челюсти
2. Критерием эффективности СЛР является:
- 1) движение грудной клетки пациента вверх при вдувании воздуха
 - 2) неподвижность грудной клетки пациента при вдувании воздуха
 - 3) появление самостоятельного дыхания
 - 4) появление пульсации на периферических артериях
 - 5) стабилизация артериального давления на периферических артериях
3. Критерий правильности выполнения непрямого массажа сердца:
- 1) появление пульсовых волн на общей сонной артерии при проведении компрессий
 - 2) появление самостоятельного пульса на общей сонной артерии
 - 3) повышение артериального давления на периферических артериях
 - 4) появление самостоятельного дыхания
 - 5) по изменению цвета кожных покровов
4. При проведении непрямого массажа сердца могут возникнуть осложнения:
- 1) повреждение пищевода
 - 2) гиповолемия
 - 3) гипогликемия
 - 4) перелом рёбер
 - 5) разрыв лёгких
5. Сердечно-лёгочная реанимация может быть прекращена:
- 1) если в течение 10 минут реанимация неэффективна
 - 2) при наличии сомнений реаниматора в её эффективности
 - 3) при наличии у пострадавшего признаков глубокого переохлаждения
 - 4) у пострадавших с асоциальной внешностью
 - 5) если в течение 30 минут реанимация неэффективна
6. Фактор, удлиняющий продолжительность клинической смерти:
- 1) гипотермия
 - 2) гипертермия
 - 3) нормотермия
 - 4) олигурия
 - 5) диспепсия

7. Умеренное запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти вперёд, открывание рта пострадавшего – это:
- 1) приём Короткова
 - 2) приём Геймлиха
 - 3) приём Саффара
 - 4) приём Маркони
 - 5) приём Зайцева
8. Закрытый массаж сердца следует проводить, располагая ладонь первой руки:
- 1) в области верхней трети грудины
 - 2) на два пальца ниже мечевидного отростка грудины
 - 3) в области эпигастрия
 - 4) на два пальца выше средней трети грудины
 - 5) на два пальца выше мечевидного отростка или на границе средней и нижней трети грудины
9. ИВЛ при помощи мешка Амбу:
- 1) менее эффективна, но более удобна
 - 2) менее удобна, но более эффективна
 - 3) не более эффективна и безопасна, чем при использовании метода «изо рта в рот»
 - 4) более безопасна для реаниматора в плане передачи инфекции, чем метод «изо рта в рот»
 - 5) может быть осуществлена только врачом-реаниматологом
10. При проведении непрямого массажа сердца у взрослого человека грудина должна прогнуться на:
- 1) 1-2 см
 - 2) 5-6 см
 - 3) 10 см
 - 4) 8 см
 - 5) 6 см
11. Тройной прием Саффара включает:
- 1) прекардиальный удар, пальпацию пульса, определение реакции зрачка на свет
 - 2) открывание рта, удаление зубных протезов, фиксирование языка
 - 3) очищение ротовой полости, удаление зубных протезов, запрокидывание головы
 - 4) измерение артериального давления, определение цвета кожных покровов, определение зрачкового рефлекса
 - 5) смещение нижней челюсти книзу, запрокидывание головы, выдвижение вперед нижней челюсти
12. Первые действия младшей медицинской сестры после констатации клинической смерти у больного (пострадавшего):
- 1) измерение артериального давления на периферических сосудах и вызов врача
 - 2) вызов врача через посредника и немедленное введение сердечных средств
 - 3) вызов врача через посредника и немедленно приступить к сердечно-лёгочной реанимации
 - 4) вызов врача и попытки восстановления дыхания подачей 100% увлажнённого кислорода
 - 5) с измерения артериального давления
13. Основными симптомами клинической смерти являются:
- 1) отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульсации на общих сонных артериях
 - 2) отсутствие сознания, цианоз кожных покровов, отсутствие зрачкового рефлекса
 - 3) отсутствие сознания, отсутствие зрачкового и роговичного рефлексов
 - 4) отсутствие сознания, отсутствие пульсации на лучевых артериях, судороги
 - 5) отсутствие сознания, отсутствие дыхания, судороги
14. Вздутие эпигастральной области во время ИВЛ свидетельствует:
- 1) о правильности её выполнения
 - 2) об эффективности её выполнения
 - 3) о попадании воздуха в лёгкие
 - 4) о попадании воздуха в желудок
 - 5) бесполезности и безнадёжности ИВЛ
15. К обратимым терминальным состояниям относится:
- 1) агония
 - 2) биологическая смерть
 - 3) социальная смерть
 - 4) хронические заболевания в их терминальной стадии
 - 5) анизокория
16. Преагония, агония и клиническая смерть относятся к состояниям:
- 1) допустимым
 - 2) терминальным
 - 3) неординарным
 - 4) клиническим
 - 5) необратимым
17. Реанимация считается эффективной в случае:
- 1) появления пульсовых волн на общей сонной артерии во время компрессий грудной клетки
 - 2) если с момента начала реанимационных мероприятий прошло 15 мин.
 - 3) если с момента начала реанимационных мероприятий прошло 30 мин.
 - 4) своевременного прибытия бригады скорой помощи
 - 5) появления признаков жизнедеятельности во время её проведения

18. Биологическая смерть начинается с гибели:
 - 1) печени
 - 2) клеток коры головного мозга
 - 3) почек
 - 4) клеток подкорковых структур головного мозга
 - 5) сердца
19. Искусственную вентиляцию легких проводят с частотой:
 - 1) 12-14 вдохов в 1 минуту
 - 2) 16-18 вдохов в 1 минуту
 - 3) 1-2 вдоха в 1 минуту
 - 4) 9-12 вдохов в 1 минуту
 - 5) 18-20 вдохов в 1 минуту
20. При непрямом массаже сердца взрослому пострадавшему компрессии грудной клетки осуществляются с частотой:
 - 1) 20-30 компрессий в 1 минуту
 - 2) 100-120 компрессий в 1 минуту
 - 3) 130-140 компрессий в 1 минуту
 - 4) 50-60 компрессий в 1 минуту
 - 5) 120-130 компрессий в 1 минуту

Задание 2. Карточки с ситуационными задачами для самостоятельной работы студентов «Сердечно-легочная реанимация»

Карточка №1 (Работа в парах)

Вы оказались на месте автокатастрофы, где пострадала молодая женщина, приблизительно, по словам очевидцев, 30 минут назад. Присутствующие решили, что женщина умерла, так как отсутствовал пульс на сонной артерии и сочли целесообразным проводить реанимационные мероприятия. Ваша тактика?

Карточка №2 (Работа в парах)

Во время физических упражнений подросток жевал жевательную резинку, поперхнулся и стал задыхаться: он в сознании, хватается за горло, не может вдохнуть. Охарактеризуйте состояние пострадавшего. Продемонстрируйте Вашу тактику.

Карточка №3 (Работа в парах)

Во время еды пожилая женщина внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы резко бледные, дыхание отсутствует. Есть зубные протезы. Охарактеризуйте состояние пострадавшего и продемонстрируйте Вашу тактику.

Карточка №4 (Работа в парах)

Во время бурного обсуждения текущих событий в стране за праздничным столом один из присутствующих гостей внезапно закашлялся, схватился руками за горло. При разговоре появилась охриплость голоса. Отмечает чувство нехватки воздуха, боли в горло при разговоре. Охарактеризуйте состояние пострадавшего и продемонстрируйте Вашу тактику.

Карточка №5 (Индивидуальная работа)

К Вам обратилась соседка, которая просит помочь ее годовалому сыну. Минуту назад у ребенка во время игры появился сильный кашель, при попытке кричать, плакать звуков не слышно. Ребенок возбужден, появилась одышка, цианоз носогубного треугольника, позывы на рвоту. Мать отмечает, что вокруг ребенка были рассыпаны пуговицы. Охарактеризуйте состояние пострадавшего и продемонстрируйте Вашу тактику.

Вопросы для заключительного контроля:

1. Состояния, требующие проведения реанимационных мероприятий.
2. Причины нарушения жизненно важных функций организма человека и их исход. Характеристика терминального состояния.
3. Признаки клинической и биологической смерти и их выявление
4. Обоснование важности ранних реанимационных мероприятий.
5. Критерии начала и прекращения базовых реанимационных мероприятий.
6. Техника проведения базовых реанимационных мероприятий у взрослых.
7. Обеспечение безопасности для спасателя и окружающих.
8. Открытие верхних дыхательных путей и проверка наличия нормального дыхания (причины обструкции верхних дыхательных путей).
9. Приемы открытия верхних дыхательных путей (запрокидывание головы и подтягивание подбородка, запрокидывание головы путем подведения одной руки под шею больного, а другой – на лоб пострадавшего).
10. Алгоритм действия при отсутствии нормального дыхания или при выявлении агонального дыхания (показания для начала проведения базовых реанимационных мероприятий).
11. Компрессии грудной клетки и искусственная вентиляция.
12. Длительность базовых реанимационных мероприятий в соответствии критериями начала/прекращения СЛР.
13. Правила проведения базовых реанимационных мероприятий двумя спасателями.
14. Критерии эффективности базовых реанимационных мероприятий.
15. Риски, связанные с проведением базовых реанимационных мероприятий.
16. Боковое стабильное положение.
17. Особенности проведения базовых реанимационных мероприятий при утоплении, у беременных, у детей, при общем переохлаждении, общем перегревании, травме, поражении электрическим током, отравлениях.

Тема 4. Раны. Внутренние и наружные кровотечения.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Раны. Внутренние и наружные кровотечения.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Задание 1.

Выполнение тестовых заданий по теме: Раны. Раны. Внутренние и наружные кровотечения.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Бельевой режим в ЛПУ», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно **выбрать один** правильный **ответ**, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Для свежей раны характерно все, кроме:

боли;
кровотечения;
подергивания мышц;
звоняния.

Интенсивность боли в ране определяет все, кроме:

количества нервных элементов в зоне повреждения; нервно-психического состояния пострадавшего,
-быстроты ранения;

величины ранящего снаряда;
остроты ранящего снаряда.

Вторичным называется инфицирование раны, которое возможно при:

нарушении асептики в момент оказания первой помощи;
нарушении асептики в момент выполнения первичной хирургической обработки;
нарушении асептики во время операции;
получении ее,

Верно ли утверждение, что по причине повреждения раны делят на операционные (преднамеренные), случайные и полученные в бою?

да;

нет.

По инфицированности выделяют раны:

гнойные, асептические, отравленные;
асептические, скальпированные, гнойные;
укушенные, свежеинфицированные, асептические;
чистые, свежеинфицированные, зараженные;
гнойные, свежеинфицированные, асептические.

Микробы в рану при первичном инфицировании попадают с:

пинцета при перевязке, при хирургической обработке;
скальпеля;
рук хирурга;
кожи раненого;
шовного материала.

Какая рана заживает быстрее других?

резаная;
рубленая;
укушенная;
ушибленная;
размозженная.

Через какое время микробы в ране ОБЫЧНО начинают проявлять свою активность?

1-4 ч;

6-8 ч;

10-12 ч;

14-18 ч;

24 ч.

Для местных признаков воспаления характерно все, кроме:

отека;
цианоза;
повышения температуры;
нарушения функции;
болей.

В какой ране более вероятно развитие инфекции?

резаной;
укушенной;
рубленой;
расположенной на лице;
скальпированной.

Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:

иссечение краев и дна раны;
вскрытие карманов и затеков;
удаление гнойного отделяемого;
иссечение краев, стенок и дна раны;
промывание раны антисептиком; гемостаз.

Имеют место разные виды заживления ран, кроме:

первичного;
под струпом;
повторного;
вторичного;
отсроченного.

Когда нельзя производить первичную хирургическую обработку раны?

при кровотечении;
при шоке;
в первые часы после ранения;
при ее загрязнении;
при СПИДе.

Верно ли, что по характеру повреждения различают раны колотые, резаные, укушенные, рваные, ушибленные, отравленные, скальпированные, огнестрельные, размозженные?

да;

нет

Голова пациента с носовым кровотечением при оказании неотложной помощи должна быть:

- 1) повёрнута влево
- 2) опущена вниз, подбородок прижат к груди
- 3) повернута вправо
- 4) запрокинута назад
- 5) не имеет значения

16. У пострадавшего на предплечье резаная рана 2х3 см, из раны медленно вытекает кровь темно-вишневого цвета. Необходимо использовать следующий способ временной остановки кровотечения:

- 1) кровоостанавливающий зажим
- 2) пальцевое прижатие
- 3) жгут
- 4) давящая повязка
- 5) максимальное сгибание конечности

17. Кровоостанавливающий жгут зимой накладывается на:

- 1) 20 минут
- 2) 1 час
- 3) 2 часа
- 4) 30 минут
- 5) 1,5 часа

18. Кровоостанавливающий жгут летом накладывают на:

- 1) 1 час
- 2) 2 часа
- 3) 30 минут
- 4) 15 минут
- 5) 1,5 часа

19. При венозном кровотечении:

- 1) кровь темно-вишневого цвета, вытекает медленной струёй
- 2) кровь алая, вытекает пульсирующей, фонтанирующей струей
- 3) кровь алая, вытекает в такт дыхания
- 4) кровь темно-вишневого цвета, вытекает пульсирующей струёй
- 5) кровь темно-вишневого цвета, вытекает фонтанирующей струёй

20. Самым эффективным способом временной остановки кровотечения при повреждении общей сонной артерии считается:

- 1) наложение кровоостанавливающего жгута на шею
- 2) наложение воротника Шанца
- 3) введение кровоостанавливающих препаратов
- 4) применение кровоостанавливающего зажима
- 5) пальцевое прижатие артерии

21. Наложение артериального жгута на среднюю треть плеча может привести к осложнению:

- 1) гиперемия конечности
- 2) цианоз конечности
- 3) повреждение плечевого нерва
- 4) отёк конечности
- 5) некроз тканей плечелопаточной области

22. У пострадавшего глубокая рана средней трети плеча, из которой пульсирующей струей вытекает алая кровь. Кровоостанавливающий жгут необходимо наложить:

- 1) на верхнюю треть предплечья
- 2) на нижнюю треть плеча
- 3) на верхнюю треть плеча
- 4) на среднюю треть плеча
- 5) всё перечисленное верно

23. Пострадавшему с повреждением подколенной артерии наложили жгут на нижнюю треть бедра. Ниже места наложения жгута конечность посинела, пульс сохранён, кровотечение продолжается. Причина продолжения кровотечения:

- 1) жгут наложен слишком туго
- 2) жгут наложен слишком высоко
- 3) жгут наложен не достаточно туго
- 4) всё перечисленное верно
- 5) всё перечисленное неверно

24. Наложение венозного жгута может быть использовано при:

- 1) венепункции
- 2) синдроме длительного сдавления
- 3) отёке лёгких
- 4) всё перечисленное верно
- 5) всё перечисленное неверно

25. Дайте наиболее полный правильный ответ: кровотечение – это излияние крови:

- 1) во внешнюю среду;
- 2) в полости организма;
- 3) в ткани организма;
- 4) в ткани, полости организма или во внешнюю среду;
- 5) во внешнюю среду и полости организма.

Критерии оценки.

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

25 правильных ответов - отлично

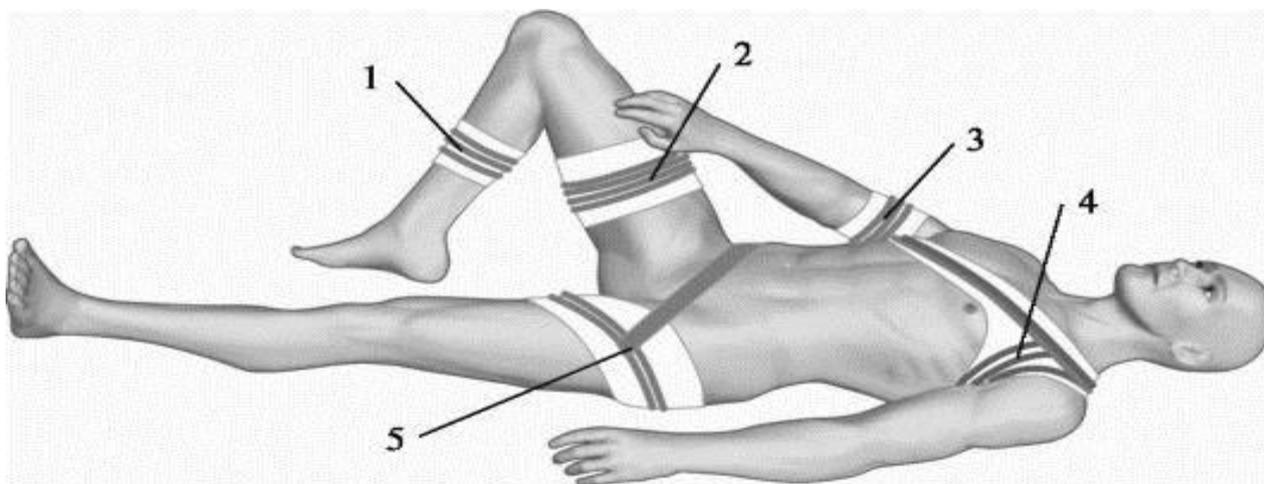
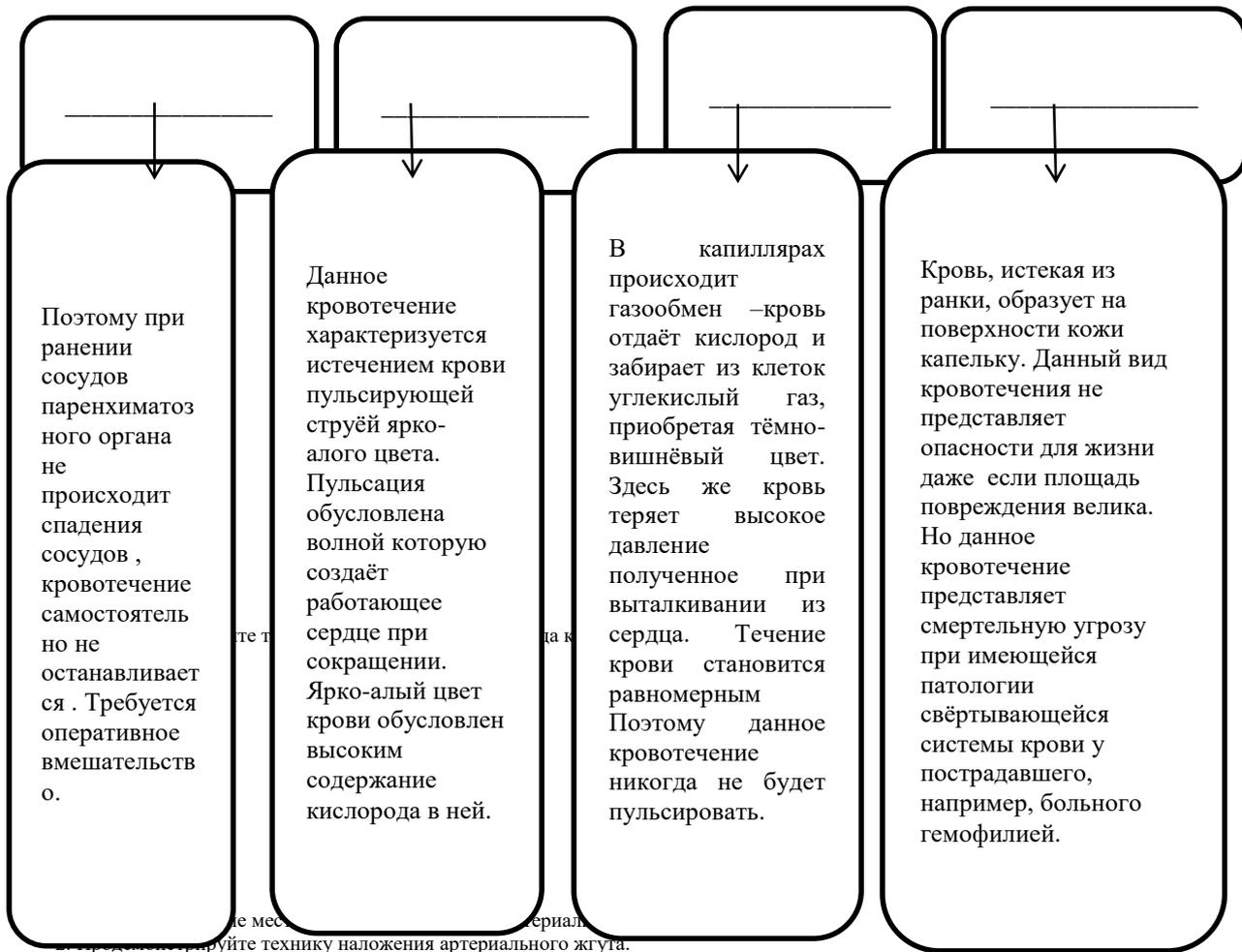
2-3 правильных ответов - хорошо

4-8 правильных ответов - удовлетворительно

9 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

Задание № 2

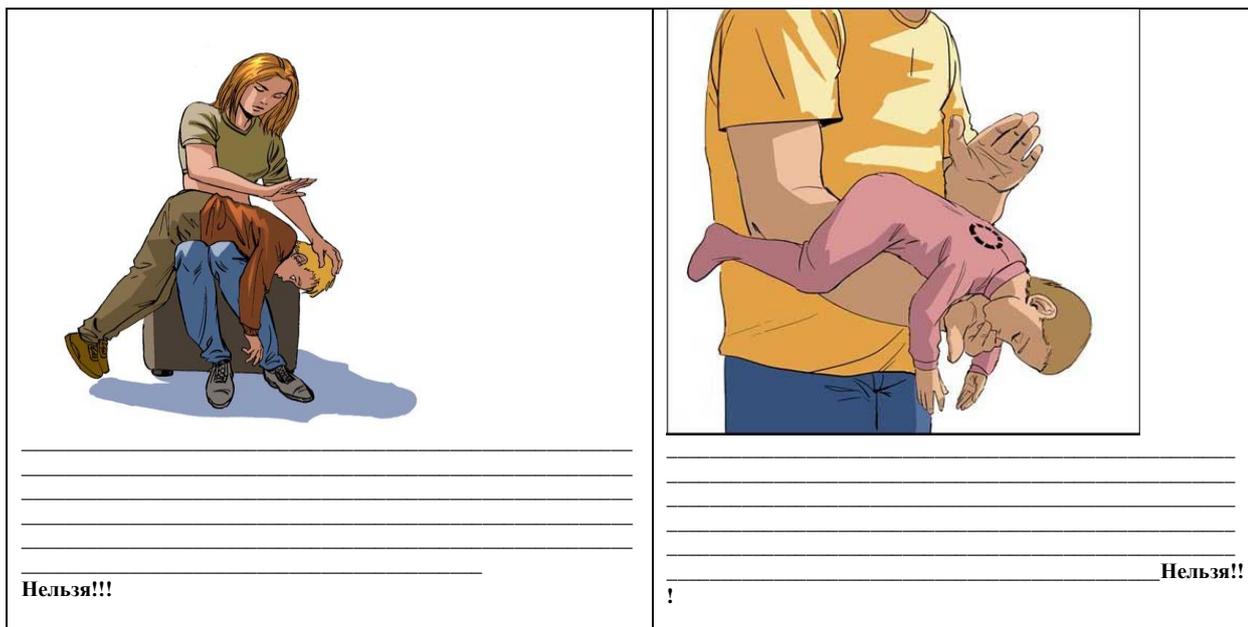
Заполните таблицу, определив вид кровотечения:



1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Вопросы для итогового контроля:

1. Состояния, требующие проведения реанимационных мероприятий.
2. Причины нарушения жизненно важных функций организма человека и их исход. Характеристика терминального состояния.
3. Признаки клинической и биологической смерти и их выявление.
4. Обоснование важности ранних реанимационных мероприятий.
5. Критерии начала и прекращения базовых реанимационных мероприятий.
6. Техника проведения базовых реанимационных мероприятий у взрослых.
7. Обеспечение безопасности для спасателя и окружающих.
8. Открытие верхних дыхательных путей и проверка наличия нормального дыхания (причины обструкции верхних дыхательных путей).



Продемонстрируйте алгоритм оказания первой помощи, при закупорки верхних дыхательных путей.

Тема 6. Травмы различных областей тела. Транспортная иммобилизация.

Цель занятия: Систематизировать знания студентов по теме: Травмы различных областей тела. Транспортная иммобилизация.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Задание 1.

Продемонстрируйте алгоритм наложения шин на верхнюю конечность при переломе кисти.

Задание 2.

Продемонстрируйте алгоритм наложения шин на верхнюю конечность при переломе предплечья.

Задача 3.

Продемонстрируйте алгоритм наложения шин на верхнюю конечность при переломе плеча.

Задача 4.

Продемонстрируйте алгоритм наложения шин на нижнюю конечность при переломе голени.

Задание 5.

Продемонстрируйте алгоритм наложения шин на нижнюю конечность при переломе бедра.

Задание 6.

Продемонстрируйте алгоритм наложения шин на травме головы.

Задание 7.

Продемонстрируйте алгоритм иммобилизации при переломе тазовых костей.

Задание 8.

Продемонстрируйте алгоритм иммобилизации при переломе позвоночника.

7.2. МДК 07.02. ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Тема 1. Деятельность младшей медицинской сестры приемного отделения.

Цель занятия: изучить деятельность младшей медицинской сестры приемного отделения.

Контрольные вопросы

Приемное отделение больницы: назначение, типы, его основные функции.

Основные структурные подразделения приемного отделения и их назначения.

Основная медицинская документация приемного отделения

Организация поступления больных в стационар: пути поступления, прием и регистрация больных.

Обязанности медицинского персонала приемного отделения: врача, медицинской сестры, младшей медицинской сестры.

Санитарная обработка больных: виды, назначения, основные мероприятия.

Какой порядок проведения санитарной обработки больного?

Выявление педикулеза, нормативные документы относительно организации профилактики и ликвидации педикулеза; санитарная обработка больных с педикулезом.

Способы транспортировки больных.

Как транспортировать больного с носилок на кровать.

В палате расстояние между кроватями 1,5 м. Как транспортировать больного с носилок на кровать двумя медицинскими работниками.
В приемное отделение поступил больной с острым инфарктом миокарда. Как нужно транспортировать больного в отделение.
Как транспортировать больного с сердечной недостаточностью.

Основные понятия темы:

Устройство приемного отделения.
Транспортировка пациента в отделение.
Правила приема пациента в стационар.
Регистрация больных, формы медицинской документации.

Тема 2. Санитарная обработка пациента.

Цель занятия: изучить правила проведения санитарной обработки пациента.

Контрольные вопросы:

1. Дезинфекционные мероприятия при педикулезе.
2. Педикулоцидные препараты.
3. Полная санитарной обработки пациентов.
4. Частичная санитарной обработки пациентов.

Основные понятия темы:

виды санитарной обработки.
полное мытьё пациента, алгоритм выполнения.
частичное мытьё, алгоритм выполнения.
транспортировка пациента

Тема 3. Осуществление безопасной транспортировки пациента. Сопровождение пациента.

Цель занятия: Безопасная транспортировка пациента в сопровождении медицинского работника.

Контрольные вопросы:

Алгоритм безопасной транспортировки пациента.
Правила сопровождения.

Основные понятия темы:

последовательность действий при транспортировке.
оценка достигнутых результатов

Тема 4. Использование специальных средств для размещения и перемещения пациента в постели с применением принципов эргономики.

Цель занятия: изучить и уметь использовать специальные средства размещения и перемещения пациента в постели с применением принципов эргономики.

Контрольные вопросы:

Эргономика – определение.
Что такое Безопасная больничная среда.
Дать определение Биомеханики.
Перечислите правила младшей мед. сестры для снижения риска возможных травм.
Правильная биомеханика тела в положении стоя.
Правильная биомеханика тела при подъёме тяжестей.
Назовите причины, приводящие к травме позвоночника и спины.
Профилактика остеохондроза при поднятии тяжести и перемещении пациента.
Вспомогательные устройства для размещения и перемещения пациента.
Основные правила перемещения.

Основные понятия темы:

понятия «биомеханика» и «эргономика»
правильная биомеханика тела младшей медицинской сестры в положении сидя, стоя, при подъёме тяжести.
причины, приводящие к травме позвоночника и спины.
вспомогательные устройства для размещения и перемещения пациента.
правила перемещения и размещения пациента с использованием правильной биомеханики тела.

Тема 5. Получение комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви.

Цель занятия: изучить правила получения чистого нательного белья, одежды, обуви.

Контрольные вопросы:

Порядок получения комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви для пациента.
Алгоритм смены нательного и постельного белья пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода.

Основные понятия темы:

гигиена больничной одежды и обуви
гигиена нательного белья
смена нательного белья
гигиена постельных принадлежностей и постельного белья.

Тема 6. Гигиенический уход за тяжелобольными пациентами.

Цель занятия: гигиенический уход за тяжелобольными пациентами.

Контрольные вопросы:

Порядок проведения гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода
Санитарно-эпидемиологические требования к соблюдению правил личной гигиены пациента.
Правила использования и хранения предметов ухода за пациентом.

Основные понятия темы:

этапы ухода за тяжелобольным пациентом
режимы больного
смена постельного белья у тяжелобольного пациента
смена нательного белья у тяжелобольного пациента
уход за полостью рта
профилактика пролежней.

Тема 7. Смена нательного и постельного белья.

Цель занятия: знать алгоритм смены нательного и постельного белья.

Контрольные вопросы:

Порядок получения комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви для пациента.
Алгоритм смены нательного и постельного белья пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода

Основные понятия темы:

алгоритм подготовки и смены постельного белья у пациента
алгоритм подготовки и смены нательного белья у пациента.

Тема 8. Кормление пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.

Цель занятия: знать способы кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.

Контрольные вопросы:

Организация питания в стационаре.
Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов.
Правила кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.
Перечень запрещенных к передаче продуктов питания.
Выявление продуктов питания с истекшим сроком годности, признаками порчи и загрязнения.

Основные понятия темы:

виды питания
кормление тяжелобольного ложкой
кормление тяжелобольного с помощью поильника
введение зонда в желудок
искусственное питание
заполнение системы для капельного кормления через назогастральный зонд
кормление пациента через назогастральный зонд капельно.

Тема 9. Помощь медицинской сестре в проведении простых диагностических исследований: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений.

Цель занятия: знать алгоритмы простых диагностических исследований.

Контрольные вопросы:

Показатели функционального состояния пациента.
Нормальные показатели АД, ЧДД, пульса. Понятие о лихорадке.
Технологии проведения простых медицинских услуг: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений.
Наблюдение за функциональным состоянием пациента.
Правила информирования медицинского персонала об изменениях в состоянии пациента.

Основные понятия темы:

измерение температуры тела
измерение частоты пульса
измерение артериального давления
измерение частоты дыхательных движений.

Тема 10. Наблюдение за функциональным состоянием пациента.

Цель занятия: знать правила наблюдения за функциональным состоянием пациента.

Контрольные вопросы:

Показатели функционального состояния пациента.
Нормальные показатели АД, ЧДД, пульса.
Понятие о лихорадке. Виды, периоды лихорадки.
Технологии проведения простых медицинских услуг: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений. Наблюдение за функциональным состоянием пациента.
Правила информирования медицинского персонала об изменениях в состоянии пациента.

Основные понятия темы:

виды наблюдений, варианты оценки функционального состояния пациентов
степень нарушения сознания
виды лечебно – охранительного режима.

Тема 1. Оказание пособия пациенту при расстройствах процесса пищеварения.

Цель занятия: знать правила наблюдения за функциональным состоянием пациента.

Контрольные вопросы:

Расстройства процесса пищеварения.

Метеоризм.

Тошнота и рвота.

Запор атонический и спастический.

Понос.

Недержание кала. Пособие при дефекации тяжелого больного.

Основные понятия темы:

общие понятия о пищеварении

симптомы расстройства

причины пищеварительных нарушений

метеоризм

тошнота и рвота

алгоритм первой помощи при рвоте

запор атонический и спастический

понос, недержание кала

уход и помощь больным при недержании и удержании кала.

Тема 2. Оказание пособия пациенту при расстройствах процесса мочеиспускания.

Цель занятия: знать правила оказания помощи пациентам при расстройствах процесса мочеиспускания.

Контрольные вопросы:

Расстройства процесса мочеиспускания.

Недержание мочи.

Острая задержка мочи.

Пособие при мочеиспускании тяжелого больного.

Алгоритм применения подгузников при недержании мочи.

Основные понятия темы:

алгоритм ухода за больными с недержанием мочи

острая задержка мочи

типы задержки мочи

Тема 3. Профилактика пролежней.

Цель занятия: знать алгоритм профилактики при пролежнях.

Контрольные вопросы:

Пролежни, места образования, стадии развития.

Факторы, способствующие развитию пролежней.

Шкалы оценки риска развития пролежней (Ватерлоу).

Основные понятия темы:

общее понятие о пролежнях

места образования пролежней

факторы риска возникновения пролежней:

сестринские вмешательства по профилактике пролежней

Тема 1. Паллиативная помощь. Хоспис.

Цель занятия: знать алгоритм профилактики при пролежнях.

Контрольные вопросы:

Определение паллиативной помощи.

Современная трактовка понятия.

История развития паллиативной медицины.

Формирование методов оказания паллиативной помощи.

Потребность в оказании паллиативной помощи.

Статистические данные.

Внедрение паллиативной помощи в практическую медицину.

Регламентирующие документы по организации паллиативной помощи.

Понятие «качество жизни».

Проблемы качества жизни.

Оптимизация качества жизни терминального больного.

Личностный, субъективный аспект качества жизни.

Восприятие смерти.

Сообщение диагноза.

Врачебная тайна.

Право пациентов на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья.

Основные понятия темы:

общее понятие о паллиативной помощи

понятие «качество жизни»

Тема 2. Психосоциальные и духовные проблемы пациентов.**Цель занятия:****Контрольные вопросы:**

Работа в различных подразделениях хосписа и отделениях паллиативной помощи ЛПУ. Составление психологического портрета онкологического пациента в терминальной стадии заболевания (при общении с пациентами и их родственниками).

Выделение духовных, психологических и социальных проблем инкурабельного пациента. Обоснование причины их возникновения.

Психические проблемы: причины, вызывающие тревогу, раздражение, состояние депрессии.

Психологические проблемы: страх боли, госпитализации, смерти, наркотической зависимости при применении обезболивания, беспокойство в связи с отсутствием результата лечения, прекращением посещений пациента родственниками, беспокойство о семье и её будущем.

Социальные проблемы: утрата социального положения, роли в семье, недоступность медицинской помощи, беспокойство о финансовом положении. Причины их возникновения.

Основные понятия темы:

паллиативная медицина
цели и принципы паллиативной медицины
психический стресс
забота о семье и близких пациента
духовные и культурные проблемы

Тема 3. Основные синдромы и симптомы у инкурабельных пациентов.

Цель занятия: знать основные симптомы и синдромы у инкурабельных пациентов.

Контрольные вопросы:

Нарушения со стороны дыхательной системы (одышка, кашель, кровохарканье). Нарушения со стороны пищеварительной системы (анорексия, икота, отрыжка, тошнота и рвота, запор, диарея, непроходимость кишечника).

Нарушения со стороны мочевыделительной системы (недержание мочи, задержка мочи, полиурия, гематурия, отеки). Изменения со стороны крови (анемия).

Патология костно-мышечной системы (патологические переломы, повреждение суставов, контрактуры).

Осложнения со стороны кожных покровов и слизистых оболочек (зуд, сыпи, трофические раны, лимфорея, пролежни).

Нарушения со стороны нервной системы (астенический синдром, острая спутанность сознания, парезы, параличи, икота).

Своевременное информирование медицинского персонала об изменениях в состоянии пациента.

Основные понятия темы:

общее понятие термина инкурабельность
вопросы диагностики и знаний о диагнозе
сестринская помощь
средства по уходу
хосписы и паллиативные отделения
домашнее содержание

Тема 4. Осуществление элементов ухода за инкурабельными пациентами.

Цель занятия: знать алгоритм ухода за инкурабельными пациентами.

Контрольные вопросы:

Виды и характеристика боли.

Эмоциональная и физическая сторона боли.

Первичная оценка боли.

Шкала боли.

Возможные проблемы пациента, связанные с болью.

Осуществление элементов сестринского ухода при боли.

Оценка результатов сестринского ухода при боли.

Основные понятия темы:

понятие «боль», «болевого порог»

классификация боли

типы болей

оценка боли

лекарственная терапия для устранения боли,

психологические проблемы медицинского персонала.