

**В.Г. Лычев, В.К. Карманов**

**СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО  
В ТЕРАПИИ  
С КУРСОМ ПЕРВИЧНОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**

**РУКОВОДСТВО ПО ПРОВЕДЕНИЮ  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**В.Г. Лычев, В.К. Карманов**

**СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО  
В ТЕРАПИИ  
С КУРСОМ ПЕРВИЧНОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**

**РУКОВОДСТВО ПО ПРОВЕДЕНИЮ  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**Рекомендовано методическим советом  
Учебно-методического центра по профессиональному  
образованию Департамента образования города Москвы  
в качестве учебного пособия для студентов  
образовательных учреждений среднего  
профессионального образования Для преподавателей**

**Москва  
ФОРУМ-ИНФРА-М  
2016**

**Рецензенты:**

Заслуженный врач РФ, председатель цикловой комиссии терапевтических дисциплин, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Росздрава, доктор медицинских наук, профессор *Е.И. Бувич*

Зав. кафедрой «Сестринское дело» ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», Росздрава, доктор медицинских наук, профессор *Д.В. Федоров*

Лычев В.Г., Карманов В.К.

**Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи  
Руководство по проведению практических занятий**

Учебно-методическое пособие для студентов медицинских колледжей. 3-е изд. перераб. и доп. – М.: ФОРУМ, 2016. – 282 с. (Профессиональное образование).

**АННОТАЦИЯ**

В учебно-методическом пособии представлены современные технологии проведения практических занятий по подготовке медицинских сестер уходу за больными терапевтического профиля в условиях стационара и поликлиники. По всем темам приведены тестовые задания, проблемно-ситуационные задачи с эталонами решения, иллюстрации. Пособие соответствует требованиям ФГОС СПО по специальности 060501 «Сестринское дело» и обеспечивает выпускнику овладеть профессиональными компетенциями медицинской сестры для успешно работы в первичном звене ПМСП, его социальную мобильность и устойчивость на рынке труда.

Предназначено для изучения и преподавания сестринского дела в терапии в колледжах и медицинских училищах по специальности «Сестринское дело».

# СОДЕРЖАНИЕ

## Список сокращений

|  |    |
|--|----|
| <b>Введение</b>  | 6  |
| <b>Раздел 1. Современное сестринское дело в терапии</b>  | 9  |
| 1.1. Сестринский уход в терапии. Цели и задачи дисциплины.   | 9  |
| 1.2. Диагностика проблем пациента методом субъективного и объективного обследования. Дополнительные методы обследования.                   | 11 |
| <b>Раздел 2. Специальная часть. Сестринское дело при заболеваниях внутренних органов</b>   | 17 |
| 2.1. Сестринское дело в пульмонологии  | 17 |
| 2.1.1. Сестринское обследование пациентов с заболеваниями органов дыхания. Острый бронхит.   | 17 |
| 2.1.2. Хронический простой бронхит<br>Хроническая обструктивная болезнь легких   | 19 |
| 2.1.3. Пневмонии   | 21 |
| 2.1.4. Бронхиальная астма  | 23 |
| 2.1.5. Острый и хронический абсцесс легкого, бронхоэктатическая болезнь, гангрена легкого  | 25 |
| 2.1.6. Плевриты  | 27 |
| 2.1.7. Рак легкого   | 29 |
| 2.2. Сестринское дело в кардиологии  | 31 |
| 2.2.1. Электрокардиография. Техника регистрации электрокардиограммы  | 31 |
| 2.2.2. Сестринское обследование пациентов с заболеваниями органов кровообращения. Острая ревматическая лихорадка                           | 36 |
| 2.2.3. Пороки сердца   | 38 |
| 2.2.4. Гипертоническая болезнь   | 40 |
| 2.2.5. Атеросклероз  | 42 |
| 2.2.6. ИБС, стенокардия  | 44 |
| 2.2.7. Инфаркт миокарда  | 46 |
| 2.2.8. Острая сосудистая недостаточность   | 49 |
| 2.2.9. Острая сердечная недостаточность  | 51 |
| 2.2.10. Хроническая сердечная недостаточность  | 54 |
| 2.3. Сестринское дело в гастроэнтерологии  | 56 |
| 2.3.1. Сестринское обследование пациентов с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта. Острые и хронические гастриты                | 56 |
| 2.3.3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки   | 62 |
| 2.3.4. Хронические энтериты и колиты   | 64 |
| 2.3.5. Рак желудка   | 66 |
| 2.3.6. Дискинезии желчевыводящих путей, хронический холецистит   | 69 |
| 2.3.7. Желчнокаменная болезнь  | 71 |
| 2.3.8. Хронические гепатиты  | 73 |
| 2.3.9. Цирроз печени   | 75 |
| 2.4. Сестринское дело в нефрологии   | 78 |
| 2.4.1. Тема: сестринское обследование пациентов с заболеваниями органов мочевого выделения. Острый и хронический диффузный гломерулонефрит | 78 |
| 2.4.3. Острый и хронический пиелонефрит  | 82 |
| 2.4.4. Мочекаменная болезнь  | 84 |
| 2.4.5. Хроническая почечная недостаточность  | 87 |

|                                       |  |     |
|---------------------------------------|--|-----|
| 2.5.                                  | Сестринское дело в гематологии . . . . .   | 89  |
| 2.5.1.                                | Сестринское обследование пациентов с заболеваниями крови. Анемии . . . . .   | 89  |
| 2.5.2.                                | Лейкозы . . . . .  | 92  |
| 2.5.3.                                | Геморрагические диатезы . . . . .  | 94  |
| 2.6.                                  | Сестринское дело в эндокринологии . . . . .  | 96  |
| 2.6.1.                                | Сестринское обследование пациентов с заболеваниями эндокринной системы и обмена веществ. Диффузный токсический зоб, эндемический зоб, гипотиреоз . . . . . | 96  |
| 2.6.2.                                | Ожирение . . . . .   | 99  |
| 2.6.3.                                | Сахарный диабет . . . . .  | 101 |
| 2.7.                                  | Сестринское дело в артрологии . . . . .  | 104 |
| 2.7.1.                                | Сестринское обследование пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Ревматоидный артрит. Деформирующий остеоартроз . . . . .                 | 104 |
| 2.8.                                  | Сестринское дело в аллергологии . . . . .  | 107 |
| 2.8.1.                                | Сестринское обследование пациентов с аллергическими заболеваниями. Крапивница, отек Квинке, анафилактический шок . . . . .                                 | 107 |
| <b>Приложение 1 . . . . .</b>         |  |     |
|                                       | Наблюдение за больными (схема).  | 184 |
|                                       | Перечень сестринских технологий манипуляций, исследований и процедур.  | 184 |
|                                       | Перечень специальных знаний и умений, необходимых для работы медицинской сестры в терапевтическом отделении поликлиники и стационара                       | 186 |
|                                       | Ведение дневника учебной практики (схема)  | 187 |
| <b>Приложение 2. . . . .</b>          |  |     |
|                                       | Тестовый контроль  | 188 |
|                                       | Современное сестринское дело в терапии   | 188 |
|                                       | Современное сестринское дело в пульмонологии   | 193 |
|                                       | Современное сестринское дело в кардиологии   | 199 |
|                                       | Современное сестринское дело в гастроэнтерологии   | 209 |
|                                       | Современное сестринское дело в нефрологии  | 217 |
|                                       | Современное сестринское дело в гематологии   | 224 |
|                                       | Современное сестринское дело в эндокринологии  | 228 |
|                                       | Современное сестринское дело в артрологии  | 233 |
|                                       | Современное сестринское дело в аллергологии  | 235 |
| <b>Приложение 3</b>                   |  |     |
|                                       | Проблемно-ситуационные задачи  | 237 |
| <b>Приложение 4</b>                   |  |     |
|                                       | Иллюстрации к темам занятий  | 269 |
| <b>Указатель литературы . . . . .</b> |  |     |
|                                       | Литература   | 281 |
|                                       | Инструктивно-методические документы  | 282 |

## Список сокращений

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| АГ               | - | артериальная гипертония                      |
| АД               | - | артериальное давление                        |
| АлАТ             | - | аланинаминотрансфераза                       |
| Ас АТ            | - | аспартатаминотрансфераза                     |
| БК               | - | бацилла Коха                                 |
| ВОЗ              | - | Всемирная организация здравоохранения        |
| в/в              | - | внутривенно                                  |
| в/м              | - | внутримышечно                                |
| ЖКТ              | - | желудочно-кишечный тракт                     |
| ИАПФ             | - | ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента |
| ИВЛ              | - | искусственная вентиляция легких              |
| ИМТ              | - | индекс массы тела                            |
| ЛФК              | - | лечебная физическая культура                 |
| Н                | - | сердечная недостаточность                    |
| НПВС             | - | нестероидные противовоспалительные средства  |
| ОРЗ              | - | острые респираторные заболевания             |
| п/к              | - | подкожно                                     |
| ПМСП             | - | первичная медико-санитарная помощь           |
| СОЭ              | - | скорость оседания эритроцитов                |
| СРБ              | - | С-реактивный белок                           |
| T <sub>3</sub>   | - | трийодтиронин                                |
| T <sub>4</sub>   | - | тироксин                                     |
| ТТГ              | - | тиреотропный гормон гипофиза                 |
| УЗИ              | - | ультразвуковое исследование                  |
| УФО              | - | ультрафиолетовое облучение                   |
| ФВД              | - | функция внешнего дыхания                     |
| ФК               | - | функциональный класс                         |
| ФКГ              | - | фонокардиограмма                             |
| ФГС              | - | фиброгастроскопия                            |
| ХПН              | - | хроническая почечная недостаточность         |
| ХСН              | - | хроническая сердечная недостаточность        |
| ХОБЛ             | - | хроническая обструктивная болезнь легких     |
| ЧДД              | - | частота дыхательных движений                 |
| ЭГДС             | - | эзофагогастродуоденоскопия                   |
| ЭКГ              | - | электрокардиограмма                          |
| <sup>131</sup> I | - | изотоп йода                                  |

## Введение

Оказание эффективной медицинской помощи требует внедрения в деятельность лечебно-профилактических учреждений современной системы сестринских услуг, основанной на знании теоретических основ терапии, владении практическими навыками и умениями по уходу за больными, использовании современных медицинских технологий по лечению и профилактике заболеваний внутренних органов.

Основу современного сестринского дела в терапии составляет сестринский уход. Задачами (этапами) сестринского ухода являются создание информационной базы данных о пациенте; идентификация потребностей больного в сестринском обслуживании и обозначение приоритетов в сестринской помощи. Важную роль играет составление плана ухода за больными в соответствии их потребностям, и реализация его путем выполнения независимых, взаимозависимых и зависимых сестринских вмешательств, а также определение эффективности ухода и достижения целей сестринских вмешательств по реакции пациента. Это требует нового подхода по подготовке медицинской сестры, ориентированного на овладение общими и профессиональными компетенциями.

Практические занятия по предмету «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи» проводятся с учетом основных требований по подготовке медицинской сестры (Приложение 1) и использованием разнообразных методических приемов: проблемного обучения, имитационных и не имитационных моделей профессиональной деятельности, деловой игры, работы малыми группами, индивидуально направленного обучения. Это способствует закреплению, расширению и углублению теоретических знаний, полученных студентами на лекциях и при самостоятельной подготовке.

Материал изложен с применением моделей В. Хендерсон, Д. Орэм, М. Аллен. По модели В.Хендерсон сестринский уход осуществляется при нарушении фундаментальных потребностей пациента, и участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода является необходимым условием. Оценка результатов ухода по этой модели – удовлетворение каждой фундаментальной потребности пациента. Модель Д. Орэм применяется при недостаточности самоухода, когда выполняется три системы помощи: полностью компенсирующая, частично компенсирующая, консультативная. Оценка качества ухода по данной модели – возможность пациента/семьи осуществлять самоуход. Модель М. Аллен (партнерской практики) предусматривает сотрудничество медицинской сестры с пациентом/семьей по формированию здорового образа жизни и ориентирована на ее работу в системе первичной медико-санитарной помощи. Это проведение консультаций по профилактике заболеваний, сохранению здоровья у здоровых; профессиональному уходу (выполнение назначений врача, оказание реабилитационной и паллиативной помощи); сотрудничество с другими специалистами и службами при проведении диспансеризации.

Организация практического обучения студентов сестринскому делу в терапии реализует основные принципы преподавания. Преподаватель должен четко знать время и место проведения занятия, его вид, обоснование темы и цели занятия, квалификационные требования (знать, уметь), формируемые компетенции, объем работы, выполняемой учащимися самостоятельно, отбор демонстрируемых больных по теме занятия. Преследуя обучающую, развивающую, воспитательную и методическую цели, преподаватель должен прививать учащимся навыки наблюдательности, анализа своих действий и клинического мышления, умение выделить главное, применять теоретические знания на практике, делать правильные выводы. Преподаватель должен воспитывать у учащихся чувство ответственности, внимательность, чуткое отношение к пациенту и сострадание, готовность быстро оказать помощь больному, настойчивость и целеустремленность в достижении цели, уверенность в своих знаниях и умениях. Используя методические приемы, преподаватель должен активизировать познавательную деятельность студентов, повышать и развивать их творческую активность, память, внимание, осуществлять межпредметные связи.

Практическое занятие должно быть оснащено наглядными пособиями: муляжами, таб-

лицами, стендами, историями болезни, листами врачебных назначений демонстрируемых больных; тонометрами, фонендоскопами, предметами ухода; дидактическим материалом: температурными листами, бланками с результатами лабораторных и инструментальных исследований, тестами, ситуационными задачами, иллюстрациями.

Важным элементом в достижении поставленной учебной цели практического занятия является обязательная самостоятельная подготовка студентов. Для этого преподаватель предварительно знакомит учащихся с перечнем основных вопросов следующего занятия, в объеме которых должна быть осуществлена самостоятельная предварительная подготовка, указывает литературные источники.

В пособии представлена следующая схема каждого семинарско-практического занятия.

- 1) организационный момент - до 3 минут;
- 2) сообщение темы и плана занятия – до 2 минут;
- 3) предварительный контроль знаний/семинар – 12-13% общего времени;
- 4) формирование новых понятий, навыков, умений – 16-17% общего времени;
- 5) задание на самостоятельную работу – 10 минут;
- 6) самостоятельная работа - более 50% общего времени;
- 7) закрепление знаний – 8-9% общего времени;
- 8) оформление дневников – 15 минут;
- 9) подведение итогов занятия – 10 минут;
- 10) задание на дом – 5 минут.

Продолжительность практического занятия должна соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта и составлять 4-6 часов академического времени.

Организационный момент. Начинается практическое занятие с проверки выполнения студентами требований к подготовке аудитории и своего внешнего вида. В помещении должны быть чистота и порядок, у студентов - чистые руки, коротко остриженные ногти, наличие шапочек, масок, перчаток, соответствующие стандарту халаты, сменная обувь. Далее преподаватель делает сообщение темы, ставит учебные цели, подчеркивает актуальность темы. Необходимо прояснить вопросы, возникшие у студентов при подготовке к занятию. Этим достигается оптимизация у студентов памяти и внимания.

Предварительный контроль знаний осуществляется методами фронтального опроса или тестового контроля. Разбираются основные вопросы темы. Это способствует формированию приемов запоминания, смысловой группировке материала, выделению опорных пунктов.

Формирование новых понятий, умений и навыков проводится во время собеседования по основным вопросам темы, демонстрации больных по теме занятия, самостоятельной работы студентов с закрепленными больными (курации), самостоятельной работы на постах, в процедурных и манипуляционных кабинетах. К каждому практическому занятию преподаватель готовит перечень сестринских технологий манипуляций, исследований и процедур (Приложение 1), которыми должен овладеть каждый студент на данном занятии или при необходимости продолжить их освоение на последующих занятиях. Студент должен методически точно выполнить алгоритм той или иной запланированной манипуляции, что достигается неоднократным повторением. Поэтому участие в проведении практических занятий опытных медицинских сестер обязательно. Постовые и процедурные медицинские сестры помогают студентам овладевать практическими навыками при выполнении манипуляций и процедур. С этой целью постовой или процедурной медицинской сестре можно поручить проведение показательных манипуляций и процедур по наблюдению и уходу за больными, особенно не выполнявшихся студентами ранее. В самостоятельной работе каждого студента должен присутствовать обучающий элемент - обсуждение с преподавателем обоснованности принимаемых решений.

Самостоятельная курация проводится после предварительного распределения и закрепления за каждым студентом больного. Учащиеся должны учиться правильно собирать информацию, использовать полученные знания по психологии и деонтологии. На этом этапе



занятия преподаватель учит студентов пониманию, обоснованию и правильной формулировке проблем пациента, составлению индивидуального плана мероприятий по уходу, его реализации и оценки результатов вмешательства по реакции пациента. Студент ежедневно отражает в дневнике проблемы пациента, все изменения, происходящие в самочувствии больного, его объективном состоянии, а также элементы ухода.

Закрепление знаний проводится путем составления студентами алгоритмов манипуляций по теме занятия, подробного плана мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, их оформления в дневнике, составления и решения по заданию преподавателя проблемных ситуационных задач.

Систематизации знаний, формированию умений и навыков помогает ведение учебной документации. С этой целью учащиеся ведут дневники практических занятий, где указывают название и суммарное количество выполненных манипуляций. Манипуляцию следует оценивать, если студент ее выполнил самостоятельно. Если студент только принимал участие в ее выполнении, оценка не ставится. Выполненные манипуляции позволяют сформировать у студента умения по их выполнению. Каждая впервые самостоятельно выполненная студентом манипуляция должна быть проконтролирована преподавателем.

Задание на дом предусматривает основные вопросы темы следующего практического занятия и литературные источники. Это способствует формированию у студента внутреннего стимула к обучению, пробуждает интерес, создает эмоциональный настрой к самостоятельной работе дома.

Каждое практическое занятие лучше проводить в соответствии с темами рабочей программы и ее последовательностью. Однако в некоторых ситуациях преподаватель может изменить последовательность проведения занятий, например, при отсутствии тематических больных, при изменении места проведения занятия и т. п.

Пособие соответствует требованиям Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060501 «Сестринское дело (базовый уровень среднего профессионального образования)».

Авторы будут признательны за все замечания и предложения по улучшению данного издания.

# Раздел 1. Современное сестринское дело в терапии

## 1.1. Сестринский уход в терапии. Цели и задачи дисциплины

### **Основные вопросы:**

1. История сестринского дела в терапии
2. Развитие медицинских технологий сестринского ухода в терапии; применение новейших медикаментозных средств.
3. Применение регламентирующей документации в работе медицинской сестры терапевтического отделения поликлиники и стационара.

### **Цели занятия:**

#### **Обучающая:**

1. Познакомить студентов с историей медицины и сестринского дела, опытом врачей древней Греции и России.
2. Сформировать знания о развитии медицинских технологий сестринского ухода в терапии; применении новейших методов и средств ухода за больными.
3. Сформировать умения применения регламентирующей документации в работе медицинской сестры терапевтического отделения поликлиники и стационара.

**Развивающая:** умение выделить главное, применить полученные знания при изучении предмета.

**Воспитательная:** развивать чувство ответственности, сострадания к больному, формировать настойчивости и целеустремленности в достижении поставленной цели ухода, развивать уверенность в своих знаниях.

**Методическая:** активизировать познавательную деятельность студентов путем решения ситуационных задач; повышать и развивать творческую активность, память, внимание; осуществлять межпредметные связи по предметам: основы сестринского дела, фармакология, анатомия.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- применения медицинской сестрой регламентирующей документации терапевтического отделения поликлиники и стационара.

Студент должен *уметь*:

- вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- историю сестринского дела в терапии;
- современные технологии сестринского дела и новейшие медикаментозные средства в терапии;
- применение утвержденной медицинской документации.

### **Формируемые компетенции.**

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

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

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Этапы сестринского ухода». Дидактический материал: бланки историй болезни, амбулаторных карт, направлений на консультации, проведения лабораторных и инструментальных исследований, тесты (**Приложение 2**), ситуационные задачи (**Приложение 3**), иллюстрации (**Приложение 4**).

*Место проведения.* Учебная комната. Терапевтическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию, подробно останавливается на требованиях, предъявляемых к студентам во время семинарско-практических занятий (внешний вид, соблюдение деонтологических правил). Далее сообщается тема, подчеркивается ее актуальность, определяются учебные цели. Выясняются вопросы, возникшие у студентов при самостоятельной подготовке к занятию и необходимости преподаватель отвечает на них, ответы на некоторые вопросы могут быть получены после полного разбора темы. Этим достигается оптимизация памяти, внимания, межпредметных связей.

### **Предварительный контроль знаний**

**Письменный контроль.** Вопросы:

Вариант 1. Понятия и термины: здоровье, болезнь, больной, этиология, патогенез, факторы риска, клиника, симптом.

Вариант 2. Понятия и термины: синдром, течение болезни, периоды болезни, основное заболевание, осложнение болезни, диагностика, клинический диагноз, прогноз.

### **Актуализация темы**

Основой современных знаний о заболеваниях внутренних органов является опыт врачей древней Греции (Гиппократ, V в. до н. э.), Средней Азии (Авиценна, Ибн-Сина, около 980-1037 гг.), России (М.Я. Мудров, 1776-1811; Г.А. Захарьин, 1829-1897; С.П. Боткин, 1832-1889; В.П. Образцов, 1849-1920; М.Д. Стражеско, 1876-1952; Г.Ф. Ланг, 1875-1948; А.Л. Мясников, 1899-1965; И.Н. Денисов, Р.Г. Оганов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин и др.). Предмет «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи» изучает причины, основные клинические проявления, принципы лечения, оказание неотложной и профилакти-

ческой помощи пациентам при заболеваниях внутренних органов. Терапевтическим отделением больницы и/или поликлиники называют лечебное подразделение, где проводится диагностика, лечение и профилактика заболеваний внутренних органов. Для правильной трактовки и понимания этих процессов применяются специальные термины и понятия. К ним относятся здоровье, болезнь, больной, этиология, патогенез, факторы риска, клиника, симптом, синдром, течение болезни, периоды болезни, основное заболевание, осложнение болезни, диагностика, клинический диагноз, прогноз. Например, термин «здоровье» означает не только отсутствие болезней или физических дефектов, а состояние полного физического, психического и социального благополучия. Для здоровья характерны анатомическая и функциональная целостность организма, а также достаточная приспособляемость к окружающей среде. Понятие «здоровый человек» означает состояние полного физического, психического и социального благополучия при отсутствии болезней и патологических состояний. Термин «практически здоровый» относится к человеку, не страдающему хроническими болезнями, перенесшего острую болезнь или травму без существенных дефектов здоровья в их исходе, а также к людям с незначительными пороками развития, не оказывающие влияние на функциональные возможности организма. Понятие «болезнь» означает патологический процесс, протекающий в организме человека в результате воздействия болезнетворных факторов (биологических, социальных, физических, иммунологических, химических и др.). Болезнь характеризуется

- 1) повреждением организма — нарушение анатомической целостности или функционального состояния ткани, органа, части тела;
- 2) реакцией организма на повреждение, т.е. признаками, симптомами, синдромами необходимыми и достаточными для болезни.

Основными требованиями при изучении предмета «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи» является овладение специальными знаниями и умениями ухода за пациентами в поликлинике и стационаре. В области сестринского дела в терапевтическом отделении поликлиники *знать*:

- основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактика основных заболеваний внутренних органов;
- основные группы лекарственных препаратов, применяемых в терапии, показания и противопоказания к их применению, противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции;
- вопросы иммунопрофилактики;
- систему инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала;
- организацию сестринского ухода за больными на дому на основе этапов сестринского ухода и др.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять основные этапы сестринского ухода;
- выполнять требования больничного инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала, техники безопасности и охраны труда;
- владеть техникой подготовки больных к диагностическим исследованиям; выполнять профилактические, лечебные, диагностические манипуляции и процедуры, назначаемые врачом, готовить инструменты и ассистировать врачу при проведении сложных манипуляций;
- проводить санитарно-просветительную работу среди пациентов и их родственников;
- обучить оказанию само- и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях и т. д.;
- проводить гигиеническое воспитание и обучение здоровому образу жизни (Приложение 1).

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Разбираются основные термины и понятия, применяемые в терапии, а также основные требования к работе медицинской сестры терапевтического отделения поликлиники и стационара.

*Практическая часть.* В учебной комнате студенты изучают основные термины и понятия, специальные знания и умения для работы в терапевтическом отделении поликлиники и/или стационара. Затем в терапевтическом отделении поликлиники и стационара преподаватель знакомит студентов с работой медицинской сестры в кабинете приема пациентов участковым врачом-терапевтом, кабинетах диагностики и лечения больных в стационаре (УЗИ, рентгенологический, ЭКГ, процедурный и др.).

#### **Задание на самостоятельную работу**

Преподаватель распределяет студентов на пары, которые должны отработать основные термины и понятия, специальные знания и умения для работы медицинской сестры в терапевтическом отделении поликлиники и стационара.

#### **Самостоятельная работа.**

Студенты отрабатывают друг с другом основные термины и понятия, специальные знания и умения для работы медицинской сестры в терапевтическом отделении поликлиники и стационара.

#### **Закрепление знаний.**

Студенты описывают в своих дневниках сущность основных терминов и понятий в терапии, основные требования к работе медицинской сестры терапевтического отделения стационара и поликлиники, решают ситуационные задачи, составляют тесты по нормативной и регламентирующей документации, применяемой в работе медицинской сестры терапевтического отделения поликлиники и стационара ЛПО.

#### **Оформление дневников.**

Студенты описывают в дневниках всю проделанную работу на занятии. Это развивает внимательность, организованность, сознательное отношение к учебе. Преподаватель проверяет дневники, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

#### **Подведение итогов занятия.**

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|---|--|--|---|
| ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес | - Изложение основных положений истории сестринского дела, развития медицинских технологий сестринского ухода   | - Экспертное наблюдение и оценка изложения основных положений истории сестринского дела, развития медицинских технологий сестринского ухода на практическом занятии.<br>- Тестирование | - Понимает сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявляет к ней устойчивый интерес |
| ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию   | - Выполнение правил и инструкций при оформлении и заполнении учетно-отчетной медицинской документации в терапевтическом отделении поликлиники и стационара.<br>- Выполнение правил и инструкций хранения учетно-отчетной медицинской документации в терапевтическом отделении поликлиники и стационара | - Экспертное наблюдение и оценка ведения учетно-отчетной медицинской документации на практическом занятии.<br>- Тестирование   | - Ведение утвержденной медицинской документации осуществляется в соответствии с требованиями            |

Преподаватель проводит анализ проделанной студентами работы, отмечает активность

и самостоятельность каждого студента, выставляет оценки с последующей мотивировкой, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия. Это способствует формированию внутреннего стимула к обучению, пробуждает интерес, создает эмоциональный настрой к самостоятельной работе дома.

## **1.2. Диагностика проблем пациента методом субъективного и объективного обследования. Дополнительные методы обследования.**

#### ***Основные вопросы:***

1. Технологии проведения субъективного и объективного обследования, дополнительных методов обследования пациента.
2. Объяснение пациенту сути вмешательств с предоставлением информации в понятном виде.

#### ***Цели занятия:***

1. Отработать методы субъективного, объективного, дополнительного обследования пациента.
2. Сформировать умения анализировать полученные данные.
3. Расширить область применения практического опыта субъективного, объективного и дополнительного обследования пациента.

#### ***Студент должен иметь практический опыт:***

- осуществления диагностики проблем пациента методом субъективного, объективного, дополнительного обследования, .

#### ***Студент должен уметь:***

- общаться с пациентом; формулировать проблемы пациента, провести и объяснить пациенту сущность субъективного и объективного обследования.

#### ***Студент должен знать:***

- специальные термины и понятия, основные требования к работе медицинской сестры в терапевтическом отделении поликлиники и стационара, источники информации;  
- методы диагностики проблем пациента.

#### ***Формируемые компетенции:***

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

#### ***Междисциплинарные связи:***

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

#### ***Обеспечение занятия.***

##### **1. Оборудование:**

- фантомы, муляжи;

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

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Схема расспроса больного», «Клиническая топография органов грудной клетки и живота», «Методика пальпации», «Методика перкуссии», «Методика аускультации», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, истории болезни демонстрируемых больных, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Учебная комната. Терапевтическое отделение стационара.

### **Организационный момент.**

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Сообщается тема занятия, как правило, студент узнает ее из задания в конце предыдущего занятия, подчеркивается ее актуальность, определяются цели занятия. Необходимо выяснить неясные вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию и разобрать их. Этим достигается оптимизация у студентов памяти, внимания, межпредметных связей.

### **Предварительный контроль знаний.**

#### ***Письменный контроль.***

Вариант 1:

1. Основные (главные) жалобы больного.
2. История заболевания.
3. История жизни.
4. Общий осмотр.
5. Определение свойств пульса, аускультация сердца.
6. Дополнительные лабораторные методы исследования.

Вариант 2:

1. Дополнительные жалобы больного.
2. История заболевания.
3. История жизни.
4. Общий осмотр.
5. Пальпация, аускультация органов дыхания; кровообращения.
6. Дополнительные инструментальные методы исследования.

***Тестовый контроль*** (см. Приложение).

***Ситуационные задачи*** (см. Приложение)

### **Актуализация темы**

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

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

Дополнительные исследования включают:

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

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

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* В процессе собеседования необходимо выяснить неясные вопросы, возникшие при подготовке к данному занятию, и объяснить их. Преподаватель дополняет и корректирует ответы студентов, подчеркивая значение обследования пациента для определения целей сестринских вмешательств и планирования ухода. Предварительный контроль знаний проводится методами фронтального опроса или тестового контроля (Приложение 2). Разбираются вопросы: методы обследования пациента в терапевтической практике (субъективный, объективный) и их диагностическое значение. Пальпация и ее виды. Перкуссия - топографическая, сравнительная. Аускультация легких, сердца, живота. Особенности сестринского обследования пациента. Идентификация проблем пациента, планирование сестринского ухода. Показателями общего клинического *анализа крови* являются: количество эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов (в ед. объема крови), процентное содержание форменных элементов (палочкоядерные, сегментоядерные нейтрофилы, лимфоциты, моноциты, эозинофилы, базофилы), СОЭ (в мм в 1 час). Исследование *мочи* включает: определение физических свойств, химический анализ и микроскопию осадка - цвет, реакцию, количество лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров, клеток эпителия в поле зрения и др., кристаллов, бактерии (в 1 мл мочи); по Нечипоренко - количество лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров в 1 мл; *исследование желудочного сока* - цвет, базальную секрецию, общую, свободную, связанную кислотность; *исследование дуоденального содержимого* - порции А, Б, С, микроскопию: порций; исследование кала - форму, цвет, консистенцию, запах, объем, микроскопию (слизь, кровь, нейтральный жир); *исследование мокроты*: цвет, консистенцию, характер, примеси; микроскопию: (лейкоциты, эритроциты, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршманна, эластические волокна, атипичные клетки, микобактерии туберкулеза, друзы актиномикоза, эозинофилы), бактериологический анализ на посев и чувствительность к антибиотикам. *Инструментальные исследования*: измерение АД; рентгенологические методы (рентгеноскопия, рентгенография, флюорография, томография); электрокардиография; фонокардиография; ультразвуковая диагностика; сканирование, эндоскопия (бронхоскопия, фиброгастроскопия, ректороманоскопия, лапароскопия, цистоскопия). С помощью инструментальных методов исследования проводят функциональную диагностику: пневмотахо-



метрию - измерение скоростных показателей функции внешнего дыхания (ФВД) с помощью различных приборов (спирография - пневмотахометр, пневмотахографию - графическая запись скоростных показателей ФВД на уровне крупных, средних и мелких бронхов); пункционная диагностика - исследуется морфологическое состояние (клетки) лимфоузла, костного мозга, печени, почек, легкого. Рассматриваются возможные проблемы пациентов при назначении и проведении исследования, планирование действий медсестры при решении таких проблем.

*Практическая часть.* В учебной комнате преподаватель распределяет студентов по два человека. Один из них выступает в роли больного. Второй - в роли медицинской сестры - последовательно проводит: отработку методики сестринского обследования пациента: расспрос, осмотр, аускультацию легких, сердца, живота, поверхностную пальпацию живота, определение наличия отеков, исследование пульса, измерение АД, ЧДД, массы тела, роста, температуры тела. Затем студенты меняются ролями. Это позволяет учащимся научиться правильно и последовательно формулировать вопросы, выделять главное, отработать методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Затем преподаватель в палате демонстрирует на пациенте методики субъективного и объективного обследования: собираются паспортные данные, жалобы, история настоящего заболевания и история жизни. При разборе жалоб больного важно научить студентов правильно формулировать вопросы, чтобы они были понятны пациенту и носили последовательный характер. Жалобы излагаются пациентом в ответ на вопросы: «Что Вас беспокоит?», «На что Вы жалуетесь?». Каждую жалобу необходимо уточнить дополнительным вопросом. Например, если жалоба на боль в груди, то уточняется место локализации боли, ее иррадиация, время появления, характер, интенсивность. При боли в эпигастрии необходимо уточнить ее связь с приемом пищи (сразу после приема пищи или спустя определенное время), характер (тянущая, режущая, жгучая), интенсивность. Выделяют главные и дополнительные жалобы. К главным жалобам относятся такие проявления заболевания, которые больше всего беспокоят больного в настоящий момент. Обращается внимание студентов на значение полученной информации для формулировки проблем пациента. При рассмотрении вопроса истории развития настоящего заболевания необходимо остановиться на значении этого раздела как для правильной формулировки проблем пациента, так и планирования мероприятий по уходу. Выясняют следующие вопросы: «Когда заболел» или «С какого времени считает себя больным?», «С чего началось заболевание?», «Как оно протекало?», «Обращался ли за медицинской помощью?», «Какое было назначено лечение?». Следует также уточнить, принимал ли пациент самостоятельно какие-либо лекарственные средства. В разделе «История жизни» разбираются вопросы: развитие в детстве, все перенесенные заболевания и операции в хронологической последовательности, вредные привычки, в том числе избыточное потребление соли, время еды, наследственность, переносимость лекарственных средств, пищевая и лекарственная аллергия, физическая активность, семейное положение. Непосредственное обследование (физикальное, объективное) преподаватель начинает с общего осмотра демонстрируемого больного. Дается оценка тяжести состояния, определяется положение в постели, телосложение. Питание оценивается по формуле Р. Брока или индексу массы тела Кетле. Превышение идеальной массы тела более 20% для мужчин и 25% для женщин является избыточным. Далее определяются состояние кожи и слизистых оболочек, видимые патологические изменения (цианоз, расчесы, желтуха и др.), тургор тканей, наличие отеков, состояние лимфоузлов. Следующим этапом является проведение осмотра, пальпации и аускультации последовательно органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевого выделения, щитовидной железы и опорно-двигательного аппарата. Студенты принимают участие в субъективном и объективном обследовании пациента. В заключение преподаватель формулирует проблемы пациента, определяет приоритетную проблему, намечает цели и мероприятия по уходу. Далее преподаватель знакомит студентов с устройством и оборудованием кабинетов функциональной диагностики, клинической и биохимической лаборатории, рентгенологического и др., демонстрирует результаты лаборатор-

ных исследований, спирограммы, ЭКГ, рентгенограммы и др. больных с различной патологией.

### **Задание на самостоятельную работу**

После знакомства с работой служб дополнительного обследования пациентов, преподаватель закрепляет за каждым студентом отдельного больного, дает задание по его обследованию и работе по листу врачебных назначений.

### **Самостоятельная работа**

Студенты проводят субъективное и объективное обследование пациентов, определяют проблемы, составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. Затем они малыми группами (по 2 человека) под его руководством и руководством опытных медицинских сестер отделения осуществляют уход за пациентами в палатах, работают на постах, в процедурных кабинетах, кормят постельных больных, транспортируют в кабинеты функциональной диагностики, ЛФК, физиотерапии, другие лечебно-диагностические кабинеты.

### **Закрепление знаний**

По заданию преподавателя студенты составляют и решают ситуационные задачи по теме занятия (Приложение 3).

### **Оформление дневников.**

Студенты оформляют в дневниках, соответственно установленным требованиям, всю проделанную работу. Преподаватель проверяет сестринские карты и дневники, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие   | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|--|--|--|---|
| ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проявление умений расспроса пациента по выявлению проблем.</li> <li>- Проявление умения объективного обследования пациента</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка умений ведения расспроса пациента по выявлению проблем на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения объективного обследования пациента на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Расспрос пациента по выявлению проблем проведен по стандарту.</li> <li>- Объективное обследование пациента осуществлено по стандарту</li> </ul>                        |
| ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение сестринского расспроса пациента.</li> <li>- Выполнение объяснения пациенту сути объективного обследования</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения расспроса пациента на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка объяснения пациенту сути объективного обследования на практическом занятии</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Расспрос пациента проведен по стандарту.</li> <li>- Объяснение пациенту сути объективного обследования выполнено в полном объеме и соответствии требованиям</li> </ul> |

Преподаватель проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивировкой, делает вывод о достижении целей занятия.

### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## Раздел 2 . Специальная часть. Сестринское дело при заболеваниях внутренних органов

### 2.1. Сестринское дело в пульмонологии

#### 2.1.1. Острый бронхит

##### *Основные вопросы:*

1. Порядок сестринского обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания.
2. Определение понятия: «Острый бронхит»; причины, клинические проявления.
3. Принципы лечения и профилактика острого бронхита.
4. Сестринский уход при остром бронхите.

##### *Цели занятия:*

1. Сформировать знания студентов по порядку сестринского обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания.
2. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения острого бронхита.
3. Сформировать знания принципов лечения и профилактики острого бронхита.
4. Развивать профессиональные умения по уходу за больными при остром бронхите.

##### Студент должен иметь практический опыт:

- осуществления ухода за пациентами при остром бронхите.

##### Студент должен уметь:

- осуществлять сестринский уход за больными острым бронхитом;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

##### Студент должен знать:

- причины острого бронхита;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при остром бронхите.

##### *Формируемые компетенции.*

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

#### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

#### *Обеспечение занятия.*

##### 1. Оборудование:

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

##### 2. Технические средства обучения:

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

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

*Место проведения.* Терапевтическое (пульмонологическое) отделение стационара.

#### **Организационный момент**

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

#### **Актуализация темы.**

При заболеваниях органов дыхания медицинская сестра проводит субъективное и объективное обследование пациентов, готовит их к лабораторным и инструментальным исследованиям. Она должна учитывать, что патологический процесс может локализоваться в верхних дыхательных путях (тонзиллиты, фарингиты, трахеиты), в нижних отделах дыхательных путей (бронхиты, бронхиолиты, пневмонии) или в плевре, что обуславливает различные клинические проявления болезни и проведение мероприятий по уходу. Нередко наблюдается сочетанное поражение различных органов и систем, что проявляется определенными симптомами поражения или повреждения этих органов и требует более внимательного отношения к пациенту, применения адекватных и эффективных методов ухода, средств лечения и профилактики.

Острый бронхит – острый воспалительный процесс в бронхах или бронхиолах, характеризующийся острым течением и обратимым диффузным поражением преимущественно слизистой оболочки. Обычно воспаление купируется в течение 1-2 недель, а пораженная

слизистая оболочка полностью восстанавливается.

### **Предварительный контроль знаний.**

**Письменный контроль.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение острого бронхита.
2. Основные проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение за больными острым бронхитом.
5. Профилактика острого бронхита.

Вариант 2:

1. Причины острого бронхита.
2. Основные симптомы.
3. Принципы лечения.
4. Уход за больными острым бронхитом.
5. Профилактика острого бронхита с затяжным течением.

### **Формирование новых понятий и умений.**

*Теоретическая часть.* Разбирается распространенность острого бронхита, этиология; предрасполагающие факторы, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, профилактики. При разборе ухода за больными обсуждается использование моделей Д. Орэм, В. Хендерсон.

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

### **Задание на самостоятельную работу.**

После разбора демонстрируемого больного преподаватель закрепляет за каждым студентом курируемого самостоятельно пациента, дает задание по его обследованию и работе с листом врачебных назначений.

### **Самостоятельная работа**

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

### **Закрепление знаний.**

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

### **Оформление дневников.**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция | Действие | Метод контроля | Критерии оценки |
|-------------|----------|----------------|-----------------|
|-------------|----------|----------------|-----------------|

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Наложение холодного компресса на голову больному острым бронхитом при гипертермии.</li> <li>- Дача обильного питья больному острым бронхитом при лихорадке</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка наложения холодного компресса на голову на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка контроля состояния больного, АД, ЧДД, пульса при даче обильного питья при лихорадке на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Холодный компресс на голову при гипертермии наложен по стандарту.</li> <li>- Контроль состояния, АД, ЧДД, пульса при даче обильного питья при лихорадке выполнен по стандарту</li> </ul>   |
| ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Владение навыками работы на персональном компьютере при составлении перечня лекарственных средств, применяемых при остром бронхите.</li> <li>- Выполнение презентации на тему: «Сестринский уход за больными острым бронхитом»</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка составления перечня лекарственных средств, применяемых при остром бронхите, с помощью персонального компьютера в процессе внеаудиторной работы.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка подготовки презентации на тему: «Сестринский уход за больными острым бронхитом» в процессе внеаудиторной работы</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Перечень лекарственных средств, применяемых при остром бронхите, составлен в полном объеме в соответствии с требованиями.</li> <li>- Презентация: «Сестринский уход за больными острым бронхитом» выполнена в полном объеме в соответствии с требованиями</li> </ul> |
| ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение подготовки больного острым бронхитом к исследованию функции внешнего дыхания.</li> <li>- Выполнение подготовки больного острым бронхитом к рентгенологическому исследованию органов грудной клетки</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения подготовки пациента к исследованию функции внешнего дыхания на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения подготовки больного к рентгенологическому исследованию органов грудной клетки на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка пациента к исследованию функции внешнего дыхания выполнена по стандарту.</li> <li>- Подготовка больного к проведению рентгенологическому исследованию органов грудной клетки выполнена по стандарту</li> </ul>  |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение пациента приему противокашлевых средств.</li> <li>- Проведение массажа грудной клетки больному острым бронхитом</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил обучения больного приему противокашлевых препаратов на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения массажа грудной клетки на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение пациента приему лекарственных препаратов внутри осуществлено по правилам.</li> <li>- Массаж грудной клетки выполнен по стандарту</li> </ul>   |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечает ошибки и недостатки, вносит соответствующие коррективы; отмечает активность и самостоятельность. Каждому студенту выставляется оценка за теоретическую подготовку, а также оценка за практические навыки (выполнение манипуляций, участие в разборе больных, самостоятельную работу с больными, качество ведения дневника). Делается вывод о достижении целей занятия.

### Задание к следующему занятию

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## 2.1.2. Хронический простой бронхит

### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Простой хронический бронхит»; причины, факторы риска, клинические проявления.
2. Принципы лечения и профилактика простого хронического бронхита.
- 3 Сестринский уход при хроническом бронхите.

### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения простого хронического бронхита.
2. Углубить знания по диагностике и лечению простого хронического бронхита.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными простым хроническим бронхитом.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с простым хроническим бронхитом.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при простом хроническом бронхите.

### *Формируемые компетенции.*

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

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

2. Технические средства обучения:

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

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

*Место проведения.* Терапевтическое (пульмонологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Сообщается тема, ставятся учебные цели, выясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию, и дается им объяснение.

### **Предварительный контроль знаний**

**Письменный контроль.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение простого хронического бронхита.
2. Основные проблемы.
3. Принципы лечения простого хронического бронхита.
4. Наблюдение и уход.
5. Первичная профилактика.

Вариант 2:

1. Причины простого хронического бронхита.
2. Основные симптомы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход за больными хроническим гнойным бронхитом.
5. Вторичная профилактика хронического бронхита.

### **Актуализация темы**

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



точность кровообращения. При хроническом бронхите грудная клетка не изменена, в легких длительное время определяются влажные преходящие (непостоянные) влажные хрипы при неизменном дыхании.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Разбирается распространенность простого хронического бронхита, этиология; предрасполагающие факторы, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и диспансеризации. При разборе ухода за больными обсуждается использование моделей Д. Орэм, В. Хендерсон.

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

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора больных по теме занятия преподаватель закрепляет за каждым студентом по одному больному для самостоятельной курации, дает задание по его обследованию и работе с его листом врачебных назначений.

### **Самостоятельная работа**

Студенты проводят обследование больных, формулируют проблемы пациентов, определяют приоритетность проблем, проводят планирование ухода. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После курации больных преподаватель распределяет студентов по 2-3 человека по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемное отделение, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют сестринский уход за пациентами с использованием модели В. Хендерсон: кормят постельных больных, оказывают им помощь при физиологических отправлениях, выполняют инъекции, раздают лекарственные препараты, измеряют температуру тела, осуществляют контроль АД, ЧДД, пульса.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют перечень лекарственных средств, применяемых при простом хроническом бронхите, составляют кроссворд по теме занятия.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие  | Метод контроля  | Критерии оценки  |
|---|---|---|--|
| ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку. | - Проведение беседы с больным хроническим бронхитом по устранению курения.<br>- Проведение беседы с больным хроническим гнойным бронхитом по соблюдению кашлевой культуры | - Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по устранению курения на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по соблюдению кашлевой культуры на практическом занятии | - Беседа с пациентом по устранению вредных привычек проведена в полном объеме.<br>- Беседа с пациентом по соблюдению кашлевой культуры проведена в полном объеме в соответствии с требованиями |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Проведение систематических занятий физической культурой, отказа от курения.</li> <li>– Проведение занятий в спортивных секциях</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения систематических занятий физической культурой, отказа от вредных привычек в процессе внеаудиторной работы.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка участия в спортивных секциях в процессе внеаудиторной работы</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Осуществление систематических занятий физической культурой, отказ от курения.</li> <li>– Участие в спортивных секциях</li> </ul>                         |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил техники безопасности при проведении оксигенотерапии больному простым хроническим гнойным бронхитом.</li> <li>- Выполнение правил пользования плевательницей и ее дезинфекции при простом хроническом гнойном бронхите</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил техники безопасности при проведении оксигенотерапии больному простым хроническим гнойным бронхитом на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил пользования плевательницей и ее дезинфекции при простом хроническом гнойном бронхите на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение оксигенотерапии выполнено согласно инструкции.</li> <li>- Пользование плевательницей и ее дезинфекция выполнены согласно стандарту</li> </ul> |
| ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил и инструкций при оформлении и заполнении амбулаторной карты больного простым хроническим бронхитом в стационаре.</li> <li>- Выполнение правил и инструкций хранения истории болезни больного простым хроническим бронхитом в стационаре</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка заполнения амбулаторной карты больного простым хроническим бронхитом на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка хранения истории болезни больного простым хроническим бронхитом на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ведение утвержденной медицинской документации осуществлено согласно инструктивным документам</li> </ul>  |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечает ошибки и недостатки, вносит соответствующие коррективы; отмечает активность и самостоятельность. Каждому студенту выставляется оценка за теоретическую подготовку, а также оценка за практические навыки (выполнение манипуляций, участие в разборе больных, самостоятельную работу с больными, качество ведения дневника). Делается вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### 2.1.3. Хроническая обструктивная болезнь легких

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «ХОБЛ»; причины, факторы риска, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика ХОБЛ.
- 3 Сестринский уход при ХОБЛ.

#### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения ХОБЛ.

2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике ХОБЛ.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными ХОБЛ.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с ХОБЛ.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при ХОБЛ;

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию по назначению врача;

- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента

- вести утвержденную медицинскую документацию при ХОБЛ.

Студент должен *знать*:

- причины развития ХОБЛ;

- клинические проявления;

- возможные осложнения;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- пути введения лекарственных препаратов;

- виды, формы и методы реабилитации;

- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при ХОБЛ.

#### *Формируемые компетенции.*

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

*Междисциплинарные связи.* Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

#### *Обеспечение занятия.*

##### 1. Оборудование:

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

##### 2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Хроническая обструктивная болезнь легких», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами анализов крови, мокроты, рентгенограммы, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (пульмонологическое) отделение стационара.

#### **Организационный момент**

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию, указывает на требования, предъявляемые к студентам во время практического занятия (внешний вид, соблюдение деонтологических правил), сообщается тема, ставятся учебные цели, выясняются неясные вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию, и дается им объяснение.

#### **Предварительный контроль знаний**

##### ***Письменный контроль.*** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение ХОБЛ.
2. Основные симптомы пациентов с ХОБЛ.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение за больными ХОБЛ.
5. Первичная профилактика ХОБЛ.

Вариант 2:

1. Факторы риска ХОБЛ.
2. Основные проблемы больных ХОБЛ.
3. Принципы длительной оксигенотерапии.
4. Уход за больными ХОБЛ.
5. Вторичная профилактика ХОБЛ.

#### **Актуализация темы**

Хроническая обструктивная болезнь легких возникает под влиянием неблагоприятных факторов - курения, запыленности, загрязненности воздуха, профессиональных вредностей, пневмонии в раннем детском возрасте, отягощенная наследственность) и характеризуется поражением центральных и периферических бронхов, альвеол и сосудов с ограничением скорости воздушного потока. Смертность от ХОБЛ среди лиц старше 40 лет занимает 4-е место в структуре причин смерти. За последние 20 лет среди женщин уровень смертности от ХОБЛ увеличился в 2, 8 раза, среди мужчин - в 1,1 раза. В России по подсчетам с использованием эпидемиологических маркеров число больных ХОБЛ может составлять около 11 млн человек. Поражение паренхимы легкого и сосудов при ХОБЛ заключаются в нарушении

нии прикрепления альвеол к бронхиолам и капиллярной системы межальвеолярных перегородок. Одновременно происходит уменьшение диаметра просвета дистальных бронхов, что становится основным местом сопротивления ослабленному воздушному потоку. Два основных симптома ХОБЛ - одышка и кашель, иногда сопровождающиеся свистящим дыханием и/или повышенной продукцией мокроты, присутствуют на всех этапах болезни. Тяжесть их проявления не зависят от возраста пациента, степени тяжести эмфиземы и могут быть в разной степени выражены у одного пациента. У пациентов с тяжелой и далеко зашедшей формой заболевания, обычно имеет место гипоксическая легочная вазоконстрикция, которая приводит к дисфункции правых отделов сердца.

Основными принципами бронходилатирующей терапии больных ХОБЛ стабильного течения являются: применение бронхорасширяющих препаратов является базовой обязательной терапией. Все остальные средства и методы должны применяться только в сочетании с препаратами базовой терапии; антихолинергические препараты являются средствами первого ряда и их назначение обязательно при всех степенях тяжести ХОБЛ; выбор антихолинергического препарата зависит от доступности и индивидуального ответа на лечение в виде купирования симптомов и отсутствия побочных эффектов; комбинация бронхолитиков усиливает бронхолитический эффект и снижает риск побочных эффектов в сравнении с повышением дозы одного препарата; длительное лечение системными ГКС не рекомендуется; длительно действующие бронходилататоры для базовой терапии ХОБЛ в программе GOLD-2013 представлены длительно действующими антихолинергическими препаратами (тиотропия бромид) и длительно действующими  $\beta$ -2-агонистами (сальметерол, формотерол) в качестве монотерапии и/или их сочетания, а также в составе фиксированной комбинации с ингаляционными кортикостероидами или с ингибитором фермента фосфодиэстеразы-4 - рофлумистатом; на всех стадиях болезни высокой эффективностью обладают физические тренирующие программы, повышающие толерантность к физической нагрузке.

Профилактическое поддерживающее лечение больных ХОБЛ включает: отказ от курения: психотерапию, реливеры с никотином (назальный спрей, оральный ингалятор, жевательная резинка, пастилка), контроллеры (пластырь с никотином, бупропион, варениклин); бронходилататоры пролонгированные:  $\beta$ -2-агонисты (сальметерол 25-50 мкг 2 раза, формотерол 4,5-12 мкг 2 раза, индакатерол 75-300 мкг 1 раз), холинолитики (тиотропиум 18 мкг 1 раз), теofilлин (теопэк, теотард 200-350 мг 1-2 раза после еды); ингаляционные кортикостероиды; вакцинацию против гриппа; вакцинацию против пневмококка; регулярные физические нагрузки; при частых обострениях длительный прием антибиотиков - азитромицин по 250 мг 1 раз/сут в течение года.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Разбирается распространенность ХОБЛ, этиология; предрасполагающие факторы, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и диспансеризации. При разборе ухода за больными обсуждается использование моделей Д. Орэм, В. Хендерсон.

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

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора больных по теме занятия преподаватель закрепляет за каждым студентом больного для самостоятельной курации, дает задание по его обследованию и работе с его листом врачебных назначений.

### **Самостоятельная работа**

Студенты проводят обследование больных формулируют проблемы, определяют их

приоритетность, проводят планирование сестринского ухода. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После курации больных преподаватель распределяет студентов по 2-3 человека по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемное отделение, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют сестринский уход за пациентами с использованием модели В. Хендерсон: кормят постельных больных, оказывают им помощь при физиологических отправлениях, выполняют инъекции, раздают лекарственные препараты, измеряют температуру тела, осуществляют контроль АД, ЧДД, пульса.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют перечень лекарственных средств, применяемых при ХОБЛ, составляют алгоритм ухода при приступе удушья

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля   | Критерии оценки  |
|---|--|--|--|
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации | - Подготовка доклада: «Уход за больными ХОБЛ».<br>- Выполнение бронходилатационной пробы с сальбутамолом при ХОБЛ                                      | – Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения брон-ходилатационной пробы больному ХОБЛ на практическом занятии  | - Доклад выполнен в полном объеме согласно инструктивным документам.<br>- Бронходилатационная проба с сальбутамолом больному ХОБЛ выполнена по инструкции  |
| ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности   | - Выполнение назначений врача при тяжелом течении ХОБЛ.<br>- Обучение больного ХОБЛ приему ингаляционных кортикостероидов                              | – Экспертное наблюдение и оценка выполнения назначений врача при тяжелом течении ХОБЛ на практическом занятии.<br>– Экспертное наблюдение и оценка проведения обучения пациента приему ингаляционных кортикостероидов        | - Назначения врача тяжело больному ХОБЛ выполнены согласно инструкции.<br>- Проведение обучения пациента приему ингаляционных кортикостероидов осуществлено по инструкции  |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами   | - Подготовка пациента и забор мокроты на чувствительность к антибиотикам при ХОБЛ.<br>- Подготовка пациента и помощь врачу при проведении бронхоскопии | – Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки пациента и забора мокроты на чувствительность к антибиотикам при ХОБЛ на практическом занятии.<br>– Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки пациента для | - Подготовка пациента к проведению бактериологического исследования мокроты и ее забор для исследования выполнены по инструкции.<br>- Подготовка пациента к бронхоскопии и помощь врачу при ее проведении выполне- |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | бронхоскопии и оказание помощи врачу при его проведении на практическом занятии  | ны согласно инструктивным документам   |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил введения вентолина через небулайзер больному ХОБЛ при приступе удушья.</li> <li>- Оказание помощи медицинской сестре при выполнении внутривенного капельного введения преднизолона больному ХОБЛ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил введения вентолина больному ХОБЛ через небулайзер при приступе удушья на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка оказания помощи медицинской сестре при выполнении внутривенного капельного введения преднизолона на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Введение вентолина через небулайзер выполнено по стандарту.</li> <li>- Участие в проведении внутривенного капельного введения преднизолона больному ХОБЛ выполнено согласно инструктивным документам</li> </ul> |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.1.4. Пневмонии**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Пневмония»; причины, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика пневмонии.
3. Сестринский уход при пневмонии.

#### **Цели занятия:**

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения пневмонии.

2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике пневмонии.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными пневмонией.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с пневмонией.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход;

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию по назначению врача;

- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

- вести утвержденную медицинскую документацию при пневмонии.

Студент должен *знать*:

- причины пневмонии;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации при пневмонии;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при пневмонии.

*Формируемые компетенции:*

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

*Междисциплинарные связи:*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

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

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Пневмонии», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами анализов (крови, мокроты), обзорная рентгенограмма больного правосторонней верхнедолевой пневмонией, спирограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (пульмонологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Предварительный контроль знаний**

**Письменный контроль.** Вопросы.

Вариант 1:



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

Вариант 2:

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

### **Актуализация темы**

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

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Разбирается распространенность, классификация, факторы риска, клинические проявления амбулаторной и госпитальной пневмонии, принципы диагностики, лечения, профилактики, реабилитации пациентов с пневмонией. Обсуждаются модели В. Хендерсон и Д. Орэм при проведении ухода.

*Практическая часть.* Преподаватель демонстрирует больного с пневмонией. При сборе жалоб (кашель, наличие мокроты, ее характер, количество, цвет, консистенция) и объективном обследовании дается оценка общего состояния пациента, обращается внимание на состояние не только органов дыхания, но и состояние других органов и систем, особенно сердечно-сосудистой. Совместно со студентами проводится осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация органов дыхания, выявляются симптомы - жесткое дыхание, влажные постоянные хрипы, уточняется их локализация. Также совместно разбираются результаты дополнительных исследований (анализа крови – ускорение СОЭ, лейкоцитоз, мокроты (на чувствительность к антибиотикам), рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции с наличием ведущего рентгенологического признака пневмонии – интенсивного неомогенного затемнения пораженной доли). Формулируются проблемы пациентов: *лихорадка, озноб, кашель, одышка, боль в грудной клетке, кровохарканье, потливость, слабость.*

Обсуждаются вопросы лечения (антибактериальная, симптоматическая терапия) и профилактики. Медицинская сестра ведет контроль приема медикаментов, переносимости лекарственных средств, своевременно выявляет симптомы их побочных эффектов; следит за количеством и характером мокроты; осуществляет контроль АД, ЧДД, пульса; проводит: кислородотерапию, ЛФК. Также она обучает пациентов кашлевой культуре, дренажным положениям и упражнениям, правилам приема лекарств; проводит беседы: о значении дыхательной гимнастики; о характере питания, о мерах по предупреждению осложнений пневмонии.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию другого пациента, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование больных. Преподаватель делает поправки и замечания, при необходимости помогает определить и сформулировать приоритетную проблему и план мероприятий по уходу. После самостоятельной курации больных студенты распределяются по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где они под руководством опытных медицинских сестер осуществляют уход за пациентами. Преподаватель контролирует и корректирует их деятельность.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие  | Метод контроля  | Критерии оценки   |
|---|---|---|---|
| ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями                                     | - Выполнение оксигенотерапии больному пневмонией.<br>- Выполнение бронходилатационной пробы при пневмонии   | - Экспертное наблюдение и оценка проведения оксигенотерапии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения бронходилатационной пробы   | - Оксигенотерапия проведена по стандарту.<br>- Бронходилатационная проба выполнена по инструкции  |
| ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия | - Выполнение назначений врача религиозному больному при тяжелом течении пневмонии.<br>- Обучение религиозного больного дыхательной гимнастике по Бутейко и контроль ее выполнения | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения назначений врача при тяжелом течении пневмонии на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка проведения обучения религиозного больного дыхательной гимнастике по Бутейко | - Назначения врача выполнены своевременно и правильно с учетом религии пациента.<br>- Проведение обучения пациента дыхательной гимнастике по Бутейко и контроль ее выполнения осуществлены по инструкции с учетом его религии |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами   | - Проведение подготовки больного пневмонией и забор у него мокроты на чувствительность к антибиотикам.<br>- Проведение подготовки больного пневмонией к рентгенологическому       | - Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки пациента и забора у него мокроты на чувствительность к антибиотикам при пневмонии на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка проведения подго-             | - Подготовка пациента и забор у него мокроты для проведения бактериологического исследования выполнено согласно инструктивным документам.<br>- Подготовка больного пневмонией к   |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | исследованию органов грудной клетки   | товки больного к рентгенологическому исследованию органов грудной клетки   | рентгенологическому исследованию органов грудной клетки выполнено по стандарту   |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больного пневмонией дыхательной гимнастике по Стрельниковой.</li> <li>- Поворачивание тяжело больного пневмонией на здоровый бок с валиком</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения дыхательной гимнастики по Стрельниковой на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка поворачивания больного пневмонией на здоровый бок с валиком на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение дыхательной гимнастике по Стрельниковой выполнено согласно инструкции.</li> <li>- Поворачивание тяжело больного пневмонией на здоровый бок выполнено согласно алгоритму</li> </ul> |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## **2.1.5. Бронхиальная астма**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Бронхиальная астма»; причины, факторы риска, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика бронхиальной астмы.
3. Сестринский уход при бронхиальной астме.
4. Оказание сестринской помощи при приступе бронхиальной астмы.

#### **Цели занятия:**

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения бронхиальной астмы.

2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике бронхиальной астмы.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными бронхиальной астмой.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с бронхиальной астмой.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию при бронхиальной астме.

Студент должен *знать*:

- причины;

- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при бронхиальной астмы.

#### *Формируемые компетенции.*

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

#### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

#### *Обеспечение занятия.*

##### 1. Оборудование:

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

##### 2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Бронхиальная астма», «Уход за больными бронхиальной астмой», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами анализов (крови, мокроты), спирограммы больных бронхиальной астмой; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (пульмонологическое) отделение стационара.

#### **Организационный момент**

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

#### **Актуализация тем**

Бронхиальная астма – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с

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

### **Предварительный контроль знаний**

#### **Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

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

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «бронхиальная астма». Разбираются эпидемиология, внутренние и внешние факторы риска, основные механизмы развития бронхиальной астмы, клинические проявления в межприступном периоде и при обострении заболевания; принципы диагностики, лечения, первичной и вторичной профилактики, реабилитации. Рассматриваются элиминационные мероприятия, роль астма-школ и использование модели В. Хендерсон, Д. Орэм при уходе за пациентом с бронхиальной астмой.

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

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

дидозного стоматита у пациентов, пользующихся ингаляционными стероидами (бекотид). Также совместно разбираются вопросы профилактики бронхиальной астмы, обучение пациента методам самоконтроля, элиминационным мероприятиям, ведению дневника, пикфлоуметрии, оказанию самопомощи при приступе удушья.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию курируемого больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты проводят обследование больных, определяют проблемы пациентов, составляют план мероприятий по уходу. Преподаватель осуществляет контроль и оказывает необходимую методическую помощь. Затем студенты по 2-3 человека работают под его руководством и руководством опытных медицинских сестер в процедурных кабинетах, на постах, в палатах, в приемном отделении, где осуществляют независимые, взаимозависимые и зависимые вмешательства по уходу за больными

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют алгоритм оказания сестринской помощи при приступе удушья, составляют алгоритм пользования ингалятором, пикфлоуметром, небулайзером, спинхалером.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие  | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|--|---|--|---|
| ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проявление умения проведения беседы с больным бронхиальной астмой по правильному приему лекарственных препаратов.</li> <li>- Обучение больного бронхиальной астмой дыхательной гимнастике по Бутейко и контроль ее выполнения</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по правильному приему лекарственных препаратов на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения обучения пациента дыхательной гимнастике по Бутейко на практическом занятии</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Беседа с пациентом по правильному приему лекарственных препаратов проведена в полном объеме.</li> <li>- Обучение пациента дыхательной гимнастике по Бутейко и контроль ее выполнения осуществлено согласно инструкции</li> </ul> |
| ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение этических правил при проведении беседы с больным бронхиальной астмой по устранению контакта с любимой кошкой.</li> <li>- Проведение беседы с пациентом по устранению из диеты аллергизирующих</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения этических правил при проведении беседы с пациентом по устранению контакта с любимой кошкой на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по соблюдению безаллергенной диеты</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Беседа с пациентом по устранению контакта с аллергеном проведена с соблюдением этических правил.</li> <li>- Беседа с пациентом по устранению из диеты аллергизирующих продуктов проведена с учетом желания пациента</li> </ul>   |

|   | ших продуктов  | на практическом занятии  |  |
|---|--|--|--|
| ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение подготовки больного бронхиальной астмой к исследованию функции внешнего дыхания.</li> <li>- Выполнение подготовки больного бронхиальной астмой к компьютерной томографии органов грудной клетки</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения стандарта проведения подготовки пациента к исследованию функции внешнего дыхания практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения подготовки больного к компьютерной томографии органов грудной клетки на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка пациента к исследованию функции внешнего дыхания осуществлена по стандарту.</li> <li>- Подготовка больного к проведению компьютерной томографии органов грудной клетки выполнена по стандарту</li> </ul> |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил приема больным бронхиальной астмой теопэка внутрь.</li> <li>- Помощь медицинской сестре при внутривенном введении эуфиллина больному бронхиальной астмой</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил приема больным теопэка внутрь на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка помощи медицинской сестре при введении в вену эуфиллина на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Прием больным бронхиальной астмой теопэка внутрь выполнен согласно инструктивным документам.</li> <li>- Помощь медицинской сестре при введении в вену эуфиллина осуществлена по правилам</li> </ul>                 |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.1.6. Острый и хронический абсцесс легкого, бронхоэктатическая болезнь, гангрена легкого**

#### ***Основные вопросы:***

1. Определение понятий: «Острый и хронический абсцесс легкого», «Гангрена легкого», «Бронхоэктатическая болезнь»; причины, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика деструктивных заболеваний легких, бронхоэктатической болезни.
- 3 Сестринский уход при деструктивных заболеваниях легких, бронхоэктатической болезни.

#### ***Цели занятия:***

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения деструктивных заболеваний легких, бронхоэктатической болезни.
2. Углубить знания студентов по диагностике и лечению деструктивных заболеваний легких, бронхоэктатической болезни.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными при деструктивных заболеваниях легких, бронхоэктатической болезни.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами при деструктивных заболеваниях легких, брон-

хронической болезни.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при деструктивных заболеваниях легких, бронхоэктатической болезни;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию при деструктивных заболеваниях легких, бронхоэктатической болезни.

Студент должен *знать*:

- причины;
- клинические проявления, возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента, организацию и оказание сестринской помощи, пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при деструктивных заболеваниях легких, бронхоэктатической болезни.

*Формируемые компетенции.*

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.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при деструктивных заболеваниях легких.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с деструктивными заболеваниями легких.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Бронхоэктатическая болезнь», «Абсцесс легкого»,



«Гангрена легких», «Лечение бронхоэктатической болезни» истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами анализов крови, мокроты, мочи, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции пациента с абсцессом правого легкого, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (пульмонологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Легочные нагноения (острый и хронический абсцесс легкого, бронхоэктатическая болезнь, гангрена легкого) представляют собой гнойный воспалительный процесс с явлениями выраженной гнойной интоксикации организма. Легочные нагноения не имеют специального возбудителя. Возникновение их часто связано с сапрофитной микрофлорой, находящейся в полости рта и дыхательных путях у практически здоровых людей. Нагноение в легком зависит от реактивности организма, состояния сопротивляемости и предрасполагающих факторов, нарушающих функции легкого. Инфекция проникает в легкое бронхогенным, лимфогенным и гематогенным путем, а также путем перехода с соседнего пораженного органа или ранения легочной ткани. Наиболее частый путь - бронхогенный. *Абсцесс легкого* – гнойное расплавление легочной ткани с образованием одной или нескольких отграниченных полостей, заполненных гноем. *Бронхоэктатическая болезнь* - приобретенное заболевание, характеризующееся хроническим нагноительным процессом в необратимо измененных и функционально неполноценных бронхах без поражения легочной паренхимы. Мокрота при отставании при абсцессе и бронхоэктатической болезни всегда имеет два слоя. *Гангрена легкого* – обширный некроз и распад легочной ткани без четкого отграничения. В легочной ткани образуются множественные полости неправильной формы, содержащие ихорозный гной и тканевый детрит. Мокрота отвратительного, гнилостного, тошнотворного запаха при отставании имеет три слоя.

### **Предварительный контроль знаний**

*Письменный контроль.* Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

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

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Рассматриваются этиология, причины, факторы риска, клинические симптомы и синдромы, принципы диагностики, лечения, профилактики гнойных заболеваний легких. Обсуждаются особенности сестринской помощи при гнойных заболеваниях легких, примеры дренажных положений, использование моделей В. Хендерсон и В. Орэм при уходе за пациентами.

*Практическая часть.* При демонстрации больных с гнойными заболеваниями легких

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

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

#### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию курируемого пациента, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

#### **Самостоятельная работа**

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

#### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют памятки по обучению пациента и его родственников правилам приема лекарственных препаратов и перечень лекарственных средств, применяемых при гнойных заболеваниях легких.

#### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

#### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие  | Метод контроля  | Критерии оценки   |
|--|---|---|---|
| ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы | - Разведение антибиотика растворителем и набор в шприц заданной дозы. | - Экспертное наблюдение и оценка разведения антибиотика растворителем и набор в шприц заданной дозы на практическом за- | - Разведение антибиотика растворителем и набор в шприц заданной дозы выполнены по |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество   | - Внутримышечное введение больному бронхоэктатической болезнью заданной дозы антибиотика   | нятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка введения в мышцу заданной дозы антибиотика на практическом занятии  | стандарту<br>- Внутримышечное введение заданной дозы антибиотика выполнено по стандарту  |
| ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития | - Поиск в сети «Интернет» инструкции по приготовлению дезрастворов для обработки плевательниц.<br>- Приготовление дезраствора и обработка карманной плевательницы у больного бронхоэктатической болезнью                         | - Экспертное наблюдение и оценка поиска в сети «Интернет» инструкции по приготовлению дезрастворов для обработки плевательниц при выполнении внеаудиторной самостоятельной работы.<br>- Экспертное наблюдение и оценка приготовления дезраствора и обработка карманной плевательницы на практическом занятии | - Дезраствор для обработки плевательниц приготовлен согласно инструктивных документов.<br>- Обработка карманной плевательницы дезраствором проведена по стандарту                        |
| ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса   | - Выполнение подготовки больного бронхоэктатической болезнью к бронхографии.<br>- Выполнение сбора мокроты больным бронхоэктатической болезнью на чувствительность к антибиотикам  | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения подготовки больного бронхоэктатической болезнью к бронхографии на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения сбора мокроты больным бронхоэктатической болезнью на чувствительность к антибиотикам на практическом занятии              | - Подготовка больного к бронхографии проведена по стандарту.<br>- Сбор мокроты на чувствительность к антибиотикам выполнен согласно стандарту  |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования  | - Выполнение инструкции по приему больным бронхоэктатической болезнью отхаркивающих лекарственных средств внутрь.<br>- Участие в капельном введении 5% раствора глюкозы медицинской сестрой больному бронхоэктатической болезнью | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения инструкции по приему больным отхаркивающих лекарственных средств внутрь.<br>- Экспертное наблюдение и оценка капельного введения больному 5% раствора глюкозы на практическом занятии  | - Прием пациентами отхаркивающих лекарственных препаратов внутрь выполнен согласно инструкции.<br>- Капельное введение больному в вену 5% раствора глюкозы выполнено согласно инструкции |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## 2.1.7. Плевриты

### **Основные вопросы:**

1. Определение понятий: «Сухой и экссудативный плеврит»; причины, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика сухого и экссудативного плевритов.
- 3 Сестринский уход при сухом и экссудативном плевритах.

### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения сухого и экссудативного плевритов.
2. Углубить знания по диагностике и лечению сухого и экссудативного плевритов.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными сухим и экссудативным плевритом.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с сухим и экссудативным плевритом.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию с сухим и экссудативным плевритом.

Студент должен *знать*:

- причины;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при сухом и экссудативном плеврите.

### *Формируемые компетенции.*

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

#### *Обеспечение занятия.*

##### 1. Оборудование:

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

##### 2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Плевриты», «Лечение плевритов», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами анализов крови, мокроты, мочи, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции пациента с экссудативным плевритом, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения:* терапевтическое (пульмонологическое) отделение стационара.

#### **Организационный момент**

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяются тема и учебные цели. Требуется выявить вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию, и дать пояснения.

#### **Актуализация темы**

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

#### **Предварительный контроль знаний**

##### ***Фронтальный опрос.*** Вопросы.

Вариант 1:

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

## 5. Профилактика экссудативного плеврита.

### Вариант 2.

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

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «плеврит». Разбирается этиология, клинические проявления сухого и экссудативного плевритов, типичные проблемы пациентов (боль, одышка, лихорадка), принципы диагностики, лечения, профилактики. Обсуждается использование моделей Д. Орэм, В. Хендерсон при оказании сестринской помощи пациентам.

*Практическая часть.* При демонстрации больных с сухим и экссудативным плевритом преподаватель обращает внимание студентов на начало заболевания. При осмотре пациентов отмечается цвет кожных покровов, форма грудной клетки, данные пальпации, перкуссии и аускультации. Преподаватель демонстрирует результаты дополнительного обследования каждого разбираемого больного (анализы крови, мочи, мокроты, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции с типичными рентгенологическими признаками экссудативного плеврита: затемнение легочного поля с косой границей, смещаемость тени при вдохе и выдохе, смещение органов средостения в здоровую сторону, данные лабораторного исследования плеврального выпота полученного после плевральной пункции). Формулируются проблемы пациентов: *боль в грудной клетке, озноб, кашель, слабость, одышка, лихорадка, головная боль, повышенная потливость, плохой сон и аппетит.*

Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при плевритах должны проводиться с учетом возбудителя, нарушения функции внешнего дыхания, возможных осложнений. Студенты участвуют в осмотре, проводят пальпацию, перкуссию и аускультацию внутренних органов у демонстрируемых больных, ставят сестринский диагноз, участвуют в обсуждении ухода и лечения, составляют план мероприятий по уходу за пациентами.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию закрепленного пациента, проведению, при необходимости, коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят субъективное и объективное обследование закрепленных за ними пациентов, ставят сестринский диагноз, составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. Затем преподаватель распределяет студентов по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где они осуществляют уход за пациентами: кормят постельных больных, оказывают им помощь при физиологических отправлениях, выполняют инъекции, раздают лекарственные препараты, измеряют температуру тела, осуществляют контроль АД, ЧДД, пульса.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют перечень лекарственных средств, применяемых при плевритах, алгоритм сестринской помощи при одышке.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит

оценки с мотивировкой.

### Подведение итогов занятия

| Компетенция  | Действие  | Метод контроля  | Критерии оценки   |
|--|---|---|---|
| ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Раздача лекарственных препаратов больному сухим плевритом.</li> <li>- Помощь медицинской сестре при внутривенном капельном введении антибиотиков больному экссудативным плевритом</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка раздачи лекарственных препаратов больному на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка помощи медицинской сестре при внутривенном капельном введении антибиотиков больному на практическом занятии</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проявление ответственности за работу членов команды, сопереживание за результаты работы коллег.</li> <li>- Помощь медицинской сестре при введении антибиотиков внутривенно капельно выполнено по стандарту</li> </ul>                                |
| ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Накрывание стерильного столика в процедурном кабинете.</li> <li>- Выполнение пробы на переносимость к пенициллину</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка соблюдения требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности при накрывании стерильного столика в процедурном кабинете на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка соблюдения требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности при постановке пробы на переносимость к пенициллину</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Накрывание стерильного столика в процедурном кабинете выполнено по стандарту.</li> <li>- Проба на переносимость к пенициллину выполнена по стандарту</li> </ul>  |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Соблюдение инструкций при подготовке больного сухим плевритом к приему лекарственных средств внутрь и их прием.</li> <li>- Соблюдение правил обучения больного экссудативным плевритом приему лекарственных препаратов внутрь и контролю их побочных эффектов</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения инструкции по приему лекарственных препаратов внутрь на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения обучения пациента правильному приему медикаментозных средств внутрь и контролю их побочных эффектов</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка пациента к приему лекарственных средств внутрь и их прием выполнены согласно инструктивным документам.</li> <li>- Обучение пациента приему лекарственных средств и контролю их побочных эффектов выполнено согласно инструкции</li> </ul> |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитацион-  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больного плевритом дыхательной гимнастикой</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обучения больного плевритом дыхательной гимнастикой</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение дыхательной гимнастике по Стрельниковой выполнено</li> </ul>  |

|                       |   |   |  |
|-----------------------|---|---|--|
| ные мероприя-<br>тия. | настике по<br>Стрельниковой.<br>- Проведение мас-<br>сажа грудной<br>клетки больному<br>сухим плевритом | стике на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и<br>оценка проведения массажа<br>грудной клетки больному<br>плевритом на практическом<br>занятии | лено согласно инс-<br>рукции.<br>- Выполнение мас-<br>сажа грудной клетки<br>осуществлено по инс-<br>трукции |
|-----------------------|---|---|--|

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## **2.1.8. Рак легкого**

#### ***Основные вопросы:***

1. Определение понятия: «Рак легкого»; причины, факторы риска, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Выявление признаков неотложных состояний при раке легкого и оказание сестринской и паллиативной помощи.
- 3 Принципы лечения и профилактика рака легкого.
4. Сестринский уход при раке легкого.

#### ***Цели занятия:***

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения рака легкого.

2. Углубить знания студентов по диагностике и лечению рака легкого.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными раком легкого.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с раком легкого.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход;

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий;

- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины;

- клинические проявления;

- возможные осложнения;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- пути введения лекарственных препаратов;

- виды, формы и методы реабилитации;

- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при раке легкого.

#### ***Формируемые компетенции.***



ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при раке легкого.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с раком легкого.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Рак легкого», «Уход за больными раком легкого», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами анализов крови, мокроты, мочи, рентгенограмма больного раком легкого, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (пульмонологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Рак легкого - злокачественная опухоль, растущая из эпителия бронхов (бронхогенный) или эпителия альвеол (альвеолярный). Среди онкологических болезней рак легкого - одно из наиболее распространенных, в РФ он занимает второе место после рака желудка. Среди мужчин рак легкого встречается в 6 раз чаще, нежели среди женщин, преимущественно среди жителей крупных промышленных центров вследствие загрязнения воздуха пылью, дымом, газами. Опухоль подразделяется на первичную и вторичную, центральную (эпителий главного, долевого, сегментарного бронха) и периферическую (эпителий мелких бронхов, бронхиол и альвеол), медиастинальную и верхушечную. Клиника, лечение и уход зависят от локализации опухоли и стадии заболевания.

### **Предварительный контроль знаний**

*Письменный контроль.* Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины, факторы риска центрального (бронхогенного) рака легкого.

2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Первичная профилактика рака легкого.

Вариант 2.

1. Определение, причины альвеолярного (периферического) рака легкого.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход за больными.
5. Вторичная профилактика рака легкого.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «рак легкого». Разбираются вопросы: эпидемиология, социальная значимость рака легкого, факторы риска, теории развития опухолей, клинические проявления, возможные проблемы пациентов, принципы диагностики, лечения, профилактики, контроль боли с использованием шкал, паллиативная помощь. Обсуждается использование моделей В. Хендерсон и Д. Орэм для ухода за пациентами.

*Практическая часть.* При демонстрации больного раком легкого преподаватель обращает внимание студентов на начало заболевания. Отмечается отсутствие жалоб в начале болезни, особенно у лиц пожилого возраста. При осмотре пациента отмечается цвет кожных покровов, форма грудной клетки, данные пальпации, перкуссии и аускультации. Преподаватель демонстрирует результаты дополнительного обследования разбираемого больного: анализы крови, мочи, мокроты, бронхоскопии, рентгенологического исследования. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции отмечается в левом легком прикорневая тень с лучистыми краями за счет распространения опухоли по интерстициальным прослойкам. Формулируются проблемы пациентов: *кашель сухой или с мокротой, одышка, похудание, боль в грудной клетке, озноб, нарушение глотания, кровохарканье, одышка, плохой сон и аппетит.*

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

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию закрепленного пациента, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят субъективное и объективное обследование своих пациентов, определяют проблемы, составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. Затем преподаватель распределяет студентов по 2-3 человека по постам, процедурным кабинетам, палатам, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер отделения осуществляют выполнение манипуляций и процедур по назначению врача.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют памятки для родственников по уходу за больным, перечень лекарственных средств, применяемых при раке легкого, алгоритм сестринской помощи при спонтанном пневмотораксе.

### Оформление дневников

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### Подведение итогов занятия

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля  | Критерии оценки   |
|---|--|---|---|
| ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Поиск в сети «Интернет» рекомендаций по уходу за больным раком легкого.</li> <li>- Кормление больного раком легкого по рекомендациям сети «Интернет»</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка поиска в сети «Интернет» инструкции по уходу за больными раком легкого.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка кормления больного раком легкого</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Уход за больным раком легкого с использованием рекомендаций сети «Интернет» осуществляется по стандарту.</li> <li>- Кормление больного осуществлено согласно стандарту</li> </ul>  |
| ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Накрывание стерильного столика в процедурном кабинете.</li> <li>- Выполнение пробы на переносимость к пенициллину больному раком легкого</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка применения требований охраны труда и инфекционной безопасности при накрывании стерильного столика в процедурном кабинете на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка применения требований охраны труда и инфекционной безопасности при выполнении пробы на переносимость к пенициллину</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Накрывание стерильного столика в процедурном кабинете выполнено согласно требований охраны труда и инфекционной безопасности.</li> <li>- Проба на переносимость к пенициллину выполнена согласно инструктивным документам</li> </ul> |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение дыхательной гимнастики больному раком легкого</li> <li>- Проведение контроля побочных эффектов приема цитостатиков больным раком легкого</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения дыхательной гимнастики больному на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения контроля побочных эффектов приема цитостатиков на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Дыхательная гимнастика выполнена по инструкции.</li> <li>- Контроль побочных эффектов приема цитостатиков выполнен в соответствии с требованиями</li> </ul>  |
| ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Смена нательного и постельного белья больному раком легкого</li> <li>- Проведение ухода за кожей и слизистыми больному ра-</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения смены нательного и постельного белья больному в терминальной стадии на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения ухода за кожей и слизистыми больному</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Смена нательного и постельного белья и уход за кожей и слизистыми выполнены в соответствии с требованиями</li> </ul>   |

|  |             |  |  |
|--|-------------|--|--|
|  | ком легкого | в терминальной стадии на<br>практическом занятии |  |
|--|-------------|--|--|

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## **2.2. Сестринское дело в кардиологии**

### **2.2.1. Электрокардиография, техника регистрации электрокардиограммы**

#### ***Основные вопросы:***

1. Определение понятия «Электрокардиография».
2. Электрокардиограф, устройство, соблюдение правил использования аппаратуры в ходе лечебно-диагностического процесса.
3. Регистрация ЭКГ и распознавание ее технических нарушений.

#### ***Цели занятия:***

1. Сформировать у студентов знание понятий «электрокардиография», «электрокардиограф», «электрокардиограмма».
2. Овладеть техникой регистрации электрокардиограммы.

Студент должен *иметь практический опыт:*

- осуществления регистрации ЭКГ в 12 отведениях.

Студент должен *уметь:*

- осуществлять подготовку аппарата ЭКГ к работе;
- подготовить пациента к регистрации ЭКГ;
- осуществлять регистрацию ЭКГ в 12 отведениях;

Студент должен *знать:*

- зубцы и интервалы нормальной ЭКГ;
- условия регистрации ЭКГ;
- правила работы и технику безопасности при регистрации ЭКГ;
- алгоритм регистрации ЭКГ;
- основы анализа ЭКГ;

#### ***Междисциплинарные связи.***

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

#### ***Обеспечение занятия.***

1. Оборудование:

- аппарат ЭКГ;
- методическое пособие для студентов по регистрации ЭКГ и основам анализа ЭКГ;
- презентация, учебный фильм по регистрации и основам анализа ЭКГ;

## 2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Схема устройства электрокардиографа», секундомер, тонометр, фонендоскоп, кушетка, спирт, вата, лейкопластырь. Дидактический материал: электрокардиограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Кабинет функциональной диагностики.

## Организационный момент

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

## Актуализация темы

Электрокардиограмма (ЭКГ) регистрируется в специальном помещении, удаленном от возможных источников тока, или электрических помех. Кушетка должна находиться на расстоянии не менее 1,5 м от электрических проводов, целесообразно экранировать кушетку, подложив под пациента вшитую в постель металлическую сетку, которая должна быть заземлена. Для регистрации электрических токов, возникающих в работающем сердце, на внутреннюю поверхность голени и предплечий, в нижней трети, с помощью резиновых лент или специальных пластмассовых зажимов, накладываются специальные 4 пластинчатые электрода, на грудь устанавливается один или несколько (при многополюсной записи) грудных электродов. Для этого используется резиновая груша – присоска. Электроды соединяются с электрокардиографом проводами. *Красный провод* всегда накладывается на правую руку; *желтый* - на левую руку; *зеленый* - на левую ногу; *черный* («нейтральный») - на правую ногу. Каждое отведение образуется парой электродов: I стандартное - электродом правой руки и левой руки; II стандартное отведение - электродом правой руки и левой ноги; III стандартное отведение - электродом левой руки и левой ноги. Усиленные отведения от конечностей: aVR - электродом от правой руки и «объединенным» электродом, составленным из электродов всех трех конечностей (обеих рук и левой ноги); aVL - электродом от левой руки и «объединенным» электродом; aVF - электродом от левой ноги и «объединенным» электродом. Грудные отведения (V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub>) образуются электродом, накладываемым на различные участки грудной клетки и «объединенным» электродом. V<sub>1</sub> - первое грудное отведение - грудной электрод расположен в IV межреберье у правого края грудины; V<sub>2</sub> - в IV межреберье у левого края грудины; V<sub>4</sub> - в V межреберье по среднеключичной линии; V<sub>3</sub> - электрод расположен ровно посередине между V<sub>2</sub> и V<sub>4</sub>; V<sub>5</sub> - в V межреберье по передней подмышечной линии; V<sub>6</sub> - в V межреберье по средней подмышечной линии слева. Электрокардиограмма состоит из зубцов и горизонтально расположенных между ними сегментов. В течение фазы покоя (диастолы) на ЭКГ записывается изоэлектрическая линия (между Т и Р). Зубцы ЭКГ представляют собой отклонения от изоэлектрической линии вверх или вниз и записываются в течение фаз электрической систолы сердца. Каждый зубец начинается от изолинии и имеет восходящее колено, вершину, нисходящее колено и заканчивается при переходе в изолинию или при переходе в сегмент систолы. Зубец положительный, если он направлен вверх от изолинии, и отрицательный – если идет вниз. На нормальной ЭКГ имеются зубцы Р, Q, R, S, Т, U. Зубец R всегда положительный. Зубцы Р, Т, U в большинстве случаев также положительны. Зубцы Q и S – отрицательны. QRS – желудочковый комплекс. Зубцом Q называется первый отрицательный зубец желудочкового комплекса, зарегистрированный раньше первого зубца R. Остальные отрицательные зубцы комплекса QRS являются зубцами S. Сегмент Р-Q – между окончанием Р и началом Q. Сегмент R-S-T – между зубцами S и Т, при отсутствии S – между зубцами R и Т. Сегмент Р-Q в большинстве случаев располагается так же, как сегмент Т-Р (на уровне изолинии). Отсчет отклонения того или иного сегмента от

изолинии (в мм) следует проводить, положив линейку на уровне сегментов Т-Р или Р-Q двух соседних циклов. Определение продолжительности зубцов и интервалов производится по показателям отметчика времени циркулем (0,02; 0,04; 0,05 и 0,1 с). Величину интервала определяют по числу интервалов отметчика времени во II стандартном отведении. Частоту ритма сердца подсчитывают на ЭКГ, исходя из времени на один сердечный цикл (R-R). При подсчете число интервалов отметчика времени, уместившихся в R-R, умножают на их продолжительность. Затем высчитывают по формуле:  $ЧСС = 60:(R - R)$ . Обычно это делается по таблицам. Если R-R между всеми циклами равны или не более 0,1 с, то ритм правильный. При неправильном ритме подсчитывают число QRS, зарегистрированных за определенный промежуток времени (например, 3 сек). Умножая этот результат на 20 ( $60 : 3 = 20$ ), подсчитывает ЧСС. При неправильном ритме можно ограничиться определением максимального и минимального ЧСС. Минимальное ЧСС определяется по продолжительности наибольшего R-R, а максимальное – по наименьшему R-R.

### **Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Подготовка пациента к регистрации ЭКГ.
2. Характеристика основных отведений ЭКГ.
3. Наложение электродов при регистрации ЭКГ.

Вариант 2.

1. Подготовка аппарата ЭКГ к работе.
2. Характеристика основных зубцов и интервалов ЭКГ.
3. Техника подключения проводов к электродам при регистрации ЭКГ.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Разбирается история создания ЭКГ, роль В. Эйнтовена и значение ЭКГ для диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, получение информационного согласия пациента, типы ЭКГ-аппаратов, принцип устройства ЭКГ-аппарата, скорости регистрации ЭКГ, условия проведения регистрации ЭКГ, техника безопасности пациента и медсестры, подготовка пациента к исследованию, получение информационного согласия пациента, стандартные ЭКГ-отведения, понятие о нормальной электрокардиограмме, буквенное обозначение ЭКГ.

*Практическая часть.* Совместно с преподавателем в кабинете функциональной диагностики разбирается и отрабатывается техника регистрации ЭКГ. В местах наложения электродов кожу необходимо обезжирить спиртом, электроды покрыть специальной токопроводящей пастой. К каждому электроду присоединяется специальный маркированный провод: правая рука – красный цвет, левая рука – желтый, левая нога – зеленый, правая нога – черный (заземление), грудной электрод – белый. При 6 – канальном аппарате (запись одновременно в 6 грудных отведениях), к электроду  $V_1$  подключают провод с красным наконечником,  $V_2$  – желтый,  $V_3$  – зеленый,  $V_4$  – коричневый,  $V_5$  – черный,  $V_6$  – синий или фиолетовый. Выбор усиления электрокардиографа: усиление каждого канала электрокардиографа подбирается, чтобы напряжение 1 mV вызвало отклонение гальванометра и регистрирующей системы в 10 мм. Для этого в положении переключателя отведений «0» регулируют усиление электрокардиографа и регистрируют калибровочный милливольт. Запись электрокардиограммы осуществляется при спокойном дыхании. Вначале записываются стандартные отведения (I, II, III, III вдох), затем усиленные от конечностей (aVR, aVL, aVF) и грудные ( $V_1$  –  $V_6$ ). В каждом отведении регистрируют не менее 4-х циклов. ЭКГ регистрируют при скорости движения ленты 50 мм/с.

### **Задание на самостоятельную работу**

Студенты получают задание по самостоятельной регистрации ЭКГ друг на друге.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно под контролем преподавателя проводят проверку готовно-

сти электрокардиографа к работе, подготовку места наложения электродов, проводят регистрацию ЭКГ и оформление ленты ЭКГ.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют алгоритм регистрации ЭКГ в 12 отведениях, алгоритм определения сердечного ритма на ЭКГ, решают ситуационные задачи.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля  | Критерии оценки  |
|---|--|---|--|
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Определение правильности сердечных сокращений на ЭКГ.</li> <li>- Оценка регулярности сердечных сокращений на ЭКГ</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка определения правильности сердечных сокращений на ЭКГ на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и выполнения оценки регулярности сердечных сокращений на ЭКГ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Определение правильности сердечных сокращений на ЭКГ выполнено согласно инструктивным документам.</li> <li>- Оценка регулярности сердечных сокращений на ЭКГ выполнена по инструкции</li> </ul>                                       |
| ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подсчет ЧСС на ЭКГ.</li> <li>- Подготовка больного к регистрации ЭКГ</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка выполнения подсчета ЧСС на ЭКГ на практическом занятии.</li> <li>– Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки больного к регистрации ЭКГ</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подсчет ЧСС на ЭКГ выполнен согласно инструкции.</li> <li>- Подготовка больного к регистрации ЭКГ осуществлено по инструкции-</li> </ul>  |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обеспечение контроля работы производящего устройства при регистрации ЭКГ.</li> <li>- Обеспечение контроля работы регистрирующего устройства с лентопротяжным механизмом и отметчиком времени при регистрации ЭКГ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка контроля работы производящего устройства при регистрации ЭКГ на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обеспечения контроля работы регистрирующего устройства при регистрации ЭКГ на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- контроль работы производящего устройства при регистрации ЭКГ осуществлялся согласно инструктивным документам.</li> <li>- контроль работы регистрирующего устройства при регистрации ЭКГ осуществлялся согласно требованиям</li> </ul> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обеспечение техники безопасности пациентов и персонала при регистрации ЭКГ.</li> <li>- Обеспечение условий регистрации ЭКГ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка обеспечения техники безопасности при регистрации ЭКГ на практическом занятии.</li> <li>– Экспертное наблюдение и оценка обеспечения условий регистрации ЭКГ на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Техника безопасности пациентов и персонала при регистрации ЭКГ обеспечивались согласно инструкции.</li> <li>- Условия для регистрации ЭКГ выполнены в полном объеме</li> </ul> |
|--|--|--|---|

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.2.2. Сестринское обследование пациентов с заболеваниями органов кровообращения. Острая ревматическая лихорадка**

#### ***Основные вопросы:***

1. Порядок сестринского обследования пациентов с заболеваниями органов кровообращения.
2. Определение понятия: «Острая ревматическая лихорадка»; причины, факторы риска, клинические проявления, возможные осложнения.
3. Принципы лечения и профилактика острой ревматической лихорадки.
4. Сестринский уход при острой ревматической лихорадке.

#### ***Цели занятия:***

1. Сформировать у студентов знание порядка сестринского обследования пациентов с заболеваниями органов кровообращения.
2. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения острой ревматической лихорадки.
3. Сформировать знания принципов лечения и профилактики острой ревматической лихорадки.
4. Развивать профессиональные умения по уходу за больными острой ревматической лихорадкой.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами при острой ревматической лихорадке.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при острой ревматической лихорадке;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:



- причины острой ревматической лихорадки;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации больных острой ревматической лихорадкой;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

#### *Формируемые компетенции.*

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

#### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

#### *Обеспечение занятия.*

##### 1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острой ревматической лихорадке.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с острой ревматической лихорадкой.

##### 2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Острая ревматическая лихорадка», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, электрокардиограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (кардиологическое) отделение стационара.

#### **Организационный момент**

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

#### **Актуализация темы**

В диагностике и лечении болезней сердечно-сосудистой системы используют субъек-

тивный и объективный методы исследования (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация), а также ряд дополнительных методов. Подготовку пациентов к проведению этих исследований обеспечивает медицинская сестра.

Физикальное обследование включает осмотр (цианоз, одышка, набухание шейных вен, пульсация периферических сосудов), пальпацию верхушечного толчка сердца (ограниченный, разлитой, «кошачье мурлыканье»), пульса (синхронность, частота, ритм, наполнение, напряжение), аускультацию сердца (тоны ясные, приглушенные, глухие, не определяются, расщепление, раздвоение, добавочные; шум - систолический, диастолический, функциональный, органический; ритм - правильный, не правильный, бради -, тахикардия, экстрасистолия, «ритм перепела», «ритм галопа»); лабораторные методы исследования (общий развернутый анализ крови, мочи; биохимическое исследование крови - общий белок, альфа-бета-гамма-фракции, фибриноген, С-реактивный белок, протромбиновый индекс, антистрептолизин-О, АсАТ, АлАТ, лактатдегидрогеназа, креатинфосфокиназа, калий, натрий и др.); инструментальные методы исследования (измерение и суточное мониторирование АД, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ, рентгенологическое исследование, велоэргометрия, ультрасонография артерий, УЗИ почек, ангиография, компьютерная томография, шаговая проба).

Острая ревматическая лихорадка (ревматизм) - системное воспалительное инфекционно-аллергическое заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением сердца (эндокарда, миокарда, перикарда), а также крупных суставов, центральной нервной системы, кожи. Среди болезней системы кровообращения является главной причиной приобретенных пороков сердца. Поражения суставов при острой ревматической лихорадке в настоящее время наблюдаются редко. В возникновении болезни решающее значение имеет бета-гемолитический стрептококк группы А, который играет роль пускового механизма болезни. Находится он в большинстве случаев в очагах хронической инфекции (кариозные зубы, хронический тонзиллит). Важное значение имеет генетическая (наследственная) предрасположенность к ревматизму. Первичная атака острой ревматической лихорадки возникает преимущественно в молодом возрасте. Женщины болеют в 2,5-3 раза чаще мужчин. В развитии заболевания выделяют три периода: первый (от 2 до 3 недель после острой или обострения хронической инфекции) характеризуется бессимптомным или малосимптомным течением (легкое недомогание, артралгии, ускорение СОЭ), когда происходит иммунологическая перестройка организма; во втором периоде происходит формирование болезни, который проявляется кардитом, полиартритом, хореей, пневмонитом, поражением других органов и систем; третий период - разнообразные проявления возвратной ревматической лихорадки с латентной, острой, подострой, затяжной или непрерывно рецидивирующими формами болезни. Основу терапии острой ревматической лихорадки составляет система трехэтапного лечения = стационар – поликлиника – курорт. Фармакотерапия в активную фазу болезни проводится по назначению лечащего врача. Пенициллин вводится в первые 10 дней по 2-4 млн. ЕД/сут в/м в 4 приема. Затем вводится в мышцу 1,5 млн. ЕД бициллина-5 с последующим введением каждые 28 дней ежемесячно в течение 3-х лет при отсутствии порока сердца и 5 лет при наличии порока сердца. Индометацин, бруфен и другие нестероидные противовоспалительные средства даются больным в постоянной не снижающейся дозе в течение всего времени пребывания в стационаре + 1 месяц после выписки. Суточная доза индометацина обычно составляет 75-100 мг, принимается в три приема строго после еды. При приеме индометацина возможны следующие осложнения: головокружение, головная боль, нарушения желудочного пищеварения (изжога, боль в желудке). О появлении осложнений необходимо сообщить лечащему врачу. При неэффективности указанного лечения в комплексную терапию добавляются кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон и др.) в дозе 10 мг/сутки и более, которые принимаются в 2 приема (утром и после обеда строго после еды); препараты хинолинового ряда (делагил, резохин, плаквинил по 1 табл. (0,25 г)/сут. в течение 6-12 мес и более). Иммунодепрессанты (6-меркаптопурин, имуран, азатиоприн, хлорбутин) назначаются в индивидуальных дозах только при непрерывно рецидивирующем течении болезни.

### **Предварительный контроль знаний**

### **Письменный контроль.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Острая ревматическая лихорадка, определение, факторы риска.
2. Принципы лечения ревматизма.
3. Наблюдение и уход за больными.
4. Первичная профилактика острой ревматической лихорадки.

Вариант 2.

1. Острая ревматическая лихорадка, определение; основные симптомы и проблемы.
2. Принципы лечения.
3. Наблюдение и уход за больными.
4. Вторичная профилактика острой ревматической лихорадки.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Разбираются анатомо-физиологические данные органов кровообращения, основные жалобы пациентов, симптомы и синдромы, факторы риска, показатели объективного и дополнительных методов обследования, эпидемиология и этиология острой ревматической лихорадки, клинические проявления, принципы диагностики, лечение, первичная и вторичная профилактика. Также обсуждаются возможные проблемы пациента (дефицит информации о заболевании, боль в области сердца и/или суставов, одышка, лихорадка, отеки, сердцебиение, страх инвалидизации), использование моделей В. Хендерсон и Д. Орэм при осуществлении сестринского ухода.

*Практическая часть.* При демонстрации больного обращается внимание на тяжесть общего состояния, цвет кожных покровов, тургор тканей. Подчеркивается, что часто ревматический эндокардит протекает в сочетании с миокардитом, с болями и неприятными ощущениями в области сердца, одышкой, сердцебиением, повышенной потливостью, субфебрилитетом по вечерам, при аускультации отмечаются глухие тоны сердца, шумом на верхушке, нарушением ритма. Могут быть и признаки недостаточности кровообращения (отеки, цианоз, хрипы в легких, увеличение печени). Подчеркивается значение полученных результатов для определения приоритетной проблемы, составления плана наблюдения и ухода, реализации плана и оценки полученных результатов. Совместно с преподавателем разбираются результаты дополнительного исследования. Формулируются проблемы пациентов: *сердцебиение, кашель, одышка, слабость, боли в сердце или за грудиной, перебои в работе сердца, головная боль.*

Уход и лечение включают четкое выполнение назначений врача; оказание доврачебной помощи при острой сосудистой и сердечной недостаточности; контроль переносимости противоревматической терапии; контроль за передачами родственников; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и суточного диуреза; проведение ЛФК. Также медицинская сестра проводит: беседы о правилах двигательного режима в активную фазу болезни; о правилах приема лекарственных препаратов; о значении систематической бициллино-медикаментозной профилактики; обучение больных и их родственников уходу (самоуходу). Обращается внимание на особенности ухода за больными с отеками, одышкой, кашлем. Студенты участвуют в обследовании пациента, определяют проблемы пациентов, обсуждают с уходом и лечение, составляют план мероприятий по первичной и вторичной профилактике.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию закрепленного пациента, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно под контролем преподавателя проводят обследование больных, определяют проблемы, составляют план ухода. Затем они работают под его руководством и руководством опытных медицинских сестер в процедурных кабинетах, на постах, в палатах, в приемном отделении, где осуществляют выполнение манипуляций и процедур по

назначению врача: в/м инъекции, в/к проба на чувствительность к антибиотикам, исследование пульса, взятие крови из вены; обеспечивают инфекционную безопасность.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при острой ревматической лихорадке и алгоритм постановки пробы на переносимость к пенициллину.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля  | Критерии оценки  |
|---|--|---|--|
| ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Наложение холодного компресса на коленный сустав больному острой ревматической лихорадкой</li> <li>- Обеспечение строго постельного режима больному острой ревматической лихорадкой</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка наложения холодного компресса на коленный сустав на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обеспечения строго постельного режима больному на практическом занятии</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Холодный компресс на коленный сустав наложен по стандарту.</li> <li>- Обеспечение строго постельного режима выполнено по стандарту</li> </ul>   |
| ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Владение навыками работы на персональном компьютере при составлении перечня лекарственных средств, применяемых при острой ревматической лихорадке.</li> <li>- Выполнение презентации на тему: «Сестринский уход за больными острой ревматической лихорадкой»</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка составления перечня лекарственных средств, применяемых при острой ревматической лихорадке с помощью персонального компьютера в процессе внеаудиторной работы.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка подготовки презентации на тему: «Сестринский уход за больными острой ревматической лихорадкой» в процессе внеаудиторной работы</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Перечень лекарственных средств, применяемых при острой ревматической лихорадке, составлен в полном объеме.</li> <li>- Презентация: «Сестринский уход за больными острой ревматической лихорадкой» выполнена в полном объеме соответственно требованиям</li> </ul> |
| ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение подготовки больного острой ревматической лихорадкой к ЭКГ.</li> <li>- Выполнение подготовки больного острой ревматической лихорадкой к взятию крови из вены на биохимический анализ</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения подготовки пациента к ЭКГ на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка подготовки больного к забору крови из вены для биохимического анализа на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка пациента к ЭКГ выполнена по стандарту.</li> <li>- Подготовка больного к забору крови из вены для биохимического исследования выполнена по стандарту</li> </ul>   |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Обучение пациента приему лекарственных препаратов внутрь.</li> <li>- Внутримышечное введение пенициллина</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил обучения больного приему препаратов внутрь на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения введения пенициллина внутримышечно больному на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение пациента приему лекарственных препаратов внутрь осуществлено по правилам.</li> <li>- Внутримышечное введение больному пенициллина выполнено по стандарту</li> </ul> |
|--|--|---|---|

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.2.3. Пороки сердца**

#### ***Основные вопросы:***

1. Определение понятия: «Порок сердца»; причины, клинические проявления митрального и аортального стеноза и недостаточности, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика пороков сердца.
3. Сестринский уход при пороках сердца.

#### ***Цели занятия.***

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения пороков сердца.

2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике пороков сердца.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными пороками сердца.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с пороками сердца.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при пороках сердца;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента
- вести утвержденную медицинскую документацию при пороках сердца.

Студент должен *знать*:

- причины пороков сердца;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения

при пороках сердца.

*Формируемые компетенции.*

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при пороках сердца.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с пороками сердца.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Приобретенные пороки сердца», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, электрокардиограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (кардиологическое) отделение стационара.

**Организационный момент**

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

**Актуализация темы**

Порок сердца - анатомические изменения клапанного аппарата сердца или крупных сосудов, а также незаращение межпредсердной или межжелудочковой перегородки. Различают врожденные и приобретенные пороки. Врожденные пороки сердца - дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок сердца, открытый артериальный (Боталлов) проток, поражения клапанов аорты или легочной артерии (более 40 нозологических форм). Приобретенные пороки сердца - приобретенные морфологические изменения клапанного аппарата, ведущие к нарушению его функции и гемодинамики. Формирование порока продолжается 1-3 года. Митральный стеноз - сужение левого атриовентрикулярного отверстия - является самым распространенным приобретенным пороком сердца. Причины: ревматизм, инфекцион-

ный эндокардит, атеросклероз, сифилис, диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка и др.). Если отверстие сужено более чем вдвое, то увеличивается давление в левом предсердии, происходит его декомпенсация. Развивается застой в малом круге кровообращения, перегрузка и декомпенсация правого желудочка с последующим застоем в большом круге кровообращения. Митральная недостаточность - приобретенные морфологические изменения митрального клапана (деформация и укорочение створок клапана), сопровождающиеся нарушением его функции и гемодинамики. Причины: ревматизм (75%), атеросклероз, инфекционный эндокардит, системные болезни соединительной ткани. Фармакотерапия при пороках сердца направлена на лечение основного заболевания (ревматизм, атеросклероз и др.), увеличение сократительной функции сердца, регуляцию водно-солевого обмена, удаление из организма избыточного количества жидкости, устранение аритмий, улучшение обменных процессов в миокарде.

### **Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины врожденных пороков сердца.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика врожденных пороков сердца.

Вариант 2.

1. Определение, причины приобретенных пороков сердца.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика приобретенных пороков сердца.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Разбирается определение приобретенных и врожденных пороков сердца, гемодинамика при митральных пороках, стадии компенсации и декомпенсации пороков, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, профилактики, возможные проблемы пациента (одышка, сердцебиение, кровохарканье, кашель, отеки), выбор моделей сестринского дела (В. Хендерсон, Д. Орэм) при осуществлении ухода за пациентами.

*Практическая часть.* Для демонстрации желательно подобрать больного с комбинированным пороком сердца. Беседуя с пациентом, преподаватель заостряет внимание учащихся на характерных жалобах (резкая слабость, одышка, боли в области сердца, тахикардия, перебои в сердце). Выявляются заболевания, предшествующие развитию порока сердца (чаще это ревматизм). При осмотре больного учащиеся должны обратить внимание на его вынужденное положение (ортопноэ), бледность кожных покровов, набухание вен шеи при кашле, цианоз, периферические отеки. При перкуссии и аускультации отмечаются увеличение границ сердца, наличие шумов в сердце, глухость тонов. Исследуя пульс, учащиеся должны определить малый, частый и аритмический его характер. Необходимо ознакомить студентов с признаками застойных явлений в большом круге кровообращения: увеличение печени, отеки, асцит. Необходимо указать, что самочувствие больных с пороками сердца может внезапно ухудшиться, может развиваться сердечная астма, особенно в ночное время. Экстренная помощь в таких случаях: успокоить пациента, дать ему увлажненный кислород, вызвать врача, следить за АД, ЧДД, пульсом. Подчеркивается значение полученных результатов для определения приоритетных проблем, составления плана наблюдения и ухода за больным, реализации плана и оценки полученных результатов. Совместно с преподавателем разбираются результаты дополнительного исследования. Эхокардиография позволяет оценить состояние клапанов и полостей сердца, стенок желудочков и предсердий, выявить изменения крупных сосудов, наличие жидкости в полости перикарда, оценить сократительную функцию миокар-

да и др. Обращается внимание студентов на особенности ухода за больными с отеками, одышкой, кашлем. Студенты участвуют в осмотре, проводят пальпацию, перкуссию и аускультацию внутренних органов у демонстрируемых больных. Совместно с преподавателем формулируются проблемы пациентов: *сердцебиение, одышка, отеки, цианоз, боли и перебои в работе сердца, кашель сухой или с мокротой, асцит, кровохарканье*. При осмотре больного, разборе симптомов, оценке тяжести больного и заболевания, должны соблюдаться деонтологические правила, деликатность. Обсуждение таких вопросов лучше проводить вне палаты. Также обсуждается план мероприятий по уходу и наблюдению.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию закрепленного пациента, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно под контролем преподавателя проводят обследование закрепленных больных, определяют проблемы, составляют план ухода. Затем они работают под его руководством и руководством опытных медицинских сестер в процедурных кабинетах, на постах, в палатах, в приемном отделении, где осуществляют выполнение манипуляций и процедур по назначению лечащего врача.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют план ухода за больными с пороками сердца.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля   | Критерии оценки  |
|---|--|--|--|
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка доклада: «Уход за больными с пороками сердца».</li> <li>- Подготовка больного к ЭКГ</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения подготовки больного к ЭКГ на практическом занятии</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Доклад выполнен в полном объеме согласно инструктивным документам.</li> <li>- Подготовка больного к ЭКГ выполнена по инструкции</li> </ul>                          |
| ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение оксигенотерапии больному со скоростью 2 л/мин.</li> <li>- Обучение больного контролю побочных эффектов сердечных гликозидов</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка выполнения оксигенотерапии больному со скоростью 2 л/мин на практическом занятии.</li> <li>– Экспертное наблюдение и оценка обучения пациента контролю побочных эффектов сердечных гликозидов</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оксигенотерапия больному выполнена по стандарту.</li> <li>- Обучение пациента контролю побочных эффектов сердечных гликозидов осуществлено по инструкции</li> </ul> |
| ПК 2.3. Сотрудни-   | - Подготовка па-   | – Экспертное наблю-  | - Подготовка па-   |



|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| часть со взаимодействиями организациями и службами                                     | циента к забору крови на биохимическое исследование.<br>- Оказание помощи врачу при проведении торакоцентеза  | дение и оценка проведения подготовки пациента к забору крови на биохимическое исследование на практическом занятии.<br>– Экспертное наблюдение и оценка оказания помощи врачу при проведении торакоцентеза на практическом занятии                    | циента к проведению забора крови на биохимическое исследование выполнена по инструкции.<br>- Помощь врачу при проведении торакоцентеза выполнена согласно инструктивным документам |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования | - Выполнение правил оксигенотерапии со скоростью 6 л/мин больному при приступе удушья.<br>- Оказание помощи медицинской сестре при выполнении внутривенного капельного введения атенолола | – Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил оксигенотерапии на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка помощи медицинской сестре при выполнении внутривенного капельного введения атенолола больному на практическом занятии | - Оксигенотерапия выполнена по стандарту.<br>- Внутривенное введение больному атенолола осуществлено согласно инструктивным документам   |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивировкой, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.2.4. Гипертоническая болезнь**

#### ***Основные вопросы:***

1. Определение понятия: «Артериальная гипертензия», причины, факторы риска, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика гипертонической болезни.
3. Сестринский уход при гипертонической болезни.
4. Выявление признаков гипертонического криза и оказание сестринской помощи.

#### ***Цели занятия:***

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения гипертонической болезни.
2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике гипертонической болезни.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными гипертонической болезнью.

#### ***Студент должен иметь практический опыт:***

- осуществления ухода за пациентами с гипертонической болезнью.

#### ***Студент должен уметь:***

- осуществлять сестринский уход при гипертонической болезни;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в усло-

виях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию больных гипертонической болезнью по назначению врача;

- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента
- вести утвержденную медицинскую документацию при гипертонической болезни.

Студент должен *знать*:

- причины гипертонической болезни;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при гипертонической болезни.

*Формируемые компетенции.*

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.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательства.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при гипертонической болезни.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с гипертонической болезнью.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Гипертоническая болезнь», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, электрокардиограммы больных гипертонической болезнью; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (кардиологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Первичная артериальная гипертония (АГ) является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Частота возникновения АГ в популяции зависит от распространенности и интенсивности воздействия факторов риска - наследственных, некорректируемых и потенциально устранимых. АГ страдает более половины всего взрослого населения экономически развитых стран. АГ наносит огромный ущерб здоровью населения, так как является наиболее выраженным фактором риска заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Развитие первичной (эссенциальной) АГ детерминировано множеством взаимодействующих гемодинамических, нейрогуморальных, метаболических и других факторов и состояние, начинающееся как функциональное расстройство, у большинства людей последовательно, разными патогенетическими путями приводит к специфическим органным поражениям, трансформируясь из фактора риска в гипертоническую болезнь.

### **Предварительный контроль знаний**

*Письменный контроль.* Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

1. Определение, причины вторичной артериальной гипертонии.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика вторичной артериальной гипертонии.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Разбирается эпидемиология, факторы риска, механизмы развития заболевания, клинические проявления гипертонического криза (I-II тип), доврачебная помощь при гипертоническом кризе, принципы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. Обсуждаются проблемы пациентов при гипертонической болезни, модели В. Хендерсон, Д. Орэм при осуществлении сестринской помощи.

*Практическая часть.* При демонстрации больных следует подробно остановиться на жалобах и анамнезе жизни, акцентируя внимание студентов на факторах риска, способствующих развитию гипертонической болезни: злоупотребление соленой пищей, гиподинамия, избыточный вес, курение, употребление алкоголя, неправильные поведенческие реакции, пребывание в стрессовых ситуациях. Из анамнеза нужно выяснить состояние здоровья родителей. При объективном исследовании характеризуется пульс, сердечный толчок, акцент 2-го тона на аорте, цифровые показатели АД и пульсового давления. Совместно с преподавателем разбираются результаты дополнительного исследования (общего анализа крови, мочи, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ, рентгеноскопии органов грудной клетки, биохимического исследования крови, заключения окулиста). На основании полученных данных формулируются проблемы пациентов: *боли и перебои в области сердца, сердцебиение, головная боль, шум в голове, в ушах, головокружение, снижение зрения, мелькание пятен, кругов, мушек перед глазами, одышка, отеки, цианоз, нарушение сна, раздражительность, чувство тревоги.*

Обсуждается план мероприятий по уходу и наблюдению. Обращается внимание на особенности ухода за больными с отеками, одышкой, подчеркивается, что у больных пожилого возраста в результате гипертензии и атеросклероза быстро развивается недостаточность мозгового, коронарного и почечного кровообращения, питание сетчатки глаза. При разборе принципов лечения необходимо рассказать о методах нелекарственного воздействия (коррекция факторов риска, диетотерапия, двигательная активность, фитотерапия, физиотерапия, психотерапия, аутотренинг) и фармакотерапии (ИАПФ, диуретики, бнта-блокаторы, антагонисты кальция, препараты центрального действия). При разборе гипертонического криза следует подробно остановиться на вопросах тактики медсестры во время оказания доврачебной помощи: успокоить, создать абсолютный физический и психический покой (выключить яркий свет, устранить стуки, громкие разговоры), вызвать врача, поставить горчичники, приготовить горячую ножную ванну, положить холодный компресс на голову; осуществлять контроль АД, ЧДД, пульса; приготовить лекарственные препараты: клофелин, коринфар, пентамин, лазикс. Следует отметить, что больному не следует сообщать высокие цифровые показатели АД, это сделает лечащий врач, если сочтет необходимым.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию закрепленного пациента, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно под контролем преподавателя проводят обследование закрепленных больных, ставят сестринский диагноз, составляют план ухода. Затем они распределяются по 2-3 человека и работают под его руководством и руководством опытных медицинских сестер в процедурных кабинетах, на постах, в палатах, в приемном отделении, где осуществляют выполнение манипуляций и процедур по назначению лечащего врача.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля   | Критерии оценки  |
|---|--|--|--|
| ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес | - Подготовка доклада: «Основные положения по уходу при гипертонической болезни».<br>- Подготовка реферата: «Развитие медицинских технологий по уходу за больными гипертонической болезнью» | - Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка реферата на практическом занятии | - Проявляет понимание сущности и социальной значимости своей будущей профессии, проявляет к ней устойчивый интерес |
| ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профес-         | - Проявление умений расспроса пациента по выявлению проблем при гипертонической болезни.   | - Экспертное наблюдение и оценка умений ведения расспроса пациента по выявлению про-   | - Расспрос пациента по выявлению проблем проведен по стандарту.<br>- Объективное обследование пациента             |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| сиональных задач, оценивать их выполнение и качество  | - Проявление умений объективного исследования пациента при гипертонической болезни  | блем на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка проведения объективного обследования пациента на практическом занятии   | осуществлено по стандарту  |
| ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств               | – Выполнение сестринского расспроса пациента при гипертонической болезни.<br>– Выполнение объяснения пациенту сути объективного обследования                                | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения расспроса пациента на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка объяснения пациенту сути объективного обследования на практическом занятии  | - Расспрос пациента проведен по стандарту.<br>- Объяснение пациенту сути объективного обследования выполнено в соответствии с требованиями |
| ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса | - Выполнение регистрации ЭКГ у больного гипертонической болезнью<br>- Оказание помощи медицинской сестре при выполнении мониторинга ЭКГ у больного гипертонической болезнью | - Экспертное наблюдение и оценка регистрации ЭКГ на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка оказания помощи медицинской сестре при мониторинге ЭКГ во время производственной практики | - Регистрация ЭКГ осуществлена согласно инструкции.<br>- Мониторирование ЭКГ выполнено согласно инструкции                                 |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивировкой, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.2.5. Атеросклероз**

#### ***Основные вопросы:***

1. Определение понятия: «Атеросклероз»; причины, факторы риска, клинические проявления.
2. Принципы лечения и профилактика атеросклероза.
3. Сестринский уход при атеросклерозе.

#### ***Цели занятия:***

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения атеросклероза.

2. Сформировать знания о принципах лечения и профилактики заболевания.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными при атеросклерозе.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами при атеросклерозе.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход за больными при атеросклерозе;

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию по назначению врача;

- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

- вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины атеросклероза;

- клинические проявления атеросклероза;

- возможные осложнения;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- пути введения лекарственных препаратов;

- виды, формы и методы реабилитации больных атеросклерозом;

- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при атеросклерозе.

*Формируемые компетенции.*

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными атеросклерозом, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;

- методическое пособие для студентов по теме;

- презентация, учебный фильм по уходу при атеросклерозе.

- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с атеросклерозом.

2. Технические средства обучения:

— компьютер;

— мультимедийный проектор;

–классная доска (меловая/маркерная);

–экран.

3. Наглядные пособия: таблица «Атеросклероз», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, электрокардиограммы больных атеросклерозом; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (кардиологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Атеросклероз - хроническое заболевание сосудов эластического и мышечно-эластического типов, характеризующееся нарушением жирового обмена, отложением и накоплением в их интиме липопротеидов с последующим реактивным разрастанием соединительной ткани и образованием на внутренней оболочке холестериновых бляшек. Выделяют 4 стадии: 1-я стадия - долипидная; 2-я стадия - липидная; 3-я стадия - атеросклероз; 4-я стадия - атерокальциноз. Протекает волнообразно. При прогрессировании заболевания нарастает жиробелковая инфильтрация сосудистой стенки, увеличивается количество бляшек и жировых полостей. В период ремиссии вокруг липопротеидов происходит разрастание соединительной ткани и отложение солей кальция. В результате постепенно развивается клиническая картина поражения грудной или брюшной аорты, брыжеечных, почечных, коронарных артерий, или недостаточности кровообращения органа, питаемого артерией (мозг, конечности).

### **Предварительный контроль знаний**

*Фронтальный опрос.* Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

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

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «атеросклероз». Разбирается эпидемиология, социальная значимость, факторы риска, клинические проявления, принципы диагностики, лечения и профилактики атеросклероза. Обсуждаются проблемы пациента, модели В. Хендерсон, Д. Орэм при осуществлении сестринской помощи.

*Практическая часть.* Демонстрируя больного атеросклерозом, преподаватель должен подробно остановиться на жалобах и анамнезе жизни. Необходимо акцентировать внимание студентов на факторах риска, способствующих развитию болезни: злоупотребление жирной и соленой пищей, гиподинамия, избыточный вес, курение, употребление алкоголя, неправильные поведенческие реакции, стрессовые ситуации. Из анамнеза нужно выяснить наследственный фактор. При объективном исследовании совместно со студентами оценивается общее состояние больного, характеризуется пульс, изменение сердечного толчка, акцент 2-го тона на аорте, показатели АД и пульсового давления. Также разбираются результаты допол-

нительного обследования (ЭКГ, рентгенологическое исследование коронарных сосудов - ангиография, позволяющая определить место и степень сужения просвета коронарной артерии, биохимическое исследование уровня липопротеидов и холестерина). Студенты участвуют в осмотре пациента, проводят пальпацию, перкуссию и аускультацию внутренних органов у демонстрируемых больных. На основании полученных данных они формулируют проблемы пациентов: *давящая, жгучая боль за грудиной, в животе, области сердца, затруднение глотания, сердцебиение, головокружения, обморочные состояния, похолодание и онемение стоп.*

Затем обсуждается план мероприятий по уходу и наблюдению.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию курируемого больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят субъективное и объективное обследование закрепленных пациентов, определяют проблемы, с учетом приоритетности проблем ставят цели сестринских вмешательств, составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После окончания курации больных преподаватель распределяет студентов по постам, процедурным кабинетам, палатам, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют уход за пациентами: участвуют в кормлении больных, их транспортировке в лечебные и диагностические кабинеты, выполняют другие лечебные и диагностические процедуры по назначению врача.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют план беседы с пациентами о рациональном питании и памятку пациенту о профилактике атеросклероза.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие  | Метод контроля  | Критерии оценки   |
|--|---|---|---|
| ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Наложение горчичников на грудную клетку при атеросклерозе грудного отдела аорты.</li> <li>- Кормление больного атеросклерозом грудного отдела аорты</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка наложения горчичников на грудную клетку на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка кормления больного атеросклерозом грудного отдела аорты</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Наложение горчичников на грудную клетку выполнено по стандарту.</li> <li>- Кормление больного выполнено согласно алгоритму</li> </ul>  |
| ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Владение навыками работы на персональном компьютере при составлении перечня лекарственных средств, применяемых при атеросклерозе.</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка составления перечня лекарственных средств, применяемых при атеросклерозе, с помощью персонального компьютера в процессе внеаудиторной работы.</li> <li>- Экспертное наблюдение и</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Перечень лекарственных средств, применяемых при лечении атеросклероза, составлен в полном объеме.</li> <li>- Презентация: «Сестринский уход за больными атеросклерозом»</li> </ul> |



|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | – Выполнение презентации на тему: «Сестринский уход за больными атеросклерозом»  | оценка подготовки презентации на тему: «Сестринский уход за больными атеросклерозом» в процессе внеаудиторной работы  | ом» выполнена соответственно требованиям   |
| ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса | - Выполнение подготовки больного атеросклерозом к ЭКГ.<br>- Выполнение подготовки больного атеросклерозом к взятию крови из вены на содержание липопротеидов | - Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки пациента к ЭКГ на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка подготовки больного к забору крови из вены для биохимического исследования на практическом занятии | - Подготовка пациента к ЭКГ выполнена по стандарту.<br>- Подготовка больного к забору крови из вены для биохимического исследования выполнена по стандарту |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования                      | – Обучение больного атеросклерозом приему симвастина внутрь.<br>- Прием внутрь пентоксифиллина   | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил обучения больного атеросклерозом приему симвастина внутрь на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка введения пентоксифиллина больному на практическом занятии   | - Обучение пациента приему симвастина осуществлено по правилам.<br>- Введение больному внутрь пентоксифиллина выполнено по инструкции                      |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## **2.2.6. ИБС, стенокардия**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятий: «ИБС», «Стенокардия»; причины, факторы риска, клинические проявления.
2. Принципы лечения и профилактика стенокардии.
3. Сестринский уход при стенокардии.
4. Выявление признаков приступа стенокардии и оказание сестринской помощи.

#### **Цели занятия:**

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения стенокардии.

2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике стенокардии.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными стенокардией.

Студент должен *иметь практический опыт:*

- осуществления ухода за пациентами с стенокардией.

Студент должен *уметь:*

- осуществлять сестринский уход за больными стенокардией;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию при стенокардии.

Студент должен *знать*:

- причины стенокардии;
- клинические проявления стенокардии;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при стенокардии.

*Формируемые компетенции.*

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при ИБС: стенокардия.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных стенокардией.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Стенокардия» «Уход за больными стенокардией», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, электрокардиограммы больных стенокардией; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (кардиологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Ишемическая болезнь сердца - поражение мышцы сердца различной степени тяжести (некроз, дистрофия, сократительная дисфункция и др.) вследствие нарушения равновесия между потребностью сердечной мышцы в кислороде и его доставкой. Основная причина болезни - атеросклероз коронарных сосудов. Коронарная недостаточность может развиваться также при ревматическом коронариите, васкулитах, системных заболеваниях, врожденных аномалиях коронарных сосудов, тромбозах и тромбоэмболиях, при гипертрофии миокарда, например, при аортальном стенозе, гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией, гипертонической болезни. Основными формами ИБС являются: стенокардия, инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз, которые обуславливают всю клиническую картину заболевания. Стенокардия – это краткосрочные приступообразно возникающие ощущения сдавления, беспокойства или боли в грудной клетке, иррадиирующие в плечо, лопатку, шею, язык, зубы, челюсть, живот, связанные с физической или эмоциональной нагрузкой, снимающиеся покоем или приемом нитратов. Симптомы стенокардии считаются стабильными, если они возникают свыше нескольких недель без значительного ухудшения. Стенокардия считается нестабильной, когда имеется внезапное утяжеление существовавшей ранее стенокардии без какой-либо очевидной причины или стенокардия появилась впервые при относительно низкой физической нагрузке или в покое. Впервые возникшая стенокардия у больного с наличием многих факторов риска очень опасна. Эта форма стенокардии часто связана с трещиной или разрывом атеросклеротической бляшки.

### **Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины стабильной стенокардии.
2. Основные симптомы и проблемы;
3. Принципы лечения во время приступа стенокардии;
4. Профилактика стабильной стенокардии.

Вариант 2.

1. Определение, причины нестабильной стенокардии;
2. Основные симптомы и проблемы;
3. Принципы лечения в межприступном периоде;
4. Профилактика нестабильной стенокардии.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «ИБС», «стенокардия». Разбирается клиника стенокардии, функциональные классы, неотложная помощь при приступе стенокардии, принципы диагностики, лечения, профилактики, реабилитации. Обсуждается использование моделей сестринского дела (В. Хендерсон, Д. Орэм) при осуществлении ухода за пациентами.

*Практическая часть.* Демонстрируя больных со стабильной и нестабильной стенокардией, преподаватель должен подробно остановиться на жалобах, анамнезе болезни и жизни пациента, акцентируя внимание студентов на факторах риска, способствующих развитию болезни: злоупотребление соленой пищей, гиподинамия, избыточный вес, курение, употребление алкоголя, неправильные поведенческие реакции, пребывание в стрессовых ситуациях, наследственный фактор. При объективном исследовании совместно со студентами оценивается общее состояние больного, характеризуются пульс, цифровые показатели АД и пульсового давления. Совместно с преподавателем разбираются результаты дополнительного ис-

следования (липопротеиды и холестерин общей крови). Отмечается, что характерными ЭКГ-признаками приступа стенокардии являются смещение сегмента –ST вверх или вниз от изоэлектрической линии, форма сегмента – ST становится уплощенной или выпуклой в сторону смещения, зубец Т становится равносторонним, заостренным, отрицательным или положительным («коронарным»). Студенты участвуют в осмотре пациента, проводят пальпацию, перкуссию и аускультацию внутренних органов. На основании полученных данных они формулируют проблемы пациента: *боль за грудиной, в области плеча, левой лопатки, иррадиирующая в зубы, нижнюю челюсть сжимающего, давящего, сверлящего, тянущего характера, страх смерти, перебои в работе сердца, приступы одышки, приступы кашля, возникающие на фоне нагрузки.*

Затем студенты обсуждают с преподавателем план мероприятий по уходу. Подробно разбираются вопросы оказания доврачебной помощи во время приступа стенокардии: успокоить пациента, создать ему удобное положение, дать таблетку нитроглицерина под язык, поставить горчичники на область сердца, дать увлажненный кислород, вызвать врача; приготовить необходимые препараты, которые могут потребоваться при неэффективности нитроглицерина (таламонал, дроперидол, фентанил, промедол, морфин, атропин в ампулах). Нитроминт – современное эффективное антиангинальное средство из группы нитратов в виде дозированного аэрозоля. Впрыскивание одной дозы проводится при задержке дыхания под язык в положении лежа или сидя. Необходимо указать на особенности течения приступа у лиц пожилого возраста (стертое, малосимптомное течение) и оказания им неотложной помощи (учет сопутствующих заболеваний, уменьшенные дозы, медленное введение препаратов, постоянное наблюдение). Далее следует подробно остановиться и обсудить с учащимися вопросы ухода за больным и их лечения: лечебно-охранительный режим, лечебное питание, контроль за суточным диурезом, лекарственная терапия (бета-блокаторы, антагонисты кальция, нитраты), деонтологическая тактика.

#### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию закрепленного пациента, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

#### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят субъективное и объективное обследование пациентов, определяют проблемы, составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После самостоятельной курации больных преподаватель распределяет студентов по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер выполняют назначенные врачом манипуляции и процедуры.

#### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы с пациентом по применению лекарственных средств при стенокардии.

#### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

#### **Подведение итогов занятия**

|             |          |                |                 |
|-------------|----------|----------------|-----------------|
| Компетенция | Действие | Метод контроля | Критерии оценки |
|-------------|----------|----------------|-----------------|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение беседы с больными стенокардией по правильному приему нитроглицерина.</li> <li>- Обучение больных стенокардией приему нитроминта</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по правильному приему нитроглицерина на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения обучения пациентов приему нитроминта</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Беседа с пациентом о правильном приеме нитроглицерина проведена согласно инструкции.</li> <li>- Обучение пациентов приему нитроминта осуществлено согласно инструкции</li> </ul>  |
| ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подсчет ЧСС на ЭКГ у больного стенокардией.</li> <li>- Подготовка больного стенокардией к регистрации ЭКГ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения подсчета ЧСС на ЭКГ на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки больного к регистрации ЭКГ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подсчет ЧСС на ЭКГ выполнен по инструкции.</li> <li>- Подготовка больного к регистрации ЭКГ осуществлена по инструкции</li> </ul>   |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка пациента к мониторингованию ЭКГ по Холтеру</li> <li>- Подготовка пациента и помощь медицинской сестре при регистрации ЭКГ у больного стенокардией</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки пациента к мониторингованию ЭКГ по Холтеру.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки пациента и оказания помощи медицинской сестре при регистрации ЭКГ</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение подготовки пациента к мониторингованию ЭКГ по Холтеру выполнено согласно инструкции.</li> <li>- Проведение подготовки пациента и оказания помощи медицинской сестре при регистрации ЭКГ выполнено согласно инструктивным документам</li> </ul> |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обеспечение техники безопасности пациентов и персонала при регистрации ЭКГ.</li> <li>- Обеспечение условий регистрации ЭКГ</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обеспечения техники безопасности пациентов и персонала при регистрации ЭКГ на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обеспечения условий регистрации ЭКГ на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Техника безопасности пациентов и персонала при регистрации ЭКГ выполнялась согласно инструктивным документам.</li> <li>- Условия для регистрации ЭКГ выполнены в полном объеме</li> </ul>   |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.2.7. Инфаркт миокарда**

### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Инфаркт миокарда»; причины, факторы риска, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Организация и оказание сестринской помощи при инфаркте миокарда.
3. Принципы лечения и профилактика инфаркта миокарда.
4. Сестринский уход при инфаркте миокарда.

### **Цели занятия:**

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения инфаркта миокарда.

2. Углубить знания студентов по диагностике и лечению инфаркта миокарда.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными инфаркта миокарда.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с инфарктом миокарда.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при инфаркте миокарда;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины инфаркта миокарда;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при инфаркте миокарда.

### **Формируемые компетенции.**

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

### **Междисциплинарные связи.**

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

### **Обеспечение занятия.**

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при инфаркте миокарда.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с инфарктом миокарда.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Инфаркт миокарда», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с клиническими и биохимическими анализами крови, мочи, электрокардиограммы больных инфарктом миокарда; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (кардиологическое) отделение стационара.

**Организационный момент**

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

**Актуализация темы**

Инфаркт миокарда - острый некроз сердечной мышцы, развившийся в результате стойкого нарушения венозного кровообращения вследствие тромбоза коронарной артерии. Очаг некроза может быть большим по величине (крупноочаговый), малым (мелкоочаговый инфаркт), проникать через всю толщу стенки желудочка (трансмуральный). Исходом инфаркта миокарда является рубцевание очага некроза с образованием постинфарктного кардиосклероза. Наблюдается инфаркт миокарда чаще у мужчин зрелого возраста. После 60 лет инфаркт встречается с одинаковой частотой, как среди мужчин, так и среди женщин. Клиника зависит от: периода инфаркта миокарда (острейший - от 30 мин до 2 ч; острый - образование некроза с миомаляцией - от 2 ч до 14 дней; подострый - замещение некротической ткани грануляционной - до 4-8 нед. от начала болезни; постинфарктный - максимальная адаптация миокарда - до 3-6 мес от начала болезни); варианта болезни (болевого, астматического, гастралгического, аритмического, цереброваскулярный, малосимптомный, коллаптоидный, комбинированный), осложнений (кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность, тромбоэндокардит, острая аневризма сердца, разрыв миокарда и тампонада сердца, нарушение ритма и проводимости, синдром Дресслера, атония кишечника и мочевого пузыря, желудочные кровотечения, психические нарушения).

**Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение инфаркта миокарда.
2. Основные симптомы и проблемы типичной (ангинозной) формы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Первичная профилактика инфаркта миокарда.

Вариант 2.

1. Причины инфаркта миокарда.
2. Основные симптомы и проблемы атипичного варианта.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Вторичная профилактика инфаркта миокарда.

## **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Определение понятия «инфаркт миокарда», этиология, распространенность, клинические варианты (типичная болевая и атипичная формы), принципы диагностики (ЭКГ, лабораторные исследования), лечение, профилактика, реабилитация, диспансерное наблюдение. Обсуждается применение моделей сестринского дела (В. Хендерсон, Д. Орэм) при осуществлении ухода за пациентами.

*Практическая часть.* Проводится знакомство учащихся с работой блока интенсивной терапии. Беседуя с больным, преподаватель обращает внимание студентов на характерные жалобы, особенности начала заболевания, причины, факторы риска, вредные привычки, характер выполняемой работы, особенности режима труда и отдыха, двигательной активности, режима питания. Учащиеся оценивают общее состояние больного, положение, телосложение; проводят подсчет и определяют характер пульса, ЧДД, измеряют температуру тела, АД. Преподаватель обращает внимание учащихся на результаты дополнительного обследования (ЭКГ, биохимические тесты).

В развитии инфаркта миокарда выделяется 4 стадии, которые характеризуются определенными изменениями на ЭКГ. I, ишемическая стадия продолжается от 30 мин до 2 часов с момента возникновения инфаркта и характеризуется появлением монофазной кривой («кошачья спинка»). Патологический (глубокий) зубец Q в это время может еще не возникнуть. II стадия острая, продолжается от 2 часов до 14 дней и характеризуется формированием глубокого и широкого зубца Q, с постепенным снижением сегмента – ST к изолинии. III стадия подострая, продолжается до 4-8 недель, сохраняется патологический зубец Q, сегмент ST – снижается к изолинии, формируется глубокий отрицательный («коронарный») зубец T. IV стадия рубцевания, продолжается до 3-6 месяцев, на ЭКГ обязательно присутствует патологический зубец Q. При подозрении на инфаркт миокарда определяют в крови больного тропонин-T как специфический маркер повреждения миокарда трижды. Это делается при поступлении, через 8 часов и через 16-24 часа, в настоящее время применяют «ТРОПТ-сенситив». Обсуждение результатов обследования проводится вне палаты, соблюдая правила деонтологии. Формулируются проблемы пациентов: *боль за грудиной давящего, сжимающего характера, иррадирующая в левое плечо, руку, шею, челюсть, зубы, лопатку, не снимающаяся нитроглицерином, резкая слабость, головокружение, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышка.*

Преподаватель объясняет тактику поведения и роль медсестры в остром периоде инфаркта. Больному необходимо создать покой, вселить уверенность в благоприятный исход заболевания. При возникновении осложнений, разъясняется последовательность применения лекарственных средств, их дозы. Преподаватель подробно разъясняет меры доврачебной помощи при аритмии, синкопальном обмороке, кардиогенном шоке, сердечной астме, отеке легких. Указывается, что чем старше больной, тем чаще у него развиваются аритмии, приводящие к нарушению кровообращения и неблагоприятному исходу. Учащиеся должны знать, что длительное пребывание на строгом постельном режиме ведет не только к возникновению пролежней, но и отрицательно влияет на компенсаторные возможности организма, способствует развитию застойных явлений в легких, тромбозов, эмболий, инфекции мочевыводящих путей, недержанию мочи, атрофии мышц. В то же время медсестра должна уметь объяснить больному опасность самовольного изменения режима двигательной активности (поворачиваться в постели, садиться, ходить по палате), приема в пищу запрещенных продуктов. Разбирая вопросы ухода, следует указать, что при инфаркте миокарда ведущая роль принадлежит медсестре, от нее требуется высокая квалификация, внимание и ответственность при выполнении врачебных назначений. Важное место в лечении инфаркта миокарда занимают антикоагулянтная, фибринолитическая, антиагрегантная терапия. Далее преподаватель знакомит учащихся с реабилитацией больных на этапах: стационар - реабилитационный центр – санаторий - поликлиника. При этом подчеркивается значение не только медицинской, но и психологической, физической и социальной реабилитации

## **Задание на самостоятельную работу**



После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### Самостоятельная работа

Студенты самостоятельно проводят субъективное и объективное обследование закрепленных пациентов, определяют проблемы, с учетом приоритетности проблем составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. Затем они работают на постах, в процедурных кабинетах, палатах, где осуществляют выполнение манипуляций процедур по назначению врача с соблюдением инфекционной безопасности пациента и персонала отделения.

### Закрепление знаний

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи.

### Оформление дневников

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### Контроль и оценка результатов обучения

| Компетенция   | Действие  | Метод контроля  | Критерии оценки  |
|---|---|---|--|
| ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Поиск в сети «Интернет» рекомендаций по лечебному питанию больных инфарктом миокарда.</li> <li>- Кормление больного инфарктом миокарда в остром периоде</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка поиска в сети «Интернет» инструкции по лечебному питанию больных инфарктом миокарда.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка кормления больного инфарктом миокарда в остром периоде</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рекомендации сети «Интернет» по лечебному питанию больных инфарктом миокарда соответствуют стандарту.</li> <li>- Кормление больного осуществлено согласно стандарту</li> </ul>  |
| ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Накрывание стерильного столика в процедурном кабинете.</li> <li>- Выполнение предстерилизационной обработки инструментов</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка применения требований охраны труда и инфекционной безопасности при накрывании стерильного столика на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка соблюдения требований охраны труда при проведении предстерилизационной обработки инструментов</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Накрывание стерильного столика в процедурном кабинете выполнено согласно требований охраны труда и инфекционной безопасности.</li> <li>- Предстерилизационная обработка инструментов выполнена согласно инструктивным документам</li> </ul> |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил техники безопасности при проведении оксигенотерапии больному инфар-</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил техники безопасности при проведении оксигенотерапии больному инфарктом миокарда на практическом занятии.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение оксигенотерапии выполнено согласно инструкции.</li> <li>- Измерение АД выполнено согласно</li> </ul>   |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса | ктом миокарда.<br>- Выполнение правил измерения АД у больного инфарктом миокарда  | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил измерения АД больному инфарктом миокарда на практическом занятии   | правил   |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия                        | - Проведение массажа живота больному инфарктом миокарда.<br>- Определение частоты сердечных сокращений у больного инфарктом миокарда с аритмией | - Экспертное наблюдение и оценка проведения массажа живота больному на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка определения частоты сердечных сокращений у больного с аритмией на практическом занятии | - Массаж живота выполнен по инструкции.<br>- Определение частоты сердечных сокращений у больного с аритмией выполнено по стандарту |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.2.8. Острая сосудистая недостаточность**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятий: «Острая сосудистая недостаточность»; причины, клинические проявления.
2. Организация и оказание сестринской помощи при острой сосудистой недостаточности.
3. Принципы лечения и профилактика острой сосудистой недостаточности.
4. Сестринский уход при острой сосудистой недостаточности.

#### **Цели занятия:**

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения острой сосудистой недостаточности.
2. Сформировать знания о принципах лечения и профилактике.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными при острой сосудистой недостаточности.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами при острой сосудистой недостаточности.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при острой сосудистой недостаточности;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины острой острой сосудистой недостаточности;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации больных с острой сосудистой недостаточностью;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

#### *Формируемые компетенции.*

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

#### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

#### *Обеспечение занятия.*

##### 1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острой сосудистой недостаточностью.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с острой сосудистой недостаточностью.

##### 2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Обморок», «Кардиогенный шок», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, электрокардиограммы больных с острой сосудистой недостаточностью; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (кардиологическое) отделение стационара.

#### **Организационный момент**

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

#### **Актуализация темы**

Острая сосудистая недостаточность - состояние, возникающее в результате внезапного

первичного уменьшения кровенаполнения артериального русла, проявляющееся в виде обморока, коллапса и шока. Приводит к нарушению кровоснабжения органов и тканей, в первую очередь мозга.

**Обморок** – внезапная кратковременная потеря сознания вследствие недостаточности мозгового кровообращения. Механизм обморока связан с внезапным перемещением крови в крупные сосуды брюшной полости.

**Коллапс** - клиническое проявление острой сосудистой недостаточности, сопровождающееся уменьшением объема циркулирующей крови, снижением АД без потери сознания.

**Шок** – резкое снижение объема циркулирующей крови, нарушение микроциркуляции, развитие гипоксии, приводящее к тяжелым органным изменениям и угнетению всех жизненных функций организма. В течении шока выделяют короткую эректильную (возбуждение) и торпидную (угнетение) фазы. Торпидная фаза шока по тяжести подразделяется на три степени. При первой степени отмечается резкая бледность кожных покровов и слизистых, умеренный пот. Пульс 90-100 ударов в 1 мин, удовлетворительных качеств, систолическое АД в пределах 90-60 мм рт.ст., сознание ясное. Диурез в норме. При второй степени - состояние средней тяжести или тяжелое, резкая бледность, цианоз, адинамия, пульс частый, нитевидный, систолическое АД - 60-40 мм рт.ст., сознание спутанное. Диурез резко снижен. При третьей степени состояние крайней тяжести, конечности холодные на ощупь, влажные. АД систолическое в пределах 50-40 мм рт. ст. или не определяется, сознание спутанное с переходом в кому, анурия.

### **Предварительный контроль знаний**

#### **Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

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

### **Формирование новых понятий и умений**

**Теоретическая часть.** Дается определение понятий «обморок», «коллапс», «кардиогенный шок». Разбираются причины, клинические проявления, неотложная доврачебная помощь, принципы диагностики, лечения и профилактики острой сосудистой недостаточности. Обсуждается применение моделей сестринского дела В. Хендерсон, Д. Орэм при осуществлении ухода за пациентами.

**Практическая часть.** Проводится знакомство учащихся с работой блока интенсивной терапии. Учащиеся под руководством преподавателя оценивают общее состояние больного, положение, телосложение, состояние сознания; выявляют изменения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Студенты самостоятельно определяют изменения внешнего вида больных при острой сосудистой недостаточности (бледный цвет кожных покровов, слизистых оболочек глаз, губ, характер дыхания, ЧДД, АД, пульс). Затем учащиеся знакомятся с результатами дополнительного исследования крови, мочи, ЭКГ и др. Проблемы пациентов при обмороке и коллапсе: *резкая слабость, головокружение, шум в голове, онемение конечностей, бледность кожных покровов, снижение АД,*

**Уход при обмороке.** Придать горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха, обрызгать лицо

холодной водой, дать понюхать нашатырный спирт, измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД, проветрить помещение, дать увлажненный кислород, согреть (к рукам и ногам приложить грелки. При восстановлении сознания дать горячий чай.

**Уход при коллапсе.** Как можно быстрее ликвидировать причину, вызвавшую коллапс. Уложить пациента горизонтально без подушки, приподнять ножной конец кровати и опустить головной конец. Согреть больного (укрыть одеялом, приложить к ногам грелки, дать выпить горячий чай). Терапия должна быть направлена на повышение тонуса сосудов - ввести парентерально кофеин, кордиамин, мезатон, адреналин, норадреналин, дофамин, допамин, преднизолон. В тяжелых случаях необходимо восполнение объема циркулирующей крови. С этой целью внутривенно капельно назначается полиглюкин, реополиглюкин, физиологический раствор под контролем АД и по возможности центрального венозного давления (ЦВД). Также внутривенно вводятся сердечные средства (строфантин, коргликон), проводится оксигенотерапия. Проблемы пациентов при шоке: *резкая слабость, адинамия, спутанное сознание, заторможенность, гипотония, тахикардия, олигурия или анурия, тошнота, рвота, бледность кожных покровов.*

**Уход при шоке.** Обеспечить физический и психический покой. Уложить горизонтально с приподнятым ножным концом. Согреть больного. Обеспечить доступ свежего воздуха, дать кислород. Лечение, прежде всего, необходимо направить на ликвидацию причин шока. При кардиогенном шоке - введение обезболивающих средств, вазопрессоров, при низком ЦВД - полиглюкин, реополиглюкин. При анафилактическом шоке - обкалывание места инъекции (укуса насекомым) 0,1% раствором адреналина, наложение жгута выше инъекции или укуса, внутривенное введение адреналина, преднизолона, восполнение сосудистого русла.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование пациентов, определяют проблемы, с учетом приоритетности проблем составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После самостоятельной курации больных преподаватель распределяет студентов по постам, процедурным кабинетам, палатам, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют выполнение манипуляций и процедур по назначению врача.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при обмороке, коллапсе, шоке.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие   | Метод контроля  | Критерии оценки   |
|--|--|---|---|
| ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности | - Владение навыками работы на персональном компьютере при составлении перечня лекарственных средств, применяемых при острой сосудистой | - Экспертное наблюдение и оценка составления перечня лекарственных средств, применяемых при острой сосудистой недостаточности с помощью персонального компьютера в процессе внеаудиторной работы. | - Перечень лекарственных средств, применяемых при острой сосудистой недостаточности, составлен в полном объеме.<br>- Презентация: «Сес- |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  | <p>недостаточности.</p> <p>– Выполнение презентации на тему: «Сестринский уход при острой сосудистой недостаточности»</p>                                    | <p>- Экспертное наблюдение и оценка подготовки презентации на тему: «Сестринский уход за больными с острой сосудистой недостаточностью» в процессе внеаудиторной работы</p>   | <p>тринский уход за больными с острой сосудистой сердечной недостаточностью» выполнена соответственно требованиям</p>   |
| <p>ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации</p> | <p>- Подготовка доклада: «Уход за больными острой сосудистой недостаточностью».</p> <p>- Контроль АД у больного с острой сосудистой недостаточностью</p>     | <p>– Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.</p> <p>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения контроля АД у больного с острой сосудистой недостаточностью</p>   | <p>- Доклад выполнен в полном объеме согласно инструктивным документам.</p> <p>- Контроль АД у больного с острой сосудистой недостаточностью выполнен по стандарту</p>          |
| <p>ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования</p>  | <p>- Выполнение правил введения адреналина при анафилактическом шоке.</p>  | <p>– Экспертное наблюдение и оценка введения адреналина при анафилактическом шоке на практическом занятии.</p> <p>- Экспертное наблюдение и оценка оказания помощи медицинской сестре при выполнении внутривенного капельного введения преднизолона на практическом занятии</p> | <p>- Введение адреналина выполнено по стандарту.</p> <p>- Помощь медицинской сестре при внутривенном капельном введении преднизолона больному выполнено по стандарту</p>        |
| <p>ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию</p>   | <p>- Заполнение температурного листа истории болезни больного инфарктом миокарда в стационаре.</p> <p>- Заполнение журнала движения больных в стационаре</p> | <p>- Экспертное наблюдение и оценка заполнения температурного листа истории болезни больного инфарктом миокарда на практическом занятии.</p> <p>- Экспертное наблюдение и оценка заполнения журнала движения больных в стационаре</p>   | <p>- Заполнение истории болезни больного инфарктом миокарда осуществлено согласно инструкции.</p> <p>- Заполнение журнала движения больных осуществлено согласно инструкции</p> |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.2.9. Острая сердечная недостаточность**

### **Основные вопросы:**

1. Определение понятий: «Острая сердечная недостаточность»; причины, клинические проявления.
2. Организация и оказание сестринской помощи при острой сердечной недостаточности.
3. Принципы лечения и профилактика острой сердечной недостаточности.
4. Сестринский уход при острой сердечной недостаточности.

### **Цели занятия:**

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения острой сердечной недостаточности.
2. Сформировать знания о принципах лечения и профилактике.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными при острой сердечной недостаточности.

### **Студент должен иметь практический опыт:**

- осуществления ухода за пациентами при острой сердечной недостаточности.

### **Студент должен уметь:**

- осуществлять сестринский уход при острой сердечной недостаточности;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

### **Студент должен знать:**

- причины острой сердечной недостаточности;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации больных с острой сердечной недостаточностью;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

### **Формируемые компетенции.**

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

### **Междисциплинарные связи.**

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

#### *Обеспечение занятия.*

##### 1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при острой сердечной недостаточности.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и

реабилитации больных с острой сердечной недостаточностью.

##### 2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Сердечная астма», «Отек легких», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, электрокардиограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (кардиологическое) отделение стационара.

#### **Организационный момент**

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

#### **Актуализация темы**

Острая сердечная недостаточность - это внезапно развившееся снижение сократительной функции сердца, приводящее к нарушению внутрисердечной гемодинамики и легочного кровообращения. Чаще всего выражением острой сердечной недостаточности является сердечная астма и отек легких. Приступ сердечной астмы возникает при тяжелой артериальной гипертензии, тяжелых аортальных пороках сердца и диффузных миокардитах, кардиосклерозе, инфаркте миокарда, митральном стенозе, высокой легочной гипертензии, чрезмерно интенсивной физической нагрузке с внезапной остановкой мышечной деятельности (у спортсменов во время соревнований). Застой крови в интерстициальной ткани легких при его прогрессировании сопровождается пропотеванием в просвет альвеол серозной жидкости, что приводит к альвеолярному отеку легких, появлению мокроты розового цвета. Реже встречается правожелудочковая недостаточность. Развивается она при инфаркте правого желудочка, спонтанном пневмотораксе, эмболии крупной ветви легочной артерии. Проявляется правожелудочковая недостаточность сильнейшим диффузным цианозом, одышкой, сердцебиением, перебоями в работе сердца, слабостью, снижением АД, частым пульсом, увеличением печени, отеками.

#### **Предварительный контроль знаний**

##### ***Письменный контроль.*** Вопросы.

##### Вариант 1:

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

##### Вариант 2.

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



## **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятий «острая сердечная недостаточность», «сердечная астма», «отек легких». Разбираются причины, клинические проявления, неотложная доврачебная помощь, принципы диагностики, лечения и профилактики острой сердечной недостаточности. Рассматриваются вопросы применения моделей сестринского дела В. Хендерсон, Д. Орэм при осуществлении ухода за пациентами.

*Практическая часть.* Данное занятие тесно связано с предыдущими занятиями по кардиологии. Учащиеся вновь посещают блок интенсивной терапии и самостоятельно определяют изменения внешнего вида больных при острой сердечной недостаточности (бледный цвет кожных покровов, слизистых оболочек глаз, губ или их выраженный цианоз, характер дыхания). Под руководством преподавателя оценивают общее состояние, вынужденное положение больного, уровень сознания; выявляют изменения со стороны дыхательной (приступы удушья, влажные хрипы в легких) и сердечно-сосудистой (нарушения ритма, слабый пульс, снижение АД) систем. Затем студенты знакомятся с результатами дополнительного исследования крови, мочи, ЭКГ и других инструментальных исследований. Формулируются проблемы пациентов: *кашель вначале сухой, затем с пенистой мокротой, удушье, слабость, цианоз, тахикардия, перебои в работе сердца.*

Подробно разбираются вопросы ухода. При левожелудочковой недостаточности: обеспечить покой, положение ортопноэ с опущенными ногами, освободить от стесняющей одежды, успокоить, проветрить помещение, наложить жгуты на три конечности с последующей сменой через 30 мин; обеспечить оксигенотерапию через аппарат Боброва со спиртом (пеногаситель); сделать горячую ножную ванну (с горчицей). По назначению врача для понижения возбудимости дыхательного центра ввести под кожу 1 мл 1% раствора морфина и 0.5 мл 0,1% раствора атропина; для улучшения сократительной способности миокарда - сердечные гликозиды (строфантин, коргликон). При митральном стенозе сердечные гликозиды противопоказаны, в таких случаях внутривенно вводятся: лазикс, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ (энап). Для разгрузки малого круга кровообращения, особенно при АД более 150 мм рт. Ст. вводится внутривенно эуфиллин, препараты нейролептаналгезии (НЛА), лазикс, нитраты, ганглиоблокаторы. Лечение отека легких на фоне низкого АД представляет большие трудности – применяются большие дозы кортикостероидов, нитроглицерин капельно на фоне капельного переливания дофамина, допустимо введение небольших доз эуфиллина и лазикса. При правожелудочковой недостаточности, вызванной ТЭЛА (тромбоэмболией легочной артерии), медицинская сестра ассистирует врачу (готовит шприцы, стерильный материал, катетры, растворы) при введении в легочную артерию через катетер фибринолитиков (стрептазы, стрептокиназы, урокиназы), которые расплавляют эмбол и вызывают реканализацию. Во всех случаях медицинская сестра проводит мониторинг ЧДД, АД, пульса, следит за физиологическими отправлениями, удобным положением в постели, обеспечивает оксигенотерапию через пеногаситель, проводит освобождение полости рта, глотки, трахеи от пенистой мокроты (грушей, электроотсосом).

## **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

## **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят субъективное и объективное обследование закрепленных пациентов, определяют проблемы, с учетом приоритетности проблем составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. Затем они работают на постах, в процедурных кабинетах, палатах, в приемном покое, где осуществляют выполнение манипуляций и процедур по листу назначений врача.

## **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым

больным, решают ситуационные задачи, составляют план ухода при сердечной астме и отеке легких.

### Оформление дневников

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### Подведение итогов занятия

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля  | Критерии оценки  |
|---|--|---|--|
| ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности  | - Владение навыками работы на персональном компьютере при составлении перечня лекарственных средств, применяемых при острой сердечной недостаточности. | - Экспертное наблюдение и оценка составления перечня лекарственных средств, применяемых при острой сердечной недостаточности с помощью персонального компьютера в процессе внеаудиторной работы | - Перечень лекарственных средств, применяемых при острой сердечной недостаточности, составлен в полном объеме. |
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации | - Подготовка доклада: «Уход за больными с острой сердечной недостаточностью».  | - Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.   | - Доклад выполнен в полном объеме согласно инструктивным документам  |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования  | - Оказание помощи медицинской сестре при внутривенном капельном введении преднизолона больному с сердечной астмой                                      | - Экспертное наблюдение и оценка оказания помощи медицинской сестре при выполнении внутривенного капельного введения преднизолона на практическом занятии                                       | - Помощь медицинской сестре при внутривенном капельном введении преднизолона больному выполнено по стандарту   |
| ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию   | - Заполнение температурного листа истории болезни больного инфарктом миокарда в стационаре   | - Экспертное наблюдение и оценка заполнения температурного листа истории болезни больного инфарктом миокарда на практическом занятии  | - Заполнение истории болезни больного инфарктом миокарда осуществлено согласно инструкции.                     |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

### Задание к следующему занятию

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## 2.2.10. Хроническая сердечная недостаточность

### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Хроническая сердечная недостаточность»; причины, клинические проявления.
2. Принципы лечения и профилактика ХСН.
3. Сестринский уход при ХСН.

### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения ХСН.

2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике ХСН.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными ХСН.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с ХСН.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при ХСН;

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию по назначению врача;

- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента

- вести утвержденную медицинскую документацию при ХСН.

Студент должен *знать*:

- причины ХСН;

- клинические проявления ХСН;

- возможные осложнения;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- пути введения лекарственных препаратов;

- виды, формы и методы реабилитации;

- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при ХСН.

### *Формируемые компетенции.*

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

### *Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;

- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при хронической сердечной недостаточности.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Хроническая сердечная недостаточность», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, электрокардиограммы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (кардиологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Хроническая сердечная недостаточность - неспособность сердца снабжать ткани кровью и кислородом на уровне, соответствующем их потребностям в покое или при легкой физической нагрузке. Заболеваниями, приводящими к ХСН, являются: ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатии, клапанные пороки сердца, артериальная гипертензия, системные заболевания соединительной ткани, обменные и эндокринные болезни, лекарственные и токсические поражения. Снижение сократительной функции левого желудочка при достаточном притоке крови к сердцу и сохраненной функции правого желудочка сопровождается увеличением конечного диастолического объема и давления левого желудочка. Вслед за этим возрастает объем и давление в левом предсердии и легочных венах. В ночное время, в горизонтальном положении, когда происходит увеличение притока крови к сердцу, может развиваться интерстициальный отек легких (сердечная астма), а при пропотевании жидкой части крови в альвеолы - альвеолярный отек легких. Начальная (компенсированная, Н I) стадия проявляется сердцебиением и одышкой при значительной физической нагрузке, эти симптомы сохраняются дольше, чем у здорового человека, выполняющего ту же нагрузку. Симптомы могут исчезать без медикаментозного лечения. При второй А стадии (Н II А) - застойные явления выражены, но ограничены одним кругом кровообращения (по правожелудочковому или левожелудочковому типу). Слабость, сердцебиение, одышка, быстрая утомляемость возникают при незначительной физической нагрузке. Акроцианоз, влажные хрипы в нижних отделах легких, отеки на стопах и лодыжках обеих ног, умеренное увеличение печени - симптомы нарастают к концу дня и исчезают после ночного отдыха. Адекватное лечение может привести к значительному улучшению сердечной деятельности. Вторая Б стадия (Н II Б) характеризуется застойными явлениями, которые распространяются на оба круга кровообращения. Отмечается интенсивная одышка при небольшом физическом или эмоциональном напряжении, ортопноэ. Влажные хрипы в легких приобретают более стойкий и распространенный характер, расширены яремные вены, печень увеличена, отеки, асцит и/или выпот в плевральной полости (гидроторакс). В результате лечения застойные явления могут уменьшаться. Третья стадия (Н III) - конечная, дистрофическая стадия. Присоединяются изменения в эндокринной системе, кардиальная кахексия. Лечение может лишь несколько улучшить общее состояние.

### **Предварительный контроль знаний**

*Письменный контроль.* Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины хронической сердечной недостаточности.
2. Основные симптомы и проблемы больных при ХСН I стадии.
3. Принципы лечения больных при ХСН I стадии.
4. Наблюдение и уход за больными при ХСН I стадии.
5. Профилактика ХСН.

Вариант 2.

1. Определение, причины хронической сердечной недостаточности.
2. Основные симптомы и проблемы больных при ХСН III стадии.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход за больными при ХСН III стадии.
5. Профилактика ХСН.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «ХСН». Разбираются причины, медико-социальное значение и этиология ХСН, классификация по стадиям и функциональным классам (НУНА, 1964), клинические проявления, принципы диагностики, лечения, профилактики. Обсуждаются типичные проблемы пациентов и использование моделей сестринского дела при уходе за пациентами.

*Практическая часть.* Во время демонстрации больных необходимо обратить внимание на жалобы пациентов, историю заболеваний и историю жизни, число госпитализаций по данному заболеванию, неэффективность амбулаторного лечения, вредные привычки и другие факторы риска. При объективном обследовании учащиеся под руководством преподавателя оценивают общее состояние, положение, телосложение, состояние сознания; выявляют изменения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Затем они знакомятся с результатами дополнительного исследования крови, мочи, ЭКГ и др. Формулируются проблемы пациентов: *одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, кашель, отеки, увеличение живота, цианоз, слабость, плохой сон и аппетит.*

Далее разбираются принципы лечения ХСН: улучшение сократительной функции миокарда, улучшение кровотока в сердечной мышце, увеличение толерантности к физической нагрузке. Разбираются группы лекарственных препаратов (ИАПФ, антагонисты кальция, бета-блокаторы, мочегонные, сердечные гликозиды), их дозы, кратность приема, побочные эффекты.

Медицинская сестра обеспечивает их правильный прием больными. При тяжелых формах ХСН назначаются спиронолактон в сочетании с ИАПФ, другими диуретиками и сердечными гликозидами, что приводит к гипокалиемии и требует постоянного контроля содержания калия в плазме крови на протяжении всего периода лечения. Здесь необходима диета с увеличением калий содержащих продуктов (курага, изюм, чернослив и др.). Назначаются средства, корригирующие электролитный обмен и препараты, улучшающие метаболизм миокарда. Калия хлорид принимается внутрь в виде 10% раствора по 50-60 мл, в виде таблеток - по 0,5-1,0 г. Панангин назначается внутрь по 1-2 драже 3 раза в день после еды или в/в по 10 мл струйно, медленно в 20-30 мл 5% раствора глюкозы. «Поляризующий раствор». Состав: на 200 мл 20% раствора глюкозы 8-10 ЕД инсулина, 100 мл 4% раствора хлористого калия, 5-10 мл 25% раствора сульфата магния. Раствор вводится в вену капельно. Противопоказанием для применения препаратов калия является почечная недостаточность, наличие брадиаритмий. Оксигенотерапия проводится в виде ингаляций кислорода с помощью носового катетера или лицевой маски. В каждом случае преподаватель подробно разбирает вопросы общего ухода за больным (режим двигательной активности, лечебное питание, контроль суточного диуреза, уход за кожей и слизистыми, профилактика пролежней, паллиативная помощь пациенту в терминальной стадии ХСН).

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации

больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят субъективное и объективное обследование закрепленных пациентов, определяют проблемы, с учетом приоритетности проблем составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. Затем они работают на постах, в процедурных кабинетах, палатах, в приемном покое, где осуществляют независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства по листу врачебных назначений.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Владение навыками работы на персональном компьютере при составлении перечня лекарственных средств, применяемых при ХСН.</li> <li>- Выполнение презентации на тему: «Сестринский уход при ХСН»</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка составления перечня лекарственных средств, применяемых при ХСН, с помощью персонального компьютера в процессе внеаудиторной работы.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения презентации: «Сестринский уход при ХСН» в процессе внеаудиторной работы</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Перечень лекарственных средств, применяемых при ХСН, составлен в полном объеме.</li> <li>- Презентация «Сестринский уход за больными ХСН» выполнена соответственно требованиям</li> </ul> |
| ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение оксигенотерапии больному ХСН.</li> <li>- Постановка масляной клизмы больному ХСН с запором</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения оксигенотерапии больному ХСН.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка постановки масляной клизмы больному ХСН с запором</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оксигенотерапия проведена по стандарту.</li> <li>- Масляная клизма поставлена по стандарту</li> </ul>   |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил техники безопасности при проведении оксигенотерапии больному ХСН.</li> <li>- Контроль выполнения больным ХСН правил приема эналаприла</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил техники безопасности при проведении оксигенотерапии больному ХСН на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения больным правил приема эналаприла на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение оксигенотерапии выполнено согласно инструкции.</li> <li>- Больной принимает эналаприл согласно инструкции</li> </ul>   |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больного ХСН соблюдению питьевого режима.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения обучения больного соблюдению питьевого режима на практи-</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Пациент соблюдает питьевой режим.</li> <li>- Пациент выполняет шаговую пробу согла-</li> </ul>  |

|  |                                   |   |                |
|--|-----------------------------------|---|----------------|
|  | - Обучение больного шаговой пробе | ческом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка обучения больного шаговой пробе | сно инструкции |
|--|-----------------------------------|---|----------------|

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

#### *Цели занятия:*

1. Охарактеризовать порядок сестринского обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания.

## **2.3. Сестринское дело в гастроэнтерологии**

### **2.3.1. Сестринское обследование пациентов с заболеваниями органов пищеварения. Острый и хронический гастриты**

#### ***Основные вопросы:***

1. Порядок сестринского обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварения.
2. Определение понятия: «Гастрит»; причины, факторы риска, клинические проявления гастритов.
3. Принципы лечения и профилактика гастритов.
4. Сестринский уход при остром и хроническом гастрите.

#### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание порядка сестринского обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварения.
2. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения острого и хронического гастрита.

3. Углубить знания студентов по диагностике и лечению больных гастритом.

4. Развивать профессиональные умения по уходу за больными гастритами.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с гастритом.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход за больными гастритом;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины гастрита;
- клинические проявления;

- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента с гастритом;
- организацию и оказание сестринской помощи при гастрите;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при гастрите.

#### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

#### *Обеспечение занятия.*

##### 1. Оборудование:

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

##### 2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Острый гастрит», «Хронические гастриты», «Промывание желудка», «Фракционное зондирование желудка», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, желудочного содержимого, ЭГДС; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение стационара.

#### **Организационный момент**

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

#### **Актуализация темы**

Острый гастрит - воспалительное поражение слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением секреции и моторики. К развитию острого гастрита приводят различные причины: химические, физические, термические, бактериальные раздражители, острые пищевые интоксикации, пищевые токсикоинфекции, лекарственные воздействия (салицилаты, нестероидные противовоспалительные средства, гормональные препараты), алиментарные (употребление недоброкачественной, трудноперевариваемой пищи), соединения тяжелых металлов; острые и хронические инфекционные процессы (брюшной тиф, дизентерия, туберкулез), аллергия. Основными признаками острого гастрита являются: постепенное нарастание общей слабости, неприятного вкуса во рту, боль и чувство тяжести и эпигастральной области. Развиваются острые диспептические расстройства: тошнота, рвота съеденной пищей с примесью желчи, жажда, которые возникают спустя 4-12 часов после приема недоброкачественной пищи или погрешности в диете. Хронический гастрит - хроническое воспаление слизистой желудка с изменением ее структуры, прогрессирующей атрофией,



нарушением секреторной, моторной и инкреторной функций. Клиника зависит от состояния кислотообразующей функции желудка и фазы заболевания. *При хроническом гастрите с повышенной секрецией* больные предъявляют жалобы на упорную изжогу, отрыжку кислым, чувство жжения и распирания в эпигастрии после еды, особенно после приема острой, грубой, соленой пищи; раздражительность; плохой сон; лабильность настроения; быструю утомляемость, слюнотечение, запоры. При явлениях секреторной недостаточности в клинической картине преобладают диспептические нарушения в виде снижения аппетита, неприятного вкуса во рту, тошноты, изжоги. Беспокоят боли в эпигастрии, возникающие после еды, спустя несколько минут. Отмечается обложенный язык, разлитая болезненность в эпигастрии. В настоящее время наиболее информативным подтверждением диагноза являются результаты гастроскопии и гастробиопсии.

### **Предварительный контроль знаний**

#### ***Письменный контроль.*** Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

1. Определение, причины хронического гастрита.
2. Основные симптомы и проблемы хронического гастрита с повышенной и пониженной секреторной функцией.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика хронического гастрита.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «гастрит». Разбирается эпидемиология, классификация, причины, факторы риска, клинические проявления, проблемы пациентов, принципы диагностики, лечения, профилактики гастритов. Обсуждается применение моделей сестринского дела (В. Хендерсон, Д. Орэм) при осуществлении ухода за пациентами.

*Практическая часть.* При демонстрации больного с острым гастритом преподаватель объясняет методику сбора жалоб, их характер, связь с приемом пищи, методику сбора анамнеза заболевания, последовательность задаваемых вопросов. Из анамнеза жизни следует выяснить все перенесенные заболевания, вредные привычки, переносимость лекарственных препаратов. Формулируются проблемы пациентов: *слабость, нарушение аппетита, неприятный вкус во рту, боль и чувство тяжести в эпигастрии, тошнота, рвота, нарушение стула, утомляемость.*

При обсуждении принципов лечения острого гастрита необходимо указать на ограничение физической активности в первый день болезни, воздержание от приема пищи, а также прием антацидов и обезболивающих препаратов. Назначается обильное питье. Осуществляется промывание желудка теплым раствором перманганата калия (1:10000) или 0,5% раствором гидрокарбоната натрия. После промывания желудка при отсутствии признаков обезвоживания и энтерита ставят очистительную клизму или дают солевое слабительное (20-30 г сульфата магния или сульфата натрия). Голодание проводится в течение не менее 1-2 суток, затем назначается стол 0 (чай с лимоном, слизистый суп) с последующим переходом на диету 1а, 1б, 1. При жидком стуле назначается диета № 4а, имодиум (вначале 2 капс., затем после каждого жидкого стула 1 капс.). Пища должна быть протертая, полужидкая, приниматься небольшими порциями (по 50-60 мл) 5-6 раз в сутки. Больные должны соблюдать постельный режим. Целесообразна седативная терапия (препараты валерианы, капли корвалола, ва-

локордин). При обезвоживании проводится внутривенное капельное вливание физиологического раствора, гемодеза, 5% раствора глюкозы. На область желудка 2-3 раза в день кладется теплая грелка, согревающий компресс (на 30-40 мин). По назначению врача проводится противоспастическая терапия (даются спазмолитики - нош-па, папаверин). При наличии признаков инфекции (гипертермия, лейкоцитоз) назначаются антибактериальные препараты (антибиотики, нитрофурановые препараты, интестопан, бисептол и др.). В большинстве случаев к 5-7 дню наступает выздоровление. Затем обсуждаются вопросы профилактики (нормализация режима труда и отдыха, питания, устранение вредных привычек, ЛФК, овладение элементами психотерапии).

При разборе больных с хроническим гастритом с повышенной и пониженной секрецией внимание студентов акцентируется на вышеперечисленные жалобы (см. раздел «Актуализация темы»). Медикаментозная терапия включает антациды (викалин, викаир, ротер) или гели (алмагель, фосфолюгель) 3-4 раза в день через 1-2 часа и на ночь. При болевом синдроме назначаются холинолитические препараты периферического действия (атропин, экстракт красавки, платифиллин). Для устранения диспептических явлений, связанных с моторными нарушениями, назначается метоклопрамид (церукал, реглан). Назначаются также антихеликобактерные препараты (оксациллин, ампициллин, таривид, фуразолидон), современные блокаторы водородных рецепторов гистамина (гистодил, тагомет, ранисан, зантак, фамотидин) и блокаторы протонного насоса (омепразол по 0,02-0,04 г 1 раз в день, вечером перед сном). При гастрите с пониженной секрецией не рекомендуются продукты, вызывающие бродильные процессы (цельное молоко, свежие изделия из теста, виноград) и продукты, требующие усиленного пищеварения (баранина, свиное сало, сливки, сметана). С целью стимуляции секреции назначаются рибоксин, препараты никотиновой кислоты (никотинамид, инкошпан, компламин) по 1 табл. 3-4 раза в день. При нарушении секреторной функции назначается заместительная терапия (натуральный желудочный сок, ацидин-пепсин, бетацид), ферментные препараты: абомин, фестал, панзинорм, мезим-форте.

#### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

#### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят субъективное и объективное обследование закрепленных пациентов, определяют проблемы, составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После самостоятельной курации больных преподаватель распределяет студентов по 2-3 человека по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер проводят реализацию и оценку сестринских вмешательств по листу назначений врача.

#### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы с пациентом и его родственниками о лечебном питании при хроническом гастрите.

#### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

#### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция                                      | Действие  | Метод контроля  | Критерии оценки                                      |
|--|---|---|--|
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессии | - Подготовка доклада: «Уход за больными гастри- | - Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии. | - Доклад выполнен согласно инструктивным документам. |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| онального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации | том». <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение фракционного исследования желудочного содержимого</li> </ul>   | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения фракционного исследования желудочного содержимого на практическом занятии   | - Фракционное исследование желудочного содержимого выполнено по стандарту   |
| ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение беседы с больным гастритом по устранению курения и приема алкоголя.</li> <li>- Проведение беседы с больным гастритом по соблюдению диеты</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по устранению курения и приема алкоголя на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по соблюдению диеты на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Беседа с пациентом по устранению вредных привычек проведена в полном объеме.</li> <li>- Беседа с пациентом по соблюдению диеты проведена в соответствии с требованиями.</li> </ul>     |
| ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение подготовки больного хроническим гастритом к исследованию кала на скрытую кровь.</li> <li>- Выполнение подготовки больного хроническим гастритом к ФГДС</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки пациента к исследованию кала на скрытую кровь.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка подготовки больного к ФГДС</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка пациента к исследованию кала на скрытую кровь выполнена по стандарту.</li> <li>- Подготовка больного к ФГДС выполнена по стандарту</li> </ul>                               |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение больным хроническим гастритом правил приема оме-за.</li> <li>- Снятие боли в области желудка у пациента с хроническим гастритом путем приема це-рукала внутрь</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения больным правил приема оме-за на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка снятия боли в области желудка у пациента с хроническим гастритом путем приема це-рукала внутрь</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Прием оме-за больным хроническим гастритом выполнен по правилам.</li> <li>- Приема церукала внутрь выполнен по стандарту. Пациент отметил отсутствие боли в области желудка</li> </ul> |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.3.2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки**

### ***Основные вопросы:***

1. Определение понятия: «Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки»; причины, факторы риска, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
3. Сестринский уход при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

### ***Цели занятия.***

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки;

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;  
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;  
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию по назначению врача;  
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;  
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;  
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента  
- вести утвержденную медицинскую документацию при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Студент должен *знать*:

- причины язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;  
- клинические проявления;  
- возможные осложнения;  
- методы диагностики проблем пациента;  
- организацию и оказание сестринской помощи;  
- пути введения лекарственных препаратов;  
- виды, формы и методы реабилитации;  
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

### ***Формируемые компетенции.***

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

### ***Междисциплинарные связи.***

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, дуоденального и желудочного содержимого, ЭГДС; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки с многофакторной этиологией. Отмечаются нарушения регулирующих нервных и гормональных механизмов, активации факторов агрессии (хеликобактериоз, высокий уровень соляной кислоты и пепсина в желудке) и ослабление факторов защиты (нормальный кровоток в слизистой и достаточное количество слизи) слизистой желудка, что приводит к образованию пептической язвы. В настоящее время около 10% населения экономически развитых стран страдает язвенной болезнью. Осложненное течение болезни наблюдается у 26-42% больных. При обследовании в фазе ремиссии никаких патологических симптомов не отмечается. В фазе обострения при пальпации выявляется характерная болезненная точка Боаса. В анализах желудочного сока определяется гиперсекреция, гиперацидность, положительная реакция на скрытую кровь (Грегерсена). Рентгенологически выявляется симптом «ниши».

### **Предварительный контроль знаний**

*Письменный контроль.* Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины язвенной болезни желудка.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Осложнения язвенной болезни желудка.
6. Профилактика язвенной болезни желудка.

Вариант 2.

1. Определение, причины язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
2. Основные симптомы и проблемы.

3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
6. Профилактика язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки». Разбираются причины, факторы риска, клинические проявления, возможные осложнения, принципы диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и диспансеризации пациентов с язвенной болезнью. Также обсуждаются принципы неотложной помощи при желудочном кровотечении, использование моделей В. Хендерсон и Д. Орэм при осуществлении сестринской помощи пациентам.

*Практическая часть.* При разборе больного с язвенной болезнью преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб, их характер, связь с приемом пищи. Затем разбирается анамнез заболевания, последовательность задаваемых вопросов. Из анамнеза следует выявить все перенесенные заболевания, вредные привычки, переносимость лекарственных препаратов. При объективном исследовании учащиеся принимают участие в подсчете ЧДД, пульса, определяют его характеристики, измеряют АД, пальпируют живот и его органы. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительного исследования. Основным методом рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта - искусственное контрастирование путем введения в полость контрастного вещества или газа. Наиболее распространено введение водной взвеси сульфата бария. Демонстрируется рентгенограмма с основным рентгенологическим признаком язвенной болезни желудка – наличием «ниши» в области антрального отдела в фазе тугого контрастирования. Подчеркивается, что в настоящее время широко используется метод гастродуоденоскопии. Формулируются проблемы пациента: *боль в эпигастрии, связанная с приемом пищи, изжога, тошнота, рвота, отрыжка кислым, запоры, похудание.*

При обсуждении принципов лечения необходимо указать на оказание доврачебной помощи при желудочном кровотечении, обучение пациентов/родственников особенностям диеты № 1, приему по назначению врача антацидов, адсорбентов, блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина. При разборе вопросов ухода за больным обращается внимание на контроль АД, ЧДД, пульса, стула, взятие промывных вод желудка на исследование, помощь при рвоте. Также обсуждаются вопросы профилактики: нормализация режима труда и отдыха, питания, устранение вредных привычек, ЛФК, овладение элементами психотерапии.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят субъективное и объективное обследование закрепленных пациентов, определяют проблемы, составляют план мероприятий по уходу, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. Затем они работают на постах, в процедурных кабинетах, палатах, в приемном покое, где осуществляют выполнение манипуляций и процедур по назначению врача.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы с пациентом и его родственниками о лечебном питании при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### Подведение итогов занятия

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля  | Критерии оценки   |
|---|--|---|---|
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка доклада: «Уход за больными язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки».</li> <li>- Проведение беседы с пациентом о правильном приеме антацидных препаратов</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка беседы с пациентом о правильном приеме антацидных препаратов на практическом занятии</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Доклад выполнен согласно инструктивным документам.</li> <li>- Беседа с пациентом о правильном приеме антацидных препаратов проведена по стандарту</li> </ul>                     |
| ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Постановка масляной клизмы больному язвенной болезнью при запорах.</li> <li>- Обучение больного язвенной болезнью правильному приему ингибиторов протонной помпы</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка постановки масляной клизмы на практическом занятии.</li> <li>– Экспертное наблюдение и оценка обучения пациента приему ингибиторов протонной помпы</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- После постановки масляной клизмы пациент отметил наличие стула.</li> <li>- Проведение обучения пациента приему ингибиторов протонной помпы осуществлено по инструкции</li> </ul> |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка больного язвенной болезнью 12-перстной кишки к колоноскопии.</li> <li>- Подготовка пациента с язвенной болезнью желудка к ФГДС</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки пациента к колоноскопии на практическом занятии.</li> <li>– Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки пациента к ФГДС на практическом занятии</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка пациента к проведению колоноскопии выполнена по стандарту.</li> <li>- Подготовка пациента к ФГДС выполнена согласно инструктивным документам</li> </ul>               |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил введения церукала больному язвенной болезнью желудка.</li> <li>- Участие в проведении капельного введения плазмы больному язвенной болезнью</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка введения больному церукала на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка участия в проведении капельного введения больному язвенной болезнью плазмы на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Введение больному церукала выполнено по стандарту.</li> <li>- Капельное введение плазмы выполнено по стандарту</li> </ul>  |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

### Задание к следующему занятию

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### 2.3.3. Хронические энтериты и колиты

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятий: «Хронический энтерит», «Хронический колит»; причины, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика хронического энтерита и колита.
3. Сестринский уход при хроническом энтерите и колите.

#### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения хронического энтерита и колита.
2. Углубить знания студентов по диагностике и лечению хронического энтерита и колита.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными хроническим энтеритом и колитом.

#### *Студент должен иметь практический опыт:*

- осуществления ухода за пациентами с хроническим энтеритом и колитом.

#### *Студент должен уметь:*

- осуществлять сестринский уход за больными хроническим энтеритом и колитом;
- готовить больных хроническим энтеритом и колитом к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

#### *Студент должен знать:*

- причины хронического энтерита и колита;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при хроническом энтерите и колите.

#### *Формируемые компетенции.*

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

#### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными.



ми, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при хроническом энтерите и колите;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с хроническим энтеритом и колитом.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Анатомия желудка и кишечника», «Энтериты», «Колиты», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с результатами анализов крови, мочи, желудочного содержимого, ЭГДС, ирригоскопии больных хроническими энтеритами и колитами; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Хронический энтерит и хронический колит - хронические воспалительно-дистрофические заболевания тонкой и толстой кишки, протекающие с морфологическими изменениями слизистой оболочки и нарушениями моторной, всасывательной, выделительной, секреторной и экскреторной функций. В большинстве случаев причиной заболевания является перенесенные острые кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез), а также паразитарные инвазии, дисбактериоз (как следствие неэффективного лечения кишечных инфекций антибактериальными препаратами), нерациональное питание, алкоголизм, гиподинамия. Важную роль играют хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит с секреторной недостаточностью, хронический энтерит, хронический панкреатит). Аутоиммунные сдвиги в слизистой кишечника приводят к изъязвлениям, кровотечениям, активному развитию патогенной и условно-патогенной микрофлоры с нарушением всасывания белков, жиров, витаминов, электролитов.

### **Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

1. Определение, причины хронического колита.
2. Основные симптомы и проблемы.

3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика хронического колита.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятий «хронический колит» и «хронический энтерит». Разбирается распространенность заболеваний кишечника, причины, факторы риска, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, профилактики, диспансеризации. Разбираются вопросы применения моделей сестринского дела (В. Хендерсон, Д. Орэм) при осуществлении ухода за пациентами.

*Практическая часть.* При разборе больных с хроническим колитом и энтеритом преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб, их характер, связь с метеоризмом, дефекацией, отхождением газов (различной интенсивности и продолжительности боли внизу живота или около пупка); нарушение стула (поносы, запоры или их чередование; стул малообъемный, с комочками, темный, водянистый, «плевки»), вздутие живота, нарастающее к вечеру, уменьшение метеоризма после дефекации; тошнота, ощущение кома в горле, головная боль, слабость, повышенная утомляемость, разбитость, потливость, сердцебиение). Выясняется анамнез заболевания и анамнез жизни с учетом всех перенесенных заболеваний, вредных привычек, переносимости лекарственных препаратов. Учащиеся подсчитывают ЧДД, пульс, определяют его характеристики, измеряют АД, пальпируют живот и его органы. Затем преподаватель знакомит учащихся с подготовкой пациентов к ирригоскопии – методу рентгенологического исследования толстой кишки путем ретроградного (с помощью клизмы) заполнения ее водной взвесью сернокислого бария. Данная методика позволяет оценить равномерность наполнения, положение, тонус кишечника, выявить аномалии развития; после опорожнения сделать заключение о рельефе слизистой оболочки толстого кишечника. Формулируются проблемы пациентов: *поносы, запоры, боли в животе, тенезмы, вздутие живота, похудание, плохой сон и аппетит, раздражительность.*

При обсуждении ухода и принципов лечения необходимо указать: при запорах назначается основной вариант стандартной диеты с употреблением до 700 г/сут вареных овощей, кефеол, бисакодил, буталакс, домперидон и др.; при поносах – щадящая диета, карбонат кальция, белая глина, ремагель, имодиум, трихопол, невигамон, антибиотики, колибактерин, спазмолитики, ферменты.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно осуществляют сестринский уход. Проводят сбор информации, определяют пробюлемы, составляют план наблюдения и ухода за пациентом. После курации больных преподаватель распределяет студентов по постам, процедурным кабинетам, палатам, где они осуществляют мероприятия по уходу за пациентами отделения.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция                  | Действие                       | Метод контроля                                       | Критерии оценки                  |
|------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------------|
| ОК 11. Быть готовым брать на | - Проведение беседы с больными | - Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с | - Беседа с пациентом по устране- |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.  | хроническим энтеритом и колитом по устранению курения и приема алкоголя.<br>- Проведение беседы с больными хроническим энтеритом и колитом по соблюдению диеты             | пациентом по устранению курения и приема алкоголя на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по соблюдению диеты на практическом занятии   | нию вредных привычек проведена в соответствии с рекомендациями..<br>- Беседа с пациентом по соблюдению диеты проведена соответственно требованиям |
| ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей | – Проведение занятий физической культурой, отказ от курения.<br>– Проведение занятий в спортивных секциях  | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения занятий физической культурой, отказ от вредных привычек в процессе внеаудиторной работы.<br>- Экспертное наблюдение и оценка участия в спортивных секциях в процессе внеаудиторной работы                                  | – Осуществление систематических занятий физической культурой, отказ от курения.<br>– Участие в спортивных секциях                                 |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса         | - Выполнение правил техники безопасности при проведении баротерапии больному хроническим энтеритом.<br>- Выполнение правил постановки лечебной клизмы при проктосигмоидите | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил техники безопасности при проведении баротерапии больному хроническим энтеритом на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка постановки лечебной клизмы при проктосигмоидите на практическом занятии | - Проведение баротерапии выполнено согласно инструкции.<br>- Лечебная клизма при проктосигмоидите поставлены по стандарту                         |
| ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию   | - Заполнение титульного листа истории болезни больного хроническим энтеритом.<br>- Заполнение температурного листа больного хроническим колитом                            | - Экспертное наблюдение и оценка заполнения титульного листа истории болезни больного хроническим энтеритом на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка заполнения температурного листа больного хроническим колитом на практическом занятии          | - Ведение утвержденной медицинской документации выполнено согласно инструктивным документам   |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.3.4. Рак желудка**

### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Рак желудка»; причины, факторы риска, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика рака желудка.
3. Сестринский уход при раке желудка.
4. Оказание паллиативной помощи при раке желудка в стационаре и на дому.

### *Цели занятия.*

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения рака желудка.

2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике рака желудка.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными раком желудка.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с раком желудка.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход раке желудка;

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию по назначению врача;

- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента

- вести утвержденную медицинскую документацию при раке желудка.

Студент должен *знать*:

- причины рака желудка;

- клинические проявления;

- возможные осложнения;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- пути введения лекарственных препаратов;

- виды, формы и методы реабилитации;

- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при раке желудка.

### *Формируемые компетенции.*

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

### *Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по уходу при раке желудка;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с раком желудка.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Рак желудка»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, желудочного содержимого, ЭГДС, контрастная рентгенограмма желудка пациента с наличием «дефекта наполнения»; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение стационара.

**Организационный момент**

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

**Актуализация темы**

Рак желудка - злокачественное опухоль желудка, развивающаяся из эпителиальной ткани. Занимает одно из первых мест среди злокачественных заболеваний. Причины рака желудка до настоящего времени до конца не выяснены, к экзогенным факторам риска относятся: особенности почвы, состава воды, содержание в них микроэлементов, частое употребление в пищу консервов, копченостей, пищевых добавок с нитратами. Предрасполагающими факторами являются полипы желудка, хронический атрофический гастрит. Клиника рака желудка зависит от величины опухоли и наличия метастазов. Развившийся рак желудка дает симптомы, обусловленные им непосредственно (потеря веса, аппетита, кровотечение желудочное или кишечное, анемия). Подчеркивается, что наиболее точный диагноз устанавливается при ФГС с биопсией. Пальпирующаяся опухоль свидетельствует о том, что процесс находится в клинически выраженном состоянии. На ранних стадиях рак желудка не имеет типичных признаков. В клинической картине развивающегося рака выделяется «синдром малых признаков»: появление беспричинной слабости, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость, уменьшение или полная потеря аппетита, чувство дискомфорта после еды, ощущение тяжести или болезненности в подложечной области, похудание.

**Предварительный контроль знаний**

*Письменный контроль.* Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины рака желудка.
2. Основные симптомы и проблемы пациентов с I стадией рака желудка.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика рака желудка.

Вариант 2.

1. Определение, причины рака желудка.
2. Основные симптомы и проблемы при развившемся раке желудка.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика рака желудка.

## **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «рак желудка». Разбирается эпидемиология рака желудка, факторы риска, клинические проявления, возможные проблемы пациента/семьи, принципы диагностики, лечения, профилактики, контроль боли, паллиативная помощь. Обсуждается применение моделей сестринского дела (В. Хендерсон, Д. Орэм) при осуществлении ухода за пациентами.

*Практическая часть.* При разборе больного с раком желудка преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб, их характер, связь с приемом пищи, затем собирает анамнез заболевания. Из анамнеза жизни следует выяснить все перенесенные заболевания, вредные привычки, переносимость лекарственных препаратов. При объективном исследовании обращается внимание на цвет кожных покровов, слизистых, выражение лица, положение в постели, активность. Учащиеся подсчитывают ЧДД, пульса, определяют его характеристики, измеряют АД, пальпируют живот и его органы. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительного исследования - демонстрируется рентгенограмма желудка с «дефектом наполнения» в области антрального отдела. Формулируются проблемы пациентов: *нарушение аппетита, отвращение к мясу, желудочный дискомфорт, чувство переполнения в желудке после еды, отрыжка тухлым, тошнота, рвота, желудочное кровотечение, боль в эпигастрии, похудание.*

При обсуждении принципов лечения необходимо указать на хирургический, лучевой, химиотерапевтический, комбинированный методы. На первом месте стоит радикальное хирургическое вмешательство. Химиотерапия является как дополнительным, так и самостоятельным методом. Она более успешна после радикальных операций. Применяется комбинированная терапия: 5-фторурацил + циклофосфан + натулан. В некоторых случаях показана лучевая терапия (противопоказания к хирургическому лечению, рак культи желудка и др.). При неоперабельных формах рака назначается полноценное питание, прием пищи 4 раза в день небольшими порциями. При возникновении рвоты назначаются препараты, регулирующие моторику желудка и двенадцатиперстной кишки (папаверин, но-шпа, галидор, церукал), местные анестетики (0,5% раствор новокаина по 1 ст. л. 3-4 раза в день, анестезин в порошке). При болях (согласно рекомендациям ВОЗ) последовательно, по мере возрастания интенсивности и отсутствия эффекта от проводимой терапии, назначаются периферические анальгетики, ко-анальгетики, сильнодействующие опиаты (морфин), проводятся также сеансы психотерапия и симптоматическая детоксикационная терапия.

Разбирается алгоритм доврачебной помощи при желудочном кровотечении, контроль боли, паллиативная помощь. Режим и диета зависят от стадии развития злокачественной опухоли и метода лечения. Пища дается механически и химически щадящая, малыми порциями не реже 4 раз в сутки. В начале болезни медицинская сестра проводит подготовку больных к дополнительным исследованиям (лабораторные методы исследования крови, кала, мочи, желудочного содержимого), инструментальные методы (УЗИ, ФГС, рентгенологические). Особые трудности представляет уход в неоперабельной стадии: (обеспечивается личная гигиена, самообслуживание, кварцевание, проветривание, влажная уборка палат, уход за кожей, слизистыми, промежностью при нарушении физиологических отправления, профилактика пролежней) и деонтологические аспекты работы с больными и их родственниками.

## **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

## **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование больных (сбор жалоб, объективное обследование), готовят их к дополнительным исследованиям согласно листа назначения. После курации пациентов они под руководством преподавателя и опытных медицинских сестер осуществляют уход и лечение других пациентов отделения: перестилают постели тяжело больным, проводят инъекции, раздают лекарственные препараты, измеряют температуру те-

ла, осуществляют контроль АД, ЧДД, пульса, выполняют другие лечебно-диагностические процедуры.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по приему лекарственных средств при раке желудка.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|---|--|--|---|
| ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение контроля побочных эффектов терапии цитостатиками у больных раком желудка.</li> <li>- Выполнение промывания желудка больному раком желудка при рвоте</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения контроля побочных эффектов терапии цитостатиками больных раком желудка на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения промывания желудка больному раком при рвоте на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Контроль побочных эффектов терапии цитостатиками проведен по стандарту.</li> <li>- Промывание желудка больному раком при рвоте выполнено по стандарту</li> </ul>   |
| ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение назначений врача религиозному больному раком желудка.</li> <li>- Обучение религиозного больного приему лекарственных препаратов</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения назначений врача религиозному больному на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения обучения религиозного больного приему лекарственных препаратов на практическом занятии</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Назначения врача выполнены своевременно и правильно с учетом религии пациента.</li> <li>- Проведение обучения пациента приему лекарственных препаратов выполнено по инструкции с учетом его религии</li> </ul> |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение подготовки больного раком желудка к ФГДС.</li> <li>- Проведение подготовки больного раком желудка к УЗИ органов брюшной полости</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки пациента к ФГДС на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки больного к УЗИ органов брюшной полости на практическом занятии</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка пациента к ФГДС выполнено по стандарту.</li> <li>- Подготовка больного раком желудка к УЗИ органов брюшной полости выполнено по стандарту</li> </ul>  |
| ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Смена нательного и постельного белья больному раком желудка.</li> <li>- Проведение ух-</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения смены нательного и постельного белья больному раком желудка на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Смена нательного и постельного белья и уход за слизистыми больного раком желудка, выполнены по стандарту</li> </ul>  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | да за кожей и слизистыми больного раком желудка | оценка проведения ухода за кожей и слизистыми больного раком желудка на практическом занятии |  |
|--|---|--|--|

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.3.5. Дискинезии желчевыводящих путей, хронический холецистит**

#### ***Основные вопросы:***

1. Определение понятий: «Дискинезии желчевыводящих путей», «Хронический холецистит»; причины, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика дискинезий желчевыводящих путей и холециститов.
3. Сестринский уход при дискинезиях желчевыводящих путей и холециститах в стационаре и на дому.

#### ***Цели занятия.***

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения дискинезий желчевыводящих путей и хронического холецистита.
2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике дискинезий желчевыводящих путей и хронического холецистита.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными дискинезиями желчевыводящих путей и хроническим холециститом.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с дискинезиями желчевыводящих путей и холециститами.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при дискинезиях желчевыводящих путей и холециститах;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента
- вести утвержденную медицинскую документацию при дискинезиях желчевыводящих путей и холециститах.

Студент должен *знать*:

- причины дискинезий желчевыводящих путей и холециститов;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;



- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при дискинезиях желчевыводящих путей и холециститах.

#### *Формируемые компетенции.*

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

#### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

#### *Обеспечение занятия.*

##### 1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при дискинезиях желчевыводящих путей и хроническом холецистите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с дискинезиями желчевыводящих путей и хроническим холециститом.

##### 2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Анатомия печени и желчного пузыря», «Хронический холецистит»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мокроты, мочи, дуоденального содержимого больных дискинезиями и хроническим холециститом; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение стационара.

#### **Организационный момент**

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

#### **Актуализация темы**

Дискинезии желчевыводящих путей - расстройство тонуса желчных протоков, проявляющееся нарушением оттока желчи из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку и сопровождающееся появлением болей в правом подреберье. Различают гиперкинетические и гипокинетические дискинезии. Возникают у лиц с неврастением и различными вегетативными нарушениями, аллергией и другими патологическими состояниями. Клинические проявления зависят от формы дискинезии. При гиперкинетической форме отмечаются

острые, приступообразные, коликообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, плечо. Боли кратковременные, повторяются несколько раз в сутки. Отмечаются потливость, слабость, раздражительность, снижение АД, тахикардия. Температура тела остается нормальной, печень не увеличена. При гипокинетической форме отмечаются постоянные тупые, ноющие боли в правом подреберье, тошнота, отрыжка, горечь во рту, вздутие живота, запоры. Отмечается связь болей с волнением, нервно-психическим напряжением.

Холецистит хронический – хроническое воспаление желчного пузыря. Причиной холецистита могут быть дискинезии желчных путей, воспалительные заболевания желчного пузыря, очаги бактериальной инфекции (аденоиды, хронический тонзиллит, кариес, воспаление придаточных пазух носа, паразитарная инвазия (лямблиоз, описторхоз). Большую роль играет неправильное питание: оно ведет к нарушению оттока желчи и изменению ее состава. Возбудителями являются стрептококки, стафилококки, энтерококки, протей, кишечная палочка, простейшие (лямблии, печеночная двуустка). Воспаление из желчного пузыря легко передается на желчные ходы внутри печени и наоборот, что способствует распространению воспалительного процесса. В фазе ремиссии пациенты предъявляют жалобы на тупые, длительные, ноющие боли, преимущественно в правом подреберье, с иррадиацией в шею, правое плечо, лопатку, спину, в область сердца, реже – в подложечной области. В фазе обострения заболевания отмечается повышение температуры тела, появляется и нарастает тошнота, отрыжка воздухом, горечь во рту, тяжесть в подложечной области, снижение аппетита. Течение болезни длительное, периоды обострения сменяются ремиссией.

### **Предварительный контроль знаний**

#### ***Фронтальный опрос.*** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины дискинезии желчевыводящих путей.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика дискинезии желчевыводящих путей.

Вариант 2.

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

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятий «дискинезии желчевыводящих путей», «холециститы». Обсуждается распространенность, причины, факторы риска, клинические проявления, дополнительные методы исследования, принципы лечения (особенности диетотерапии, режима питания, тюбаж), профилактика, диспансеризация. Разбираются вопросы применения моделей сестринского дела (В. Хендерсон, Д. Орэм) при осуществлении ухода за пациентами.

*Практическая часть.* При разборе больного с заболеванием желчевыводящих путей преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб, их характер, связь с приемом пищи. Затем демонстрируется методика сбора анамнеза заболевания. Из анамнеза жизни следует выяснить все перенесенные заболевания, вредные привычки, переносимость лекарственных препаратов. При объективном обследовании обращается внимание на болезненность в области желчного пузыря при пальпации живота, положительный симптом Ортнера. Разбираются результаты дополнительного исследования: при рентгенологическом исследовании на холецистограммах выявляются тени конкрементов в просвете желчного пузыря, при дуоденальном зондировании пациента с обострением хронического холецисто-холангита: отмечается: в первой порции (кишечная) отсутствие признаков воспаления; во второй и третьей порциях (пу-

зырная и печеночная) – признаки воспалительного процесса (желчь мутная, кислой реакции, присутствует значительное количество лейкоцитов, эпителия, слизи). В заключении формулируются проблемы пациента: *боли в правом подреберье, тошнота, отрыжка, горечь во рту, вздутие живота, запоры, повышенная потливость, слабость.*

При обсуждении принципов лечения необходимо указать на соблюдение пациентом лечебного щадящего питания, а также прием желчегонных средств (*холеретиков*, стимулирующих образование желчи: а) содержащие желчь: хологон, дехолин, аллохол, холензим; б) синтетических: никодин, циквалон, оксафенамид; в) растительных: бессмертник, фламин, мята, пижма, крапива и др.; *холекинетиков* - спазмолитиков, применяющихся при гипокINETической дискинезии, которые вызывают сокращение желчного пузыря и его опорожнение (атропин, папаверин, но-шпа). При лечении холециститов по назначению врача применяются противовоспалительные, антибактериальные, противопаразитарные препараты. При разборе вопросов ухода за больным обращается внимание на контроль АД, ЧДД, пульса, помощь при рвоте, приступах болей в правом подреберье (желчной колике). Также обсуждаются вопросы лечебного питания, профилактики холецистита (нормализация режима труда и отдыха, устранение вредных привычек, ЛФК).

Разбор больного с дискинезией желчевыводящих путей проводится с участием студентов. Обращается особое внимание на соблюдение техники слепого зондирования и сложного тюбажа, принципов лечебного питания

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно под контролем преподавателя проводят обследование больных, определяют проблемы, составляют план ухода. Затем они малыми группами (по 2-3 человека) работают в процедурных кабинетах, на постах, в палатах, в приемном отделении, где осуществляют мероприятия по уходу за больными: оказывают помощь при физиологических отправлениях, выполняют инъекции, раздают лекарственные препараты, измеряют температуру тела, осуществляют контроль АД, ЧДД, пульса, выполняют другие лечебно-диагностические процедуры.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при дискинезиях желчевыводящих путей и хронических холециститах.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие  | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|---|---|--|---|
| ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями | - Выполнение простого тюбажа больному с дискинезией желчевыводящих путей.<br>- Выполнение сложного тюбажа больному хроническим холециститом | - Экспертное наблюдение и оценка проведения больному простого тюбажа на практическом занятии<br>- Экспертное наблюдение и оценка проведения больному сложного тюбажа на практическом занятии | - Простой тюбаж больному с дискинезией желчевыводящих путей выполнен по стандарту.<br>- Сложный тюбаж больному с холециститом выполнен по стандарту |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение назначений врача религиозному больному с дискинезией желчевыводящих путей.</li> <li>- Обучение религиозного больного с дискинезией желчевыводящих путей простому тюбажу</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения назначений врача религиозному больному на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения обучения религиозного больного простому тюбажу</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Назначения врача выполнены своевременно и правильно с учетом религии пациента.</li> <li>- Больной самостоятельно выполняет простой тюбаж согласно инструкции</li> </ul> |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение дуоденального зондирования больному дискинезией желчевыводящих путей.</li> <li>- Проведение подготовки больного холециститом к холецистографии</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения дуоденального зондирования на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка подготовки больного к холецистографии</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Дуоденальное зондирование выполнено согласно инструктивным документам.</li> <li>- Подготовка больного холециститом к холецистографии выполнена по стандарту</li> </ul>  |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больного холециститом соблюдению режима питания.</li> <li>- Проведение массажа живота больному хроническим холециститом</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обучения больного холециститом соблюдению режима питания на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения массажа живота больному</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больного соблюдению режима питания выполнено согласно инструкции.</li> <li>- Массаж живота больному проведен согласно инструкции</li> </ul>                    |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.3.6. Желчнокаменная болезнь**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Желчнокаменная болезнь»; причины, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Оказание сестринской помощи при приступе желчной колики.
3. Принципы лечения и профилактика желчнокаменной болезни.
4. Сестринский уход при желчнокаменной болезни.

#### **Цели занятия.**

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений,

факторов риска возникновения желчнокаменной болезни.

2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике желчнокаменной болезни.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными желчнокаменной болезнью.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с желчнокаменной болезнью.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при желчнокаменной болезни;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию больных желчнокаменной болезнью по назначению врача;

- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента

- вести утвержденную медицинскую документацию при желчнокаменной болезни.

Студент должен *знать*:

- причины желчнокаменной болезни;

- клинические проявления;

- возможные осложнения;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- пути введения лекарственных препаратов;

- виды, формы и методы реабилитации;

- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при желчнокаменной болезни.

*Формируемые компетенции.*

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;

- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;

- методическое пособие для студентов;

- презентация, учебный фильм по уходу при желчнокаменной болезни;

- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и

реабилитации больных желчнокаменной болезнью.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Желчнокаменная болезнь»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, дуоденального содержимого, УЗИ печени и желчного пузыря; ситуационные задачи, иллюстрации, тесты.

*Место проведения.* Терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Желчнокаменная болезнь - хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря с образованием камней. Болеют лица старше 40-50 лет, преимущественно женщины. Способствующими факторами являются ожирение, нерегулярное питание, высококалорийная пища, повторные обострения хронического холецистита. Желчные камни образуются вследствие выпадения в осадок и кристаллизации главных составных частей желчи. Этому способствуют изменения состава желчи, воспаление, застой желчи. Чаще камни образуются в желчном пузыре, реже - в желчных и печеночных протоках и в желчных внутрипеченочных ходах. Камни в желчном протоке часто сопровождаются болями в правом подреберье, периодической рвотой, горечью, сухостью во рту. При вентильном камне или полном перекрытии пузырного протока в желчном пузыре вместо желчи накапливается слизеподобная жидкость, развивается водянка желчного пузыря с последующим его сморщиванием и атрофией. Камни в крупных протоках печени характеризуются болями тупого характера в правом подреберье, горечью во рту, усиливающиеся при погрешностях в диете, тряской езде.

### **Предварительный контроль знаний**

*Письменный контроль.* Вопросы.

Вариант 1:

- 1) определение, причины желчнокаменной болезни;
- 2) основные симптомы и проблемы в межприступном периоде болезни;
- 3) принципы лечения в межприступном периоде;
- 4) наблюдение и уход в межприступном периоде;
- 5) профилактика приступов желчной колики.

Вариант 2.

- 1) определение, причины желчнокаменной болезни;
- 2) основные симптомы и проблемы при желчной колике;
- 3) принципы лечения;
- 4) наблюдение и уход;
- 5) профилактика желчнокаменной болезни.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «желчнокаменная болезнь». Разбирается распространенность, причины, факторы риска, клинические проявления, дополнительные методы исследования, принципы лечения (особенности диетотерапии, режима питания, тюбаж), профилактика, диспансеризация пациентов с желчнокаменной болезнью. Об-

суждается выбор модели ухода за пациентами.

**Практическая часть.** При разборе больного с желчнокаменной болезнью преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни. При объективном исследовании учащиеся принимают участие в подсчете ЧДД, пульса, определяют его характеристики, измеряют АД, пальпируют живот и его органы. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительного исследования. После разбора пациента формулируются его проблемы: *боли в правом подреберье, тошнота, рвота, горечь и сухость во рту, желтуха, головная боль, слабость.*

При обсуждении принципов лечения указывается на необходимость: 1) устранения нарушенной моторной функции желчевыводящих путей; 2) улучшения оттока желчи; 3) уменьшения воспалительного процесса в билиарной системе. С этой целью проводятся тепловые процедуры на область печени - грелки, сухое тепло, озокерит, парафин, припарки. При явлениях воспаления (лихорадка, слабость, в крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ) проводится подавление инфекции. Назначаются антибиотики, сульфаниламиды, нитрофурановые препараты, бисептол. Также назначаются желчегонные средства (холеретики и холекинетики), спазмолитики. Указывается, что в настоящее время применяются препараты, растворяющие камни: ксенофальк (принимается по 10-15 мг на 1 кг веса тела в сутки, длительно); урсофальк (по 5-10 мг/кг веса тела/сут в течение длительного времени). Удаление камней из желчного пузыря также проводится ультразвуковым (литотрипсия) и хирургическим (лапароскопией) методами. Физиотерапия включает прием гидрокарбонатных вод (содержащие сульфаты и магний) в теплом или горячем виде по 250 мл 3 раза в день в течение 2-3 недель. При разборе вопросов ухода за больным с приступом желчной колики обращается внимание на контроль АД, ЧДД, пульса, помощь при рвоте, приступах болей в правом подреберье. Также обсуждаются вопросы профилактики.

#### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию больного с желчнокаменной болезнью, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

#### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование больных (сбор жалоб, объективное обследование, изучение информации по дополнительным исследованиям). Затем студенты работают на постах, в процедурных кабинетах, в палатах, в приемном покое, где осуществляют уход за больными, выполняют назначения врача.

#### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют план ухода при приступе желчной колики.

#### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

#### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие   | Метод контроля  | Критерии оценки   |
|--|--|---|---|
| ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней интерес | - Подготовка доклада: «Современное лечение и уход за больными желчнокаменной болезнью».<br>- Изложение доклада: «Развитие медицинских технологий лечения и | - Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии | - Доклад подготовлен согласно инструктивным документам.<br>- Проявляет понимание сущности и социальной значи- |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| ней устойчивый интерес  | ухода за больными желчнокаменной болезнью»   |   | мости своей будущей профессии, проявляет к ней устойчивый интерес  |
| ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение назначений врача религиозному больному с приступом желчной колики.</li> <li>- Обучение диете религиозного больного желчнокаменной болезнью</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения назначений врача при приступе желчной колики на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения обучения религиозного больного соблюдению диеты на практическом занятии</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Назначения врача выполнены своевременно и правильно с учетом религии пациента.</li> <li>- Проведение обучения пациента соблюдению диеты выполнено по инструкции с учетом его религии</li> </ul> |
| ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Выполнение сестринского расспроса пациента при желчнокаменной болезни.</li> <li>– Выполнение объяснения пациенту сути объективного обследования при хроническом гастрите</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения расспроса пациента с желчнокаменной болезнью на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка объяснения пациенту сути объективного обследования на практическом занятии</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Расспрос пациента проведен по стандарту.</li> <li>- Объяснение пациенту сути объективного обследования выполнено соответственно стандарту</li> </ul>  |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил приема но-шпы при желчнокаменной болезни.</li> <li>- Оказание сестринской помощи пациенту с приступом желчной колики путем приема таблетки но-шпы внутрь</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил приема но-шпы при желчнокаменной болезни на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка оказания помощи больному путем приема таблетки но-шпы внутрь на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Прием но-шпы при желчнокаменной болезни выполнен по стандарту.</li> <li>- Помощь больному с приступом желчной колики оказана по стандарту</li> </ul>  |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивировкой, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.3.7. Хронические гепатиты**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Хронический гепатит»; причины, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика хронических гепатитов.
3. Сестринский уход при хронических гепатитах.



*Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения хронических гепатитов.
2. Углубить знания студентов по диагностике и лечению инфаркта миокарда.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными хроническими гепатитами.

Студент должен иметь *практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с хроническими гепатитами.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при хронических гепатитах;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины хронических гепатитов;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при хронических гепатитах.

*Формируемые компетенции.*

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода, фонендоскопы, тонометры;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при хронических гепатитах;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных хроническими гепатитами.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы (Хронический гепатит); истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных, тонометры, предметы ухода, фонендоскопы. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мокроты, мочи, ситуационные задачи, иллюстрации, тесты.

*Место проведения.* Терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Хронический гепатит - полиэтиологическое диффузное воспалительное заболевание печени без перестройки ее структуры, проявляющееся астенодиспептическим синдромом, гепатомегалией и нарушением функции печени. Главный этиологический фактор - острый вирусный гепатит В, затем следует острый вирусный гепатит С, острый вирусный гепатит А, злоупотребление алкоголем, длительный прием гепатотоксичных лекарственных средств (противотуберкулезные препараты, левомецетин), дефицит альфа-1-антитрипсина, дискинезии желчевыводящих путей. Многообразие клинических признаков хронического гепатита объединяются в синдромы: астеновегетативный (сонливость, слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, плохой сон, похудание); диспептический (тошнота, отрыжка, снижение аппетита, чувство полноты и давления в животе после еды, плохая переносимость жиров); печеночных признаков (кровоточивость, желтуха, сосудистые звездочки на теле, повышение в крови уровня билирубина, АсАТ, АлАТ и др.)

### **Предварительный контроль знаний**

*Фронтальный опрос.* Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины хронического гепатита.
2. Основные симптомы и проблемы пациентов с обострением хронического гепатита.
3. Принципы лечения хронического гепатита в фазе обострения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика обострений хронического гепатита.

Вариант 2.

1. Определение, причины хронического гепатита.
2. Основные симптомы и проблемы у пациентов с хроническим гепатитом в фазе ремиссии.
3. Принципы лечения хронического гепатита в фазе ремиссии.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика хронического вирусного гепатита.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «хронический гепатит». Разбирается эпидемиология, причины, факторы риска, клинические симптомы и синдромы, типичные проблемы пациентов, принципов диагностики, лечения, профилактики хронических гепатитов. Обсуждается применение моделей сестринского дела (В. Хендерсон, Д. Орэм) при осуществлении ухода за пациентами.

*Практическая часть.* При разборе больного с хроническим гепатитом преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб, их характер, связь с погрешностями в диете (жареные, острые блюда, алкоголь), выясняет анамнез заболевания и анамнеза жизни. При объективном исследовании обращается внимание на наличие «сосудистых звездочек» на коже, желтушность кожи и слизистых, выражение лица, положение в постели, активность. Учащиеся принимают участие в подсчете ЧДД, пульса, определяют его характеристики, измеряют АД, пальпируют живот, определяют размеры печени. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительного исследования. Формулируются проблемы пациентов: *боли в*

*правом подреберье, чувство тяжести и распираания в животе, горечь и сухость во рту, тошнота, рвота, анорексия, боли в суставах, мышечная слабость, желтуха, похудание.*

Медицинская сестра обеспечивает режим покоя, диету № 5 с суточным рационом: белка 100-120 г, жиров - 80 г, углеводов - 450-500 г (3000-3500 ккал). При обострении процесса назначается диета № 5а, по которой пища подается в механически и химически щадящем режиме, дробно (5-6 раз в сутки). Следует избегать жирное, жареное, соленое, копченое, острое, алкоголь, шоколад, кофе. Уход также включает профилактику пролежней, контроль суточного диуреза, АД, ЧДД, пульса, помощь при запорах. Основные принципы лечения хронического гепатита заключаются в улучшении обменных процессов в печеночных клетках, подавлении вирусной инфекции и хронически текущего воспалительного процесса. С этой целью назначаются парентерально рекомбинантные, полученные с помощью методов генной инженерии, интерфероны: реаферон (по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю в течение 12 мес. и более), инферон В (по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю), а также альфаферон, вальферон, виферон. Для улучшения обменных процессов в печени назначаются витамины, кокарбоксилаза, липоевая кислота, липамид (по 0,025 г 3-4 раза в день, или в 2% растворе по 2 мл внутримышечно); глютаминовая кислота (по 0,5 г 3 раза в день); гидролизин (Л-103), гидрализат казеина, аминокептил, аминокровин внутривенно, капельно.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного с гепатитом, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После этого они небольшими группами работают на постах, в процедурных кабинетах, палатах, приемном покое, где осуществляют независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства: оказывают помощь при физиологических отправлениях, выполняют инъекции, раздают лекарственные препараты, измеряют температуру тела, осуществляют контроль АД, ЧДД, пульса, выполняют другие лечебно-диагностические процедуры.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при хроническом гепатите.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие  | Метод контроля  | Критерии оценки  |
|--|---|---|--|
| ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и | - Поиск в сети «Интернет» рекомендаций по лечебному питанию больных хроническими гепатитами.<br>- Обеспечение прогулок больному хроническим гепатитом | - Экспертное наблюдение и оценка поиска в сети «Интернет» инструкции по лечебному питанию больных хроническим гепатитом в процессе внеаудиторной работы.<br>- Экспертное наблюдение и оценка обеспечения прогулок больному в процессе внеаудиторной ра- | - Лечебное питание больных хроническим гепатитом соответствует стандарту.<br>- Физическая активность больного существенно улучшилась |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| лич-ностного развития   |   | боты   |   |
| ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение оксигенотерапии больному хроническим гепатитом.</li> <li>- Выполнение больному хроническим гепатитом пробы на переносимость феррум-лек</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное на-блюдение и оценка проведения оксигенотерапии больному гепатитом на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения пробы больному на переносимость феррум-лек на практическом занятии</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оксигенотерапия больному проведена по стандарту.</li> <li>- Проба на переносимость феррум-лек выполнена по инструкции</li> </ul>                                     |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил техники безопасности при проведении баротерапии больному хроническим гепатитом.</li> <li>- Выполнение правил постановки капельного введения 5% раствора глюкозы больному хроническим гепатитом.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил техники безопасности при проведении баротерапии больному хроническим гепатитом на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил капельного введения 5% раствора глюкозы на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение баротерапии выполнено согласно инструкции.</li> <li>- Капельное введение 5% раствора глюкозы выполнено по стандарту</li> </ul>                            |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больному хроническим гепатитом соблюдению диеты.</li> <li>- Обучение больному хроническим гепатитом правильному приему эссенциале</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное на-блюдение и оценка обучения больного соблюдению диеты на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обучения больного правильному приему эссенциале на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больного соблюдению диеты выполнено согласно инструкции.</li> <li>- Обучение больного правильному приему эссенциале выполнено согласно стандарту</li> </ul> |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.3.8. Цирроз печени**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Цирроз печени»; причины, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика циррозов печени.
3. Сестринский уход при циррозах печени.

#### **Цели занятия:**

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения циррозов печени.

2. Сформировать знания о принципах лечения и профилактике циррозов печени.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными при циррозах печени.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами при циррозах печени;

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при циррозах печени;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины циррозов печени;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации больных циррозами печени;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

*Формируемые компетенции.*

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;
- методическое пособие для студентов;
- презентация;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных циррозами печени.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;

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

3. Наглядные пособия: таблица «Цирроз печени»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных, тонометры, предметы ухода, фонендоскопы. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, ситуационные задачи, иллюстрации, тесты.

*Место проведения.* Терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Цирроз печени - хроническое прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением массы печеночных клеток, перестройкой структуры паренхимы и сосудистой системы, диффузным развитием соединительной ткани. Заболевание полиэтиологическое и связано с токсическим воздействием, лекарственных препаратов, перенесенным острым вирусным гепатитом, несбалансированным питанием, алкоголизмом, белково-витаминным дефицитом. В начальной стадии больные могут не предъявлять жалоб, и болезнь обнаруживается случайно при профосмотре. Затем возникают тяжесть или боли в области печени и эпигастрии, усиливающиеся после еды, физической нагрузки; горечь во рту, вздутие живота, слабость, повышенная утомляемость. В развернутой стадии отмечаются выраженная слабость, боли в правом подреберье, плохой аппетит (анорексия), тошнота, рвота, горечь и сухость во рту, метеоризм, похудание, кожный зуд, головная боль, кровотечение из десен, носа, желудка, пищевода, геморроидальных вен. Объективно отмечается мышечная атрофия, желтуха, красные ладони, «лакированный» язык, красная кайма губ, телеангиоэктазии. Печень увеличена, плотная, бугристая, болезненная, селезенка увеличена. В стадия выраженной паренхиматозной и портальной недостаточности наблюдаются отеки, асцит, расширение подкожных вен живота, правосторонний плевральный выпот, пупочная грыжа. Отмечается тяжелый геморрагический синдром с кровотечениями.

### **Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

- 1) определение, причины постнекротического цирроза печени;
- 2) основные симптомы и проблемы;
- 3) принципы лечения;
- 4) наблюдение и уход;
- 5) профилактика постнекротического цирроза печени.

Вариант 2.

- 1) определение, причины портального цирроза печени;
- 2) основные симптомы и проблемы;
- 3) принципы лечения;
- 4) наблюдение и уход;
- 5) профилактика портального цирроза печени.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «цирроз печени». Разбираются причины, факторы риска, клинические симптомы и синдромы, проблемы пациентов, принципы лечения, профилактики, паллиативный уход за пациентами в терминальной стадии цирроза печени. Обсуждается применение моделей сестринского дела (В. Хендерсон, Д. Орэм) при осуществлении ухода за пациентами.

*Практическая часть.* При разборе больных с циррозом печени преподаватель демон-

стрирует методики сбора жалоб, анамнеза. При объективном исследовании обращается внимание на наличие «сосудистых звездочек» на коже, желтушность кожи и слизистых, язык, выражение лица, положение в постели. Учащиеся подсчитывают ЧДД, пульс, измеряют АД, пальпируют живот. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительного исследования. Формулируются проблемы пациентов: *боли в правом подреберье, сильная слабость, тошнота, анорексия, носовые, маточные, пищеводные, кишечные, желудочные кровотечения, кожный зуд, желтуха, отеки, асцит.*

Больные в стадии компенсации получают лечебное питание согласно диеты № 5. При компенсированном циррозе в рационе повышается содержание белка; при развитии энцефалопатии количество белка заметно уменьшается; при асците показана бессолевая диета. Питание молочное (творог, кефир, молоко), дробное 5-6 раз/сут. Исключается жареное, копчености, солености, приправы, шоколад, кофе. Фармакотерапия включает гепатопротекторы (витамины группы В, С, А, Е; никотиновая, фолиевая, липоевая, аскорбиновая кислоты; легалон; ЛИВ-52, эссенциале, рибоксин, корсил. При зуде дается холестерамин (12 г/сутки), активированный уголь, энтеросорбенты, лактулоза (по 1 ст. л. 3 раза в день), проводится плазмаферез. При выраженной активности процесса и отсутствии признаков повышения давления в воротной вене назначаются системные кортикостероиды - преднизолон (60 мг/сут), дексаметазон, при отеках - диуретики (гипотиазид, фуросемид, верошпирон). Однако обильный диурез, при даче мочегонных, может вызвать печеночную энцефалопатию (головная боль, нарушения сна, памяти, внимания, раздражительность) о чем следует немедленно сообщить врачу, так как указанные симптомы могут быть предвестниками печеночной комы. По назначению врача проводится дезинтоксикационная терапия: в/в капельно вводится гемодез, реополиглюкин, 5% раствор глюкозы + кокарбоксилаза (100 мг), вит. С (5% - 5 мл), вит. В<sub>6</sub> (5% - 1 мл), глюконат кальция, викасол; проводится гемосорбция. При необходимости назначаются ферментные препараты, не содержащие желчь (абомин, мезим-форте).

#### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного с циррозом печени, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

#### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование больных (сбор жалоб, объективное обследование), изучают информацию по дополнительным исследованиям. Затем они определяют проблемы, составляют план наблюдения, ухода за больными. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После курации больных преподаватель распределяет студентов по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют выполнение манипуляций и процедур по назначению врача.

#### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при циррозе печени.

#### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

#### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция                             | Действие                                       | Метод контроля  | Критерии оценки                                       |
|---|--|---|---|
| ОК 3. Принимать решения в стандартных и | - Обучение больного циррозом печени режиму пи- | – Экспертное наблюдение и оценка обучения больного режиму питания | – Обучение больного режиму питания выполнено согласно |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| нестандартных ситуациях и нести за них ответственность  | <p>тания.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обеспечение постельного режима больному циррозом печени в стадии декомпенсации</li> </ul>  | <p>на практическом занятии.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обеспечения постельного режима больному на практическом занятии</li> </ul>   | <p>инструкции.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Пациент обеспечен постельным режимом</li> </ul>  |
| ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Раздача лекарственных препаратов больному циррозом печени.</li> <li>- Введение в мышцу 60 мг преднизолона больному циррозом печени</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка раздачи лекарственных препаратов больному на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка введения в мышцу 60 мг преднизолона больному циррозом печени на практическом занятии</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проявление ответственности за работу членов команды, сопереживание за результаты работы коллег при раздаче лекарственных препаратов и введении в мышцу 60 мг преднизолона больному циррозом печени</li> </ul> |
| ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение сестринского расспроса пациента с циррозом печени.</li> <li>- Выполнение объяснения пациенту с циррозом печени сути сестринского объективного обследования</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка расспроса пациента с циррозом печени на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка объяснения пациенту сути объективного обследования на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Расспрос пациента проведен по стандарту.</li> <li>- Объяснение пациенту сути объективного обследования выполнено соответственно требованиям</li> </ul>  |
| ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Заполнение бланка направления на консультацию к гематологу больного циррозом печени.</li> <li>- Заполнение направления на биохимическое исследование крови больному с циррозом печени</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка заполнения бланка направления на консультацию к гематологу больного циррозом печени на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка заполнения бланка направления на биохимическое исследование крови больного циррозом печени</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ведение утвержденной медицинской документации выполнено согласно инструктивным документам</li> </ul>  |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия



## 2.4. Сестринское дело в нефрологии

### 2.4.1. Тема: сестринское обследование пациентов с заболеваниями органов мочевого выделения. Острый и хронический диффузный гломерулонефрит

#### *Основные вопросы:*

1. Порядок сестринского обследования пациентов с заболеваниями органов мочевого выделения.
2. Определение понятий «Острый гломерулонефрит», «Хронический гломерулонефрит», причины, факторы риска, клинические проявления.
3. Принципы лечения и профилактики.
4. Сестринский уход при остром и хроническом диффузном гломерулонефрите.

#### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание порядка сестринского обследования пациентов с заболеваниями органов мочевого выделения.
2. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения острого и хронического диффузного гломерулонефрита.
3. Углубить знания студентов по диагностике и лечению острого и хронического диффузного гломерулонефрита.
4. Развивать профессиональные умения по уходу за больными острым и хроническим диффузным гломерулонефритом..

#### *Студент должен иметь практический опыт:*

- осуществления ухода за пациентами с острыми и хроническим диффузными гломерулонефритом.

#### *Студент должен уметь:*

- осуществлять сестринский уход за больными острым и хроническим диффузным гломерулонефритом.
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

#### *Студент должен знать:*

- причины острого и хронического диффузного гломерулонефрита;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

#### *Формируемые компетенции.*

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития,

заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода, фонендоскопы, тонометры;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при остром и хроническом диффузном гломерулонефрите.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым и хроническим диффузным гломерулонефритом.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия. таблицы (Анатомия мочевыделительной системы. Почки. Острый и хронический гломерулонефрит), истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных, тонометры, предметы ухода при заболеваниях мочевыделительной системы, фонендоскопы. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, ситуационные задачи, иллюстрации, тесты.

*Место проведения.* Нефрологическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

При заболеваниях почек и мочевыводящих путей проводятся сложные специальные методы исследования, требующие специальной подготовки больных, а тактика их лечения во многом зависит от своевременного и точно проведенного обследования. Важное место занимают изучение: жалоб больного (отеки лица, дизурические расстройства - олигурия, никтурия, поллакиурия, изостенурия, полиурия, боли в поясничной области - тупые, ноющие, острые, приступообразные, односторонние, двусторонние, повышение температуры тела, головная боль, микро-, макрогематурия), история болезни (факторы риска - неблагоприятные условия труда, профессиональные вредности, наличие очагов инфекции, перенесенное ОРЗ, ангина, переохлаждение); история жизни (перенесенные простудные заболевания, отягощенная наследственность, аллергия - пищевая, лекарственная, бытовая, наличие аллергических заболеваний); физикальное обследование (осмотр - бледность кожи и слизистых, отеки по

утрам под глазами, сухость кожи, пальпация – малоинформативная, перкуссия – положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон или на стороне поражения; аускультация сердца – тоны ясные, приглушены, глухие, не определяются, ритм правильный, не правильный, бради- тахикардия, экстрасистолы). Лабораторные методы исследования включают общий анализ крови, биохимическое исследование крови –  $\alpha$ -,  $\beta$ -,  $\gamma$ -фракции белка, электролиты, креатинин, пробу Реберга, остаточный азот, мочевины, фибриноген, С-реактивный белок, протромбиновый индекс, антистрептолизин-О, исследование мочи – общий анализ, по Нечипоренко, Амбурже, Зимницкому, бактериологическое (посев). Инструментальные исследования: обзорная рентгенография почек, урография, хромоцистоскопия, сканирование, УЗИ, компьютерная томография, пункционная биопсия, ЭКГ, исследование глазного дна, биопсия почки.

Гломерулонефрит – это острое или хроническое диффузное заболевание почек инфекционно-аллергической природы характеризующееся первичным поражением клубочкового аппарата с последующим вовлечением всех структур почек. Клиника острого гломерулонефрита зависит от формы болезни (отечно-альбуминурическая, бисиндромная, моносиндромная, нефротическая), течения (острое, подострое, затяжное, рецидивирующее, латентное), тяжести (легкое, средней тяжести, тяжелое) и включает: синдром острого воспаления клубочков, сердечно-сосудистый синдром, отечный синдром, церебральный синдром.

Клиника хронического нефрита зависит стадии (компенсации, субкомпенсации, декомпенсации), фазы (обострение, ремиссия), течения (доброкачественное, злокачественное), развитие почечной недостаточности (1, 2, 3 ст.).

### **Предварительный контроль знаний**

**Письменный контроль.** Вопросы.

Вариант 1:

- 1) определение, причины острого диффузного гломерулонефрита;
- 2) основные симптомы и проблемы;
- 3) принципы лечения;
- 4) наблюдение и уход;
- 5) профилактика острого диффузного гломерулонефрита.

Вариант 2.

- 1) определение, причины хронического диффузного гломерулонефрита;
- 2) основные симптомы и проблемы;
- 3) принципы лечения;
- 4) наблюдение и уход;
- 5) профилактика хронического диффузного гломерулонефрита.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Разбирается методика сестринского обследования пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы. Дается определение понятия «гломерулонефрит». Также разбирается эпидемиология, причины, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, профилактики, диспансеризации пациентов с острым и хроническим гломерулонефритом. Обсуждается использование моделей Д. Орэм и В. Хендерсон при оказании сестринской помощи пациентам.

*Практическая часть.* При разборе больного с диффузным гломерулонефритом преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб, анамнеза и физикального обследования. Обращается внимание на наличие отеков под глазами по утрам, которые вместе с бледностью кожи создают характерное «лицо нефритика». Учащиеся подсчитывают ЧДД, пульс, определяют его характеристики, измеряют АД, пальпируют почки. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительного исследования (общий анализ мочи, биохимические тесты). Формулируются проблемы пациентов: *отеки на лице, головная боль, слабость, боли в пояснице, моча цвета «мясных помоев», артериальная гипертензия, жажда, сухость во рту, тошнота, рвота, кожный зуд.*

Обращается внимание на соблюдение пациентом строго постельного режима (до исчезновения гематурии), соответствующего лечебного питания, контроль суточного диуреза, АД, ЧДД, пульса, обучение пациентов/родственников особенностям диеты и приему назначенных лекарств, подсчету водного баланса, выбору модели сестринского ухода. При обсуждении принципов лечения необходимо указать на применении антибиотиков, дезагрегантов, гормонов, иммунодепрессантов, витаминов. Также разбираются вопросы профилактики: нормализация режима труда и отдыха, питания, устранение вредных привычек, физических нагрузок.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации другого больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование закрепленных больных, формулируют проблемы, корректируют план наблюдения и ухода за больными. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После курации больных преподаватель распределяет студентов малыми группами по постам, процедурным кабинетам, палатам, где они под контролем осуществляют выполнение манипуляций и процедур по назначению врача.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при остром и хроническом диффузном гломерулонефрите.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля  | Критерии оценки   |
|---|--|---|---|
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка доклада: «Уход за больными острым гломерулонефритом».</li> <li>- Написание реферата: «Уход за больными хроническим гломерулонефритом»</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка реферата на семинаре</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Доклад выполнен в соответствии с инструктивным документом.</li> <li>- Реферат написан в полном объеме согласно инструктивным документам</li> </ul>   |
| ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение назначений врача религиозному больному диффузным гломерулонефритом.</li> <li>- Обучение религиозного больного диффузным гломерулонефритом правильному приему индометацина</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения назначений врача религиозному больному на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения обучения религиозного больного приему индометацина на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Назначения врача выполнены своевременно и правильно с учетом религии пациента.</li> <li>- Проведение обучения пациента приему лекарственных препаратов выполнено по инструкции с учетом</li> </ul> |

| чия   | тацина  | тии  | том его религии   |
|---|---|--|---|
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил техники безопасности при проведении УВЧ-терапии больному диффузным гломерулонефритом.</li> <li>- Выполнение правил измерения АД у больного диффузным гломерулонефритом</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил техники безопасности при проведении УВЧ-терапии больному гломерулонефритом на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка измерения АД больному гломерулонефритом на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение УВЧ-терапии больному диффузным гломерулонефритом выполнено по инструкции.</li> <li>- Измерение АД выполнено по стандарту</li> </ul> |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обеспечение назначенного строго постельного режима больному диффузным гломерулонефритом.</li> <li>- Обеспечение назначенных арбузных разгрузочных дней больному диффузным гломерулонефритом</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения больным строго постельного режима на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения больным разгрузочных дней на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Пациент выполняет строгий постельный режим.</li> <li>- Пациенту регулярно проводятся разгрузочные дни</li> </ul>                               |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.4.2. Острый и хронический пиелонефрит**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятий: «Острый пиелонефрит», «Хронический пиелонефрит»; причины, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика острого и хронического пиелонефрита.
3. Сестринский уход при остром и хроническом пиелонефрите.

#### **Цели занятия.**

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения острого и хронического пиелонефрита.
2. Углубить знания студентов по диагностике и лечению больных острым и хроническим пиелонефритом.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с острым и хроническим пиелонефритом.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при остром и хроническом пиелонефрите;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины острого и хронического пиелонефрита;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при остром и хроническом пиелонефрите.

*Формируемые компетенции.*

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода, фонендоскопы, тонометры;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при остром и хроническом пиелонефрите;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым и хроническим пиелонефритом.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия. Таблицы (Анатомия мочевыделительной системы. Острый и хронический пиелонефрит); истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных, тонометры, предметы ухода, фонендоскопы. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, ситуационные задачи, иллюстрации, тесты.

*Место проведения.* Нефрологическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Пиелонефрит - острое или хроническое неспецифическое инфекционное воспалительное заболевание с преимущественным поражением интерстициальной ткани почки, почечной лоханки и чашечки одностороннего характера, реже - двустороннего. Этим объясняется различие диетотерапии, лекарственного лечения и ухода за больными гломерулонефритом и пиелонефритом. Клиника острого пиелонефрита зависит от формы (острой, подострой, латентной), хронического – от фазы заболевания (обострение, ремиссия). Принципы лечения больных острым пиелонефритом заключаются в соблюдении постельного режима, дезинтоксикационной терапии (прием большого количества жидкости внутрь, адекватная инфузионная терапия), антиспастическая терапия (атропин, папаверин, тепло), антимикробная терапия (сульфаниламиды быстрого действия, нитрофураны, нитроксалин, налидиксовая кислота, флоксацин и другие антибиотики), фитотерапия. Лечение больных хроническим пиелонефритом включает режим (индивидуальный), в зависимости от тяжести обострения, диета – при отсутствии АГ и ХПН - полноценная, без ограничения соли и жидкости. Также проводится антиспастическая, противовоспалительная, антимикробная терапия с обязательным использованием антибиотиков, уросептиков, витаминов, физиотерапии.

### **Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины острого пиелонефрита.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Первичная профилактика пиелонефрита.

Вариант 2.

1. Определение, причины хронического пиелонефрита.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Вторичная профилактика пиелонефрита.

### **Формирование новых понятий и умений**

**Теоретическая часть.** Дается определение понятия «пиелонефрит». Разбирается эпидемиология, причины, факторы риска, клинические проявления, осложнения, принципы диагностики, лечения, профилактики, диспансеризации пациентов с пиелонефритом. Также обсуждается использование моделей Д. Орэм и В. Хендерсон при оказании сестринской помощи пациентам.

**Практическая часть.** При разборе больного с пиелонефритом преподаватель обращает внимание на жалобы больного - одно или двусторонняя боль в поясничной области, частое мочеиспускание, тошнота, слабость, головная боль, боль в животе, повышение температуры тела. При разборе анамнеза заболевания: связь с простудным фактором, наличием хронических очагов инфекции в организме больного. Из анамнеза жизни следует выяснить все перенесенные заболевания, вредные привычки, переносимость лекарственных препаратов. При объективном исследовании обращается внимание на бледность кожи и слизистых. Учащиеся подсчитывают ЧДД, пульс, определяют его характеристики, измеряют АД, пальпируют почки. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительного исследования: в анализе мочи по Нечипоренко - преобладание лейкоцитов (норма до 4000), количество эритроцитов в норме (до 1000 в 1 мл). Формулируются проблемы пациентов: *лихорадка*,

*озноб, головная боль, боли в пояснице, в животе, тошнота, рвота, частое мочеиспускание.*

При остром пиелонефрите режим назначается в зависимости от тяжести заболевания, питание – основной вариант стандартной диеты без ограничения соли, до 2-2,5 л жидкости в сутки; грелка, согревающий компресс на поясничную область. Антибактериальная терапия предусматривает: антибиотики (хинолоны - флуксацин (таривид), пefлуксацин (абактал), амикацин, ампициллин, ампиокс; амиогликозиды); другие уросептики - 5-НОК, налидиксиновая кислота, неграм, бактрим, бисептол (по 2 таблетке 2-3 раза в день); нитрофурановые препараты (фуразолидон, фурадонин, фурагин), растительные уросептики (настои толокнянки (8-10 г на 200 мл воды), листьев брусники (15-20 г на 200 мл воды), плодов петрушки (1/2 ч.л. плодов в 500 мл воды), ягоды брусники, клюквы. Препараты принимаются пациентами непрерывно, длительно, до исчезновения лейкоцитурии и бактериурии. Смена препаратов проводится каждые 7-10 дней. При болях назначается противоспазмическая терапия - тепло на поясничную область, спазмолитики (но-шпа, папаверин, баралгин), диатермия на поясничную область, при АГ - антигипертензивная терапия (резерпин, ИАПФ).

При обострении хронического пиелонефрита режим назначается в зависимости от тяжести обострения болезни. Диета, при отсутствии АГ и ХПН - полноценная, не раздражающая, молочная и растительная. Количество соли ограничивается до 5-6 г/сут, у больных с АГ - до 2-3 г/сут. Исключаются пряности, копчености, солености, жареные блюда. Жидкость при отсутствии отеков не ограничивается (до 2,5 л/сутки). Рекомендуются молоко, минеральные воды (славянская, смирновская, Эссентуки 4, 17, боржоми, щелочные). Медикаментозное лечение хронического пиелонефрита проводится в два этапа. 1-й этап - ликвидация обострения, 2-й этап - восстановительное лечение. Подробно разбираются вопросу ухода.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации другого больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование закрепленных больных, формулирует проблемы, при необходимости корректирует план наблюдения и ухода за больным. После курации закрепленных больных студенты работают на постах, в процедурных кабинетах, в палатах, в приемном покое, где под руководством опытных медицинских сестер осуществляют выполнение манипуляций и процедур по назначению врача, обеспечивают инфекционную безопасность.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при остром и хроническом пиелонефрите.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие   | Метод контроля  | Критерии оценки   |
|--|--|---|---|
| ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к | - Подготовка доклада: «Современное лечение и уход за больными пиелонефритом».<br>- Изложение доклада: «Развитие медицин- | - Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии | - Понимает сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявляет к ней устойчивый интерес |



|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| ней устойчивый интерес  | ских технологий лечения и ухода за больными пиелонефритом»   |   |   |
| ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка к экскреторной урографии больного пиелонефритом.</li> <li>- Выполнение пробы на переносимость феррум-лек больным пиелонефритом</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения подготовки больного пиелонефритом к экскреторной урографии на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения пробы на переносимость больным феррум-лек на практическом занятии</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка больного пиелонефритом к экскреторной урографии проведена по стандарту.</li> <li>- Проба на переносимость больным феррум-лек выполнена согласно инструкции</li> </ul> |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Соблюдение техники безопасности при проведении баротерапии больному пиелонефритом.</li> <li>- Выполнение правил капельного введения 5% раствора глюкозы больному пиелонефритом</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил техники безопасности при проведении баротерапии больному пиелонефритом на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка капельного введения больному 5% раствора глюкозы на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение баротерапии выполнено по инструкции.</li> <li>- Капельное введение 5% раствора глюкозы выполнено по стандарту</li> </ul>  |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больного пиелонефритом соблюдению диеты.</li> <li>- Обучение больного пиелонефритом правильному приему 5-НОК</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обучения больного соблюдению диеты на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обучения больного правильному приему 5-НОК на практическом занятии</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больного соблюдению диеты выполнено согласно инструкции.</li> <li>- Обучение больного правильному приему 5-НОК выполнено согласно стандарту</li> </ul>                  |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.4.3. Мочекаменная болезнь**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Мочекаменная болезнь»; причины, клинические проявления, возможные осложнения.
2. Принципы лечения и профилактика мочекаменной болезни.
3. Оказание сестринской помощи при приступе почечной колики.

#### 4. Сестринский уход при мочекаменной болезни.

##### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения мочекаменной болезни.

2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике мочекаменной болезни.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными мочекаменной болезнью.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с мочекаменной болезнью.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при мочекаменной болезни.

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию по назначению врача;

- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента

- вести утвержденную медицинскую документацию при мочекаменной болезни.

Студент должен *знать*:

- причины мочекаменной болезни;

- клинические проявления;

- возможные осложнения;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- пути введения лекарственных препаратов;

- виды, формы и методы реабилитации;

- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при мочекаменной болезни.

##### *Формируемые компетенции.*

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

##### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

##### *Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;

- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;

- методическое пособие для студентов;

- презентация, учебный фильм по уходу при мочекаменной болезни;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных мочекаменной болезнью.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия. таблицы «Анатомия мочевыделительной системы», «Мочекаменная болезнь», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, рентгенограммы почек, ситуационные задачи, иллюстрации, тесты.

*Место проведения.* Нефрологическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Мочекаменная болезнь - хроническое заболевание, для которого характерны изменения в почках и мочевых путях с образованием в них камней (конкрементов). Мочевые камни могут быть следующего состава: ураты, оксалаты, фосфаты, смешанные. Они могут быть единичными и множественными различной величины и формы. В образовании камней важную роль играет инфекция в мочевыводящих путях и нарушение обменных процессов в организме. Способствующими факторами возникновения камней являются: ограничение приема жидкости (сухоядение, «сухое голодание»), употребление питьевой воды, богатой солями, погрешности в питании (однообразная пища, бедная витаминами А и Д, злоупотребление красным вином).

Развитие и проявление болезни определяется величиной камня, воспалительными изменениями в почках и мочевыводящих путях и теми болезненными проявлениями, которые вызывает камень. Большие камни раздражают слизистую оболочку и периодически вызывают тупые боли в пояснице. Болезнь может протекать скрытно, а камни в почках (одной почке) и мочевыводящих путях могут выявляться совершенно случайно. Иногда основным проявлением болезни бывают почечные колики. Однако нередко и в межприступном периоде могут отмечаться тупые боли в пояснице при физической нагрузке (подъем тяжести). При обследовании (рентгенологическое, УЗИ) выявляются камни, особенно хорошо выявляются ураты, хуже - фосфаты. Часто отмечается положительный симптом Пастернацкого на стороне поражения. Компьютерная томография, радиоизотопное сканирование выявляют тени конкрементов в почках. В общем, анализе мочи - ураты, оксалаты, фосфаты или смешанные кристаллы.

### **Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины мочекаменной болезни.
2. Основные симптомы и проблемы при приступе почечной колики.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Вторичная профилактика мочекаменной болезни.

Вариант 2.

1. Определение, причины мочекаменной болезни.
2. Основные симптомы и проблемы в межприступном периоде.
3. Принципы лечения в межприступном периоде.

4. Наблюдение и уход.
5. Первичная профилактика мочекаменной болезни.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «мочекаменная болезнь». Разбирается распространенность, факторы риска, клинические проявления, возможные проблемы пациентов, принципы диагностики, лечения, профилактики, диспансеризации пациентов с почечнокаменной болезнью. Также обсуждаются причины, предрасполагающие факторы, клиника приступа почечной колики, доврачебная помощь.

*Практическая часть.* При разборе больного с мочекаменной болезнью преподаватель демонстрирует сбор жалоб больного, обращая внимание на их характер (одно или двусторонняя боль в поясничной области, частое мочеиспускание, тошнота, слабость, головная боль, боль в животе, повышение температуры тела), связь с простудным фактором, наличием хронических очагов инфекции в организме больного, режимом питания. При объективном исследовании учащиеся подсчитывают ЧДД, пульс, определяют его характеристики, измеряют АД, пальпируют почки. Затем преподаватель разбирает вопросы подготовки пациентов к дополнительным исследованиям и знакомит учащихся с результатами дополнительного исследования (общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко – преобладание количества эритроцитов над количеством лейкоцитов, экскреторная урография). Демонстрируется обзорная рентгенограмма, на которой отмечается округлая тень камня в лоханке почки. На экскреторной урограмме - расширенные чашечки и лоханка с дефектом наполнения, обусловленном камнем; на компьютерной томографии отмечается наличие камня в лоханке почки. Затем формулируются проблемы пациентов: *боли в поясничной области, слабость, тошнота, рвота*. В межприступном периоде рекомендуется прием внутрь ависана, пинабина, уролесана, олиметина, цистенала (в обычных дозах), обильное питье - минеральная вода и просто питьевой воды (2-3 л в сутки). При выборе минеральной воды нужно знать состав камней, он определяется по реакции мочи. При щелочной реакции мочи чаще образуются фосфатные камни, при них показаны углекислые минеральные воды (доломитный «Нарзан», «Нафтуся», «Арзни» и др. Из еды рекомендуются кисломолочные продукты, молоко, мясо. В кислой моче чаще образуются ураты, при них показаны щелочные минеральные воды («Ессентуки 4», «Ессентуки 17», «Славянская», «Смирновская», «Боржоми» и др.). В меню ограничивается мясо и увеличивается потребление овощей. При оксалатных камнях показаны слабоминерализованные лечебные воды («Ессентуки 20», «Нафтуся», «Саирме»). В меню больных должно быть много овощей и фруктов.

При почечной колике необходимо успокоить пациента, обеспечить доступ свежего воздуха, создать удобное положение в постели, положить грелку (компресс) на поясничную область или сделать по назначению врача горячую лечебную ванну на 30-60 минут, дать внутрь цистенал (20 капель на сахар) или 1-2 таблетки ависана. При отсутствии эффекта по назначению врача вводятся парентерально спазмолитики (атропин, папаверин, баралгин, но-шпа, платифиллин, эуфиллин) и наркотические анальгетики. При задержке мочи проводится катеризация мочевого пузыря мягким катетером

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию другого больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Каждый студент самостоятельно проводит обследование больного. Преподаватель контролирует и корректирует его действия. Затем преподаватель распределяет студентов по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где они осуществляют мероприятия по уходу за пациентами отделения по назначению врача.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым

больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при мочекаменной болезни.

### Оформление дневников

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### Подведение итогов занятия

| Компетенция   | Действие   | Метод контроля   | Критерии оценки  |
|---|--|--|--|
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка доклада: «Уход за больными мочекаменной болезнью».</li> <li>- Проведение беседы с пациентом о правильном приеме цистенала</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка беседы с пациентом о правильном приеме цистенала на практическом занятии</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Доклад выполнен в соответствии с инструктивными документами.</li> <li>- Беседа с пациентом о правильном приеме цистенала проведена в соответствии с инструкцией</li> </ul>                    |
| ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Постановка горячей грелки на поясничную область больному с приступом почечной колики.</li> <li>- Обучение больного мочекаменной болезнью диетическому питанию</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка постановки горячей грелки пациенту на поясничную область на практическом занятии.</li> <li>– Экспертное наблюдение и оценка обучения пациента диетическому питанию</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Постановка горячей грелки выполнена по стандарту.</li> <li>- Проведение обучения пациента диетическому питанию осуществлено в соответствии с инструкцией</li> </ul>                           |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка пациента с мочекаменной болезнью к УЗИ почек.</li> <li>- Подготовка пациента с мочекаменной болезнью к ретроградной пиелографии</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка подготовки пациента к УЗИ почек на практическом занятии.</li> <li>– Экспертное наблюдение и оценка подготовки пациента к ретроградной пиелографии на практическом занятии</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка пациента к проведению УЗИ почек выполнена по стандарту.</li> <li>- Подготовка пациента к ретроградной пиелографии выполнена в соответствии с инструктивными документами</li> </ul> |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение введения цистенала больному мочекаменной болезнью.</li> <li>- Участие в выполнении внутривенного капельного введения больному мочекаменной болезнью баралгина</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил введения больному цистенала на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка внутривенного капельного введения больному мочекаменной болезнью баралгина на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Введение больному цистенала выполнено по стандарту.</li> <li>- Капельное введение баралгина выполнено в соответствии с инструктивными документами</li> </ul>                                  |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами ра-

боты, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### **2.4.4. Хроническая почечная недостаточность**

#### ***Основные вопросы:***

1. Определение понятия: «Хроническая почечная недостаточность»; причины, клинические проявления.
2. Принципы лечения и профилактика хронической почечной недостаточности.
3. Сестринский уход при хронической почечной недостаточности.

#### ***Цели занятия:***

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения хронической почечной недостаточности.
2. Сформировать знания о принципах лечения и профилактике хронической почечной недостаточности.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными хронической почечной недостаточности.

#### ***Студент должен иметь практический опыт:***

- осуществления ухода за пациентами при хронической почечной недостаточности.

#### ***Студент должен уметь:***

- осуществлять сестринский уход при хронической почечной недостаточности;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

#### ***Студент должен знать:***

- причины хронической почечной недостаточности;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи больным с хронической почечной недостаточностью;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации больных с хронической почечной недостаточностью;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

#### ***Формируемые компетенции.***

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть

вмешательств.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при мочекаменной болезни;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных мочекаменной болезнью.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия. таблицы «Хроническая почечная недостаточность», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Нефрологическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Хроническая почечная недостаточность - патологический симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, нарушением экскреторной и инкреторной функций почек, что ведет к нарушению всех видов обмена веществ и деятельности органов и систем. Причиной ХПН являются все болезни почек и патологические нарушения мочевыделительной системы. Клиника зависит от стадии (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация). В начале развития ХПН у пациентов моча становится низкой плотности, ее много. Полиурия у больных компенсирует выведение токсических продуктов обмена. Появляется жажда. Другие симптомы в начальной стадии могут быть выражены слабо. Затем развивается стадия субкомпенсации с задержкой жидкости в организме, повышением АД, отеками, которая переходит в декомпенсацию. При декомпенсации в крови повышается количество креатинина, мочевины, остаточного азота, отеки спадают. Количество белка в моче резко уменьшается. Из-за снижения кроветворной функции почек развивается анемия. Больной бледнеет, жалуется на слабость, сонливость, повышенную утомляемость, апатию, головокружение, головную боль. Появляются носовые, желудочные, маточные кровотечения; геморрагии, уремическая подагра с болями в суставах, «тофусами»; диспептический синдром (тошнота, икота, рвота, анорексия), кожные покровы становятся бледно-желтого цвета, сухими, со следами расчесов, синяками на руках и ногах. Отмечается значительная гипертен-

зия. В связи с выделением мочевины серозными оболочками развиваются фибринозный плеврит, пневмонит, перикардит. Заканчивается ХПН уремической комой с шумным дыханием (Кулссуауля).

### **Предварительный контроль знаний**

**Письменный контроль.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины ХПН.
2. Основные симптомы и проблемы в стадии компенсации.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Первичная профилактика ХПН.

Вариант 2.

1. Определение, причины уремии.
2. Основные симптомы и проблемы в стадии декомпенсации.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Вторичная профилактика ХПН.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятий «почечная недостаточность», «уремия». Разбираются причины, клиника, проблемы пациентов, современные принципы лечения, профилактика ХПН. Также обсуждается паллиативная помощь пациентам в терминальной стадии ХПН, использование моделей Д. Орэм и В. Хендерсон при оказании сестринской помощи пациентам.

*Практическая часть.* При разборе больных с ХПН преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни. При объективном исследовании обращается внимание на бледность кожи и слизистых. Учащиеся подсчитывают ЧДД, пульс, определяют его характеристики, измеряют АД. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительных исследований: общий анализ крови, мочи, биохимические тесты, УЗИ, радиоизотопное исследование почек (метод сканирования почек – почечная сцинтиграфия – позволяет оценить особенности функционирования почек, их топоику, размеры и микроструктуру). При ХПН почти практически не поглощают изотоп из крови и не выводят его из организма. Формулируются проблемы пациентов: *общая слабость, кожный зуд, боли в желудке, в животе, в суставах, тошнота, икота, рвота, анорексия, головная боль, носовые, желудочные кровотечения, сердцебиение.*

Режим зависит от стадии ХПН и общего состояния пациента. Проводится симптоматическое лечение артериальной гипертензии, том числе диуретиками, анемии – препаратами железа, лечение инфекционных осложнений. Медицинская сестра следит за кожей, отправлениями кишечника, предупреждает инфицирование и пролежни. Специальный уход проводится при рвоте (пищу при частой рвоте надо подсаливать), кожном зуде, головной боли. Диета должна быть направлена на уменьшение образования мочевины. Количество белка снижается до 25 г в сутки, из них 10 г составляет животный белок (творог, яйца). Резко увеличивается калорийность пищи (до 3000 ккал) за счет углеводов и жиров. Соли дается 2-3 г в сутки. В начальных стадиях ХПН показано обильное питье (3-4 л в сутки). Если уровень креатинина в крови не более 1,3 ммоль/л и нет сердечной недостаточности, то количество жидкости должно соответствовать диурезу в 2-2,5 л в сутки. Соль в этот период при отсутствии АГ и отеков не ограничивается. При выраженной гиперкалиемии (более 7 ммоль/л) исключаются из питания продукты, содержащие в большом количестве калий (изюм, чернослив, курага, виноград, свежие натуральные соки, компоты). Диета направлена на уменьшение образования мочевины и кислых продуктов промежуточного обмена. Если нет АГ и отеков, то количество жидкости и соли не ограничивается. По показаниям в заключительной стадии ХПН проводится принудительная диарея (интестинальный диализ), трансплантация почки. Пер-



вичная профилактика: меры по предупреждению, своевременному и адекватному лечению острых и хронических заболеваний почек. Вторичная профилактика: санация очагов хронической инфекции, рациональное питание, предупредительное лечение основного заболевания. Студенты принимают участие в обследовании пациентов, планировании действий при решении приоритетных проблем, при информировании пациента о режиме, питании, водном балансе; оказании паллиативной помощи в терминальных стадиях, обучении родственников уходу за тяжелобольными.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Каждый студент самостоятельно проводит обследование больного. Преподаватель контролирует и корректирует его действия. После курации больных студенты распределяются преподавателем по 2-3 человека по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют уход за больными.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при почечной недостаточности.

### **Оформление и дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие  | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|--|---|--|---|
| ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Наложение грелки на поясничную область больному с почечной недостаточностью.</li> <li>- Обеспечение строго постельного режима больному с почечной недостаточностью.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка наложения грелки больному на поясничную область на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обеспечения строго постельного режима больному на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Грелка больному на поясничную область наложена по стандарту.</li> <li>- Обеспечение больному строгого постельного режима выполнено по стандарту</li> </ul> |
| ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Раздача лекарственных препаратов больным с почечной недостаточностью.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка раздачи лекарственных препаратов больным на практическом занятии.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проявление ответственности за работу членов команды, сопереживание за результаты работы коллег при раздаче лекарственных препаратов больным</li> </ul>     |
| ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение сестринского расспроса пациента при почечной недостаточности.</li> <li>- Выполнение объяс-</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения расспроса пациента с почечной недостаточностью на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Расспрос пациента проведен по стандарту.</li> <li>- Объяснение пациенту сути объективного обследования</li> </ul>  |

| суть вмеша-<br>тельств  | снения пациенту с<br>почечной недостато-<br>чностью сути объек-<br>тивного обследова-<br>ния  | и оценка объяснения па-<br>циенту сути объек-<br>тивного обследования на<br>практическом занятии  | выполнено соответ-<br>ственно требованиям   |
|---|---|---|---|
| ПК 2.6. Вести<br>утвержденную<br>медицинскую<br>документа-цию | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Заполнение бланка направления на кон-сультацию к гемато-логу больному с хро-нической почечной недостаточностью.</li> <li>- Заполнение бланка направления на био-химическое исследо-вание крови больно-му с почечной недо-статочностью</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка заполнения блан-ка направления боль-ному на консультацию к гемато-логу на практическом за-нятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка заполнения бланка направления боль-ному на биохимическое исследование крови на практическом занятии</li> </ul> | - Ведение утверж-денной медицинской документации осуще-ствляется согласно инструктивным доку-ментам |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами ра-боты, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивировкой, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## **2.5. Сестринское дело в гематологии**

### **2.5.1. Сестринское обследование пациентов с заболеваниями крови. Анемии**

#### ***Основные вопросы:***

1. Порядок сестринского обследования пациентов с заболеваниями крови.
2. Определение понятий: «Анемия», «Железодефицитная анемия»; нормальные показатели и показатели анализа крови при железодефицитной анемии; причины, клинические проявле-ния.
3. Принципы лечения и профилактика железодефицитной анемии.
4. Сестринский уход при железодефицитной анемии.

#### ***Цели занятия:***

1. Сформировать у студентов знание порядка сестринского обследования пациентов с заболеваниями крови.
2. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения железодефицитной анемии.
3. Углубить знания студентов по лечению и профилактике железодефицитной анемии.
4. Развивать профессиональные умения по уходу за больными с железодефицитной анемией.

#### ***Студент должен иметь практический опыт:***

- осуществления ухода за пациентами с железодефицитной анемией;

#### ***Студент должен уметь:***

- осуществлять сестринский уход за больными железодефицитной анемией;

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию при железодефицитной анемии.

Студент должен *знать*:

- причины железодефицитной анемии;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов при железодефицитной анемии;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при хроническом панкреатите.

*Формируемые компетенции.*

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при железодефицитной анемии;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных железодефицитной анемией.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Кровь», «Органы кроветворения», «Анемии»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мокроты, мочи, тесты, ситуационные

задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Гематологическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Предварительный контроль знаний**

*Фронтальный опрос.* Вопросы.

- 1) основные (главные) жалобы при заболеваниях системы крови;
- 2) лабораторные показатели при заболеваниях системы крови;
- 3) основные жалобы и симптомы при анемии;
- 4) общий осмотр больного;
- 5) данные осмотра, пальпации, аускультации при заболеваниях системы крови.

### **Актуализация темы**

Кровь - это орган, выполняющий дыхательную, защитную, обменную, гемостатическую, нейрогормональную, иммунную и питательную функции. Система крови включает: периферическую кровь, органы кроветворения (красный костный мозг, селезенка, лимфоузлы), органы кроверазрушения (ретикулоэндотелиальная система), нейро-гуморальный аппарат. Общее количество крови для каждого человека - величина почти постоянная, очень редко изменяющаяся под влиянием болезни. Клиническое значение имеют количественные и качественные изменения форменных элементов и физико-химических свойств крови. Характерными для различных заболеваний крови являются жалобы больного: общая слабость, повышение температуры тела, кровоточивость десен, кровотечения из носа, геморрагическая сыпь, боль в горле, боль в костях, суставах, мышцах, желтушность кожи и слизистых, ломкость ногтей, выпадение волос, извращение вкуса, увеличение лимфатических узлов, увеличение печени, тяжесть и боль в правом подреберье. Слабость, утомляемость, одышка, бледность кожных покровов. Трофические изменения кожи могут быть проявлением анемии, лейкоза, геморрагического диатеза. Лихорадка может быть проявлением интоксикации при массивном распаде незрелых бластных форм лейкоцитов при лейкозах. *Зуд кожи* является частым, а порой и единственным клиническим проявлением болезней крови (лимфогранулематоз). Геморрагические проявления в виде кровоточивости и мелких высыпаний часто наблюдаются при геморрагических васкулитах, лейкозах. Боли в костях и суставах возникают при разрастании (гиперплазии) костного мозга у больных гемобластомами. При разборе анамнеза заболевания фиксируют внимание студентов на начало заболевания и его начальных проявлениях, динамике болезни, проводившемся лечении и обследовании; анамнеза жизни - на наследственности (благоприятная, не благоприятная), факторах риска, перенесенных заболеваниях, вредных привычках, семейно-бытовых условиях, аллергии (пищевая, лекарственная, бытовая, наличие аллергических заболеваний). Физикальное обследование включает: осмотр (бледность, одышка, изменения языка, явления ангины, геморрагическая сыпь на различных участках тела); пальпацию (увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки; болезненность плоских костей); аускультацию сердца (тоны ясные, приглушены, глухие, не определяются; наличие шума - систолический, функциональный; ритм - правильный, не правильный, бради - тахикардия, экстрасистолы). Лабораторные методы исследования: общий анализ крови, анализ крови на тромбоциты, ретикулоциты, антиэритроцитарные антитела (прямой и непрямой тест Кумбса); стерильная пункция с изучением миелогаммы и цитохимическим исследованием; трепанобиопсия и биопсия лимфоузла. Инструментальные методы исследования: измерение АД, ЭКГ, УЗИ печени, селезенки. Современные методы исследования крови: радиобиология, автордиография, химия нуклеиновых кислот, гематологическая генетика, вирусология, электронная микроскопия, гематологическая ферментология.

*Анемия* - патологическое состояние, характеризующееся уменьшением содержания ге-

моглобина и (или) количества эритроцитов в единице объема крови, ведущее к кислородному голоданию тканей. Различают три группы анемий:

- 1) постгеморрагические;
- 2) вследствие нарушения кроветворения (железодефицитные, витамин В<sub>12</sub> и фолиеводефицитные, белководефицитные и др.);
- 3) гемолитические.

Клинические проявления анемии разделяется на три группы симптомов:

- 1) общие для всех анемий (бледность, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, одышка, общая слабость, повышенная утомляемость);
- 2) симптомы, свойственные определенной анемии (извращение вкуса при железодефицитной анемии);
- 3) изменения со стороны крови и костномозгового кроветворения.

### **Предварительный контроль знаний**

**Письменный контроль.** Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

1. Определение, причины витамин В<sub>12</sub> и фолиеводефицитной анемии.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика витамин В<sub>12</sub> и фолиеводефицитной анемии.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «анемия». Разбираются нормальные показатели клинического анализа крови, эпидемиология, причины железодефицитной и В-12-дефицитной анемии; клинические проявления, принципы диагностики, лечение, профилактика, диспансеризация пациентов с анемией. Обсуждается использование моделей Д. Орэм и В. Хендерсон при уходе за пациентами.

*Практическая часть.* При разборе больных с анемией преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб, их характер (слабость, головная боль, головокружение, шум в голове, сердцебиение, одышка, затруднение при глотании, извращение вкуса, нарушение менструального цикла и др.). Затем демонстрируется методика сбора анамнеза заболевания, последовательность задаваемых вопросов. Из анамнеза жизни следует выяснить все перенесенные заболевания, вредные привычки, характер питания, профессиональные вредности, переносимость лекарственных препаратов, которые могли оказать влияние на возникновение анемии. При объективном исследовании обращается внимание на бледность кожи и слизистых. Учащиеся подсчитывают ЧДД, пульс, определяют его характеристики, измеряют АД. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительных исследований (в общем анализе крови при железодефицитной анемии: эритропения –  $3,1 \times 10^{12}/л$ , снижение гемоглобина – 110 г/л, снижение цветного показателя – гипохромия (0,78), умеренный лейкоцитоз –  $10,2 \times 10^9/л$ , ускорение СОЭ – 22 мм/час; мочи, при витамин В<sub>12</sub> и фолиеводефицитной анемии – снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, повышение цветового показателя (гиперхромия), ретикулоцитов, увеличение количества макроцитов и появление мегалоцитов, изменение величины (анизоцитоз, микроцитоз) и формы (пойкилоцитоз) эритроцитов; умеренный лейкоцитоз и незначительное ускорение СОЭ). Формулируются проблемы пациентов: *слабость, повышенная утомляемость, головокружение, бледность слизистых и кожных покровов, одышка, тахикардия, повышенная ломкость волос, извращение вкуса, трещи-*

ны в углах рта, запоры.

Всем больным назначаются препараты, содержащие железо (гемостимулин, гемофер, ферроплекс, фитоферролактол, гемофер, дурулес, фенюльс, сорбифер, фенотек и др.), которые принимаются после еды 2-3 раза в день. При нарушении всасывания железа в ЖКТ или плохой переносимости препаратов *парентерально* вводят феррум-лек, фербитол, ферковен. Феррум-лек вводится по 1-2 мл в/м через день или содержимое одной ампулы растворяется в 10 мл физиологического раствора и вводится медленно в/в. Перед введением феррум-лек необходимо проверить его переносимость путем постановки внутрикожной пробы. При тяжелой анемии проводится переливание цельной крови, эритроцитарной массы. При разборе вопросов ухода за больным обращается внимание на контроль АД, ЧДД, пульса, помощь при нарушении аппетита, головной боли. Также обсуждаются вопросы профилактики: нормализация режима труда и отдыха, питания, устранение вредных привычек, проведение ЛФК.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель закрепляет за студентом пациента с заболеванием органов кроветворения, дает задание по его обследованию и составлению плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно собирают информацию о пациентах (сбор жалоб, изучение истории заболевания, истории жизни, объективное обследование), формулируют проблемы, составляют план мероприятий по уходу с использованием модели В. Хендерсон. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После курации больных преподаватель распределяет студентов по постам, в процедурные кабинеты, палаты, в приемный покой, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют выполнение манипуляций и процедур по назначению врача.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при железодефицитной анемии.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие  | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|--|---|--|---|
| ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество | - Проявление умения проводить беседы с больным с железодефицитной анемией по правильному приему железосодержащих препаратов.<br>- Обучение больного железодефицитной анемией соблюдению диеты | - Экспертное наблюдение и оценка проявления умения проводить беседу с пациентом по правильному приему железосодержащих препаратов на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка проведения обучения пациента соблюдению диеты на практическом занятии | - Беседа с пациентом по правильному приему железосодержащих препаратов проведена согласно стандарту.<br>- Обучение пациента соблюдению диеты проведено по стандарту |
| ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по от-  | - Выполнение этических правил при проведении беседы с больным железозе-   | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения этических правил при проведении беседы с пациентом по  | - Беседа с пациентом по устранению курения и приема алкоголя  |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| ношению к природе, обществу и человеку.   | фицитной анемией по устранению курения и приема алкоголя.<br>- Проведение беседы с больным железодефицитной анемией по устранению из диеты крепкого чая и кофе   | устранению курения и приема алкоголя на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения этических правил при проведении беседы с пациентом по устранению из диеты крепкого чая и кофе  | проведена с соблюдением этических правил.<br>- Беседа с пациентом по устранению из диеты крепкого чая и кофе проведена с соблюдением этических правил                                      |
| ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса | - Выполнение подготовки больного с железодефицитной анемией к определению содержания железа в крови.<br>- Выполнение подготовки больного железодефицитной анемией к определению содержания ферритина в крови | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения подготовки пациента к исследованию содержания железа в крови на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения подготовки больного к определению содержания ферритина в крови на практическом занятии | - Подготовка пациента к исследованию содержания железа в крови осуществлена по стандарту.<br>- Подготовка больного к определению содержания ферритина в крови выполнена по стандарту       |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования                      | - Обучение больного железодефицитной анемией правилам приема железосодержащих препаратов.<br>- Контроль выполнения правил приема больным железодефицитной анемией железосодержащих препаратов                | - Экспертное наблюдение и оценка обучения больного правилам приема железосодержащих препаратов на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения больным правил приема железосодержащих препаратов на практическом занятии                        | - Обучение больного правилам приема железосодержащих препаратов осуществлено согласно инструкции.<br>Прием больным железосодержащих препаратов выполнен согласно инструктивным документам. |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## **2.5.2. Лейкозы**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятий: «Острый лейкоз», «Хронический лейкоз»; нормальные показатели анализа крови, показатели анализа крови при остром и хроническом лейкозе; причины, клинические проявления.
2. Принципы лечения острого и хронического лейкоза.
3. Сестринский уход при остром и хроническом лейкозе.

4. Оказание паллиативной помощи при остром и хроническом лейкозе в круглосуточном стационаре и стационаре на дому.

*Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения острого и хронического лейкоза.

2. Углубить знания студентов по диагностике и лечению острого и хронического лейкоза.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными острым и хроническим лейкозом.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с острым и хроническим лейкозом.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при остром и хроническом лейкозе.

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;

- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины острого и хронического лейкоза;

- клинические проявления;

- возможные осложнения;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- пути введения лекарственных препаратов;

- виды, формы и методы реабилитации;

- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

*Формируемые компетенции.*

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:



- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода, фонендоскопы, тонометры;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при остром и хроническом лейкозе.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных острым и хроническим лейкозом.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Кровь», «Органы кроветворения», «Лейкозы»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, стерильной пункции, мочи; ситуационные задачи, иллюстрации, тесты.

*Место проведения.* Гематологическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Лейкоз – опухоль кроветворных клеток костного мозга. Это злокачественное заболевание крови, в основе которого лежит первичное опухолевое перерождение паренхиматозных элементов костного мозга с гиперплазией кроветворной ткани и образованием очагов патологического кроветворения в других органах. При лейкозе происходит мутация клеток костного мозга на разных этапах созревания стволовой кроветворной клетки гемоцитобласта. Разрастание мутированных клеток может происходить сначала в костном мозге, затем в печени, селезенке, лимфатических узлах, других тканях. В некоторых случаях опухоль может оставлять костный мозг интактным и распространяться в нем лишь впоследствии. Происходит нарушение созревания форменных элементов красной (эритропоэза, тромбопоэза) и белой (миело - и лимфопоэза) крови. Поэтому морфологическим субстратом лейкоза является наличие бластных клеток в периферической крови. Различают лейкозы острые и хронические. Разделение основано на степени незрелости клеток в периферической крови. При остром лейкозе в периферической крови находятся в основном бластные, самые незрелые клетки крови (гемоцитобласт, эритробласт, лимфобласт и т. д.) и в малом количестве зрелые форменные элементы (лимфоциты, моноциты, эозинофилы, сегментоядерные нейтрофилы и т. д.) при отсутствии промежуточных элементов (пролимфоцит, промиелоцит и т. д.). При хроническом лейкозе в периферической крови в основном содержатся промежуточные и зрелые формы, а бластные элементы - единичные. Диагноз лейкоза подтверждается только при исследовании костного мозга.

### **Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

1. Определение, причины хронического лейкоза.
2. Основные симптомы и проблемы.

3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика хронического лейкоза.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «лейкоз». Разбирается эпидемиология, социальной значимость, современные теории развития лейкозов. Также обсуждаются симптомы и синдромы острого и хронического миелолейкоза и лимфолейкоза, принципы диагностики (лабораторные), показатели клинического анализа крови при лейкозе, проблемы пациентов/семьи, принципы лечения, использование моделей сестринского дела при планировании сестринской помощи, профилактика, диспансеризация пациентов с лейкозом.

*Практическая часть.* При разборе больного с лейкозом обращается внимание на начало болезни. Оно чаще бывает острым, бурным. Появляется общая слабость, ознобы, ночные поты. Во время осмотра больного учащиеся должны сами оценить его общее состояние, определить цвет кожных покровов и слизистых оболочек (запах изо рта, изъязвление слизистых десен). Обращается внимание на форму и величину периферических лимфоузлов, увеличение печени. При обсуждении результатов исследования крови, обращается внимание на ускорение СОЭ, анемию, изменения в гемограмме с наличием большого количества бластных клеток (гемоцитобластов). Разбирается устройство иглы Кассирского (канюля с иглой, стилет), подготовка пациентов к стерильной пункции. Формулируются проблемы пациентов: *слабость, лихорадка, ознобы, боли во рту, суставах, костях, мышцах, в правом подреберье, анорексия, кровоточивость, похудание.*

При разборе вопросов по уходу и принципам лечения обращается внимание на особенности приема цитостатиков, далагила, циклофосфана, преднизолона. Подробно разбираются вопросы питания, личной гигиены, контроля АД, ЧДД, пульса. Большую опасность для больных лейкозом представляет присоединение инфекции. Поэтому при уходе за ними необходимо соблюдать режим стерильности. Больных помещают в стерильные боксы. В тамбуре такого бокса медицинская сестра меняет халат, надевает маску, бахилы. Необходимо следить за полостью рта (предупреждать гингивит, некротическую ангину), кожу надо ежедневно протирать камфарным спиртом или одеколоном, разведенным водой, проводить профилактику пролежней (смазывание кожи в области крестца раствором перманганата калия, использовать подкладные круги), проводить гигиеническую обработку половых органов после физиологических отпавлений. В связи с лихорадкой требуется частая смена белья. В терминальной стадии состояние больных крайне тяжелое, поэтому организуется индивидуальный пост, оказывается паллиативная помощь.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию аналогичного больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Каждый студент самостоятельно проводит обследование больного. Преподаватель контролирует и корректирует его действия. Затем преподаватель распределяет студентов по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют выполнение манипуляций и процедур, назначенных врачом.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют словарь медицинских терминов по теме.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит

оценки с мотивировкой.

#### Подведение итогов занятия

| Компетенция   | Действие  | Метод контроля  | Критерии оценки  |
|---|---|---|--|
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подготовка доклада: «Уход за больными острым и хроническим лейкозом».</li> <li>- Написание реферата: «Уход за больными острым и хроническим лейкозом»</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка реферата на семинаре</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Доклад выполнен в соответствии с инструктивными документами.</li> <li>- Реферат написан в соответствии с инструктивными документами</li> </ul>                                      |
| ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение назначений врача верующему больному острым лейкозом.</li> <li>- Обучение верующего больного хроническим лейкозом правилам приема миелосана.</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения назначений врача верующему больному на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обучения верующего больного правилам приема миелосана на практическом занятии</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Назначения врача выполнены своевременно и правильно с учетом религии пациента.</li> <li>- Проведение обучения пациента правилам приема миелосана выполнено по инструкции</li> </ul> |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил техники безопасности при проведении оксигенотерапии больному острым лейкозом.</li> <li>- Выполнение правил измерения АД у больного хроническим лейкозом</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил техники безопасности при проведении оксигенотерапии на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил измерения АД у больного на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение оксигенотерапии больному выполнено по инструкции.</li> <li>- Измерение АД выполнено по стандарту</li> </ul>  |
| ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оказание паллиативной помощи больному острым лейкозом в стационаре</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка оказания паллиативной помощи больному острым лейкозом на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Паллиативная помощь оказана согласно стандарту</li> </ul>   |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивировкой, делает вывод о достижении целей занятия.

#### Задание к следующему занятию

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

### 2.5.3. Геморрагические диатезы

### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Геморрагический диатез»; нормальные показатели анализа крови и показатели анализа крови при геморрагических диатезах; причины, клинические проявления.
2. Принципы лечения и профилактика геморрагических диатезов.
3. Сестринский уход при геморрагических диатезах.

### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения геморрагических диатезов.
2. Углубить знания студентов по диагностике и лечению геморрагических диатезов.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными.

Студент должен *иметь практический опыт:*

- осуществления ухода за пациентами с геморрагическими диатезами.

Студент должен *уметь:*

- осуществлять сестринский уход при геморрагических диатезах;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать:*

- причины геморрагических диатезов;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

### *Формируемые компетенции.*

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

### *Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при геморрагических диатезах;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных геморрагическими диатезами.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Кровь», «Органы кроветворения», «Геморрагические диатезы»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мокроты, мочи; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Гематологическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Геморрагические диатезы - группа заболеваний, различных по своей природе с выраженными признаками повторных кровоизлияний или кровотечений, наступающих как самопроизвольно, так и под влиянием незначительных травм. В возникновении геморрагических диатезов играют роль три основных фактора:

1) поражение стенки капилляров - вазопатии - геморрагический васкулит, геморрагическая пурпура инфекционная, токсическая, нейровегетативная, трофическая; С-авитаминоз (цинга) и др.;

2) изменение качества и функциональной способности тромбоцитов - тромбоцитопении - тромбоцитопеническая пурпура, тромбоцитопатии – тромбастения Гланцманна;

3) изменение свертывающей системы организма - коагулопатии - гемофилии А, В, С, фибринолитическая пурпура и др.

Клиника зависит от формы диатеза. При геморрагическом васкулите (взопатии) на коже (кожная, простая форма) отмечается симметричная геморрагическая сыпь разной формы, величины и количества (от единичных мелкоточечных до сливных, массивных, множественных). Появление геморрагической сыпи по времени связано с воздействием патогенного фактора (прием лекарства, воздействие паров красителей, инфекция и др.). Наряду с высыпаниями на различных симметричных участках кожи, могут отмечаться боли в симметричных суставах, их отечность, гиперемия, повышение температуры (кожно-суставная форма). Геморрагические высыпания могут быть в клубочковом аппарате почек (почечная форма с клиникой острого гломерулонефрита), в желудке и кишечнике (абдоминальная форма с клиникой кишечной колики, желудочными и кишечными кровотечениями), сосудах мозга (мозговая форма). Течение болезни может быть острым, подострым, затяжным, рецидивирующим, молниеносным. Свертывающая система крови при этой патологии не нарушена, количество тромбоцитов и их функции сохраняются в норме. Течение болезни упорное, осложняется отеком Квинке, холодовой крапивницей, синдромом Рейно. Чаще болеют лица юношеского и молодого возраста.

При тромбоцитопенической пурпуре (тромбопатии) повышенная кровоточивость связана с образованием антитромбоцитарных аутоантител и резким снижением количества тромбоцитов в периферической крови. Под влиянием мельчайших травм появляются крупные кровоподтеки, появляются не одновременно, в связи с «цветением» синяка имеют раз-

личную окраску (от коричневого до светло-желтого). Отмечаются маточные, носовые, кишечные, легочные и почечные кровотечения. Течение болезни может быть хроническим, рецидивирующим с чередованием периодов обострения и ремиссии или монотонным с постоянными кровоизлияниями и кровотечениями. В клиническом анализе крови: количество эритроцитов, лейкоцитов, время свертывания крови в пределах нормы, ослабляется или отсутствует ретракция кровяного сгустка, удлиняется время кровотечения (10-20 мин. и больше), уменьшается количество тромбоцитов (до 70-30 тыс. в 1 мкл). Болеют в основном молодые женщины. Тромбопатии могут быть врожденными и приобретенными.

При гемофилии (коагулопатии) происходит нарушение синтеза, ингибирования или повышенное потребление плазменных факторов свертывания крови. При гемофилии А отсутствует VIII фактор, при гемофилии В — IX фактор, при гемофилии С — XI фактор, при гемофилии D — XII фактор. Гемофилии А и В рецессивно наследуемые заболевания (X-хромосомные). Болеют только мужчины. Женщина — кондуктор, передает дефицит фактора от отца своему сыну. При мелких травмах кровоточивости не отмечается, так как сохранена способность мелких сосудов к спазму. При более глубоких повреждениях тканей отмечаются обильные кровотечения, особенно в полости суставов, межмышечные и внутримышечные гематомы, поднадкостничные кровоизлияния. При лабораторном исследовании время свертывания крови удлинено, количество тромбоцитов в норме. Осложнения гемофилии: атрофия мышц, деформирующие артрозы, контрактуры, патологические переломы, железодефицитная анемия, амилоидоз почек.

Лекарственная терапия вазопатий включает: нестероидные противовоспалительные средства (вольтарен, индометацин в обычных дозах), трансфузии свежезамороженной плазмы, никотиновой кислоты, введение трентала, фентоламина, плазмаферез. Базисной терапией геморрагического васкулита является применение гепарина в индивидуально подобранных дозах (5 тыс. ЕД п/к 4 раза/сут). Также применяется тиклид, курантил по 0,025 3 раза в день, пентоксифиллин по 0,1 3 раза в день.

При тромбоцитопенической пурпуре обычно назначается преднизолон, десенсибилизирующие препараты, витамины в индивидуальных дозах. При отсутствии эффекта и повторяющихся массивных кровотечениях проводится плазмаферез, спленэктомия.

При гемофилии проводится заместительная терапия: вводится криопреципитат или антигемофильная плазма, свежезамороженная плазма. Эффективным препаратом является криобулин (500-1500 ЕД/сут). Также применяются концентрат свертывающего фактора VIII, препараты нового поколения — амофил, бемофил. При кровотечениях медсестра должна оказать неотложную помощь в должном объеме. Для остановки кровотечений применяется эпсилонаминокапроновая кислота, гемостатическая губка, задняя тампонада полости носа; переливание цельной крови, свежей плазмы (струйно по 300-500 мл с интервалом 8 часов), тромбоцитарной массы; введение парентерально хлористого кальция, викасола.

### **Предварительный контроль знаний**

#### ***Фронтальный опрос.*** Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

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

## **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «геморрагический диатез». Разбираются причины, факторы риска, симптомы и синдромы, принципы диагностики, лечение и профилактика геморрагических диатезов. Обсуждаются модели сестринского ухода за пациентами.

*Практическая часть.* При разборе больных с геморрагическими диатезами преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб (слабость, головная боль, головокружение, шум в голове, сердцебиение, одышка, затруднение при глотании, извращение вкуса, нарушение менструального цикла и др.). Из анамнеза следует выяснить все перенесенные заболевания, вредные привычки, характер питания, профессиональные вредности, переносимость лекарственных препаратов, которые могли оказать влияние на возникновение геморрагического диатеза. При объективном исследовании обращается внимание на бледность кожи и слизистых, геморрагическую сыпь, кровоподтеки, показатели свертывания крови. Учащиеся принимают участие в подсчете ЧДД, пульса, определяют его характеристики, измеряют АД. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительных исследований (общий анализ крови, мочи, биохимические тесты, УЗИ). Формулируются проблемы пациентов: *геморрагическая сыпь, боли и отечность суставов, слабость, кровоподтеки, длительные кровотечения из мелких ран, носа, желудочные, кишечные, маточные, гемартрозы, контрактуры суставов.*

Подробно разбираются вопросы ухода и лечения (планирование сестринской деятельности, выполнение манипуляций и процедур по назначению врача, обеспечение инфекционной безопасности). Также необходимо обсудить вопросы профилактики (нормализация режима труда и отдыха, питания, устранение вредных привычек).

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию другого больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

### **Самостоятельная работа**

Каждый студент самостоятельно проводит обследование больного. Преподаватель контролирует и корректирует его действия. После курации больных, студенты распределяются преподавателем по 2-3 человека по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют мероприятия по уходу за больными: кормят постельных больных, оказывают им помощь при физиологических отправлениях, выполняют инъекции, раздают лекарственные препараты, измеряют температуру тела, осуществляют контроль АД, ЧДД, пульса, выполняют другие лечебно-диагностические процедуры по назначению врача.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при геморрагических диатезах.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие  | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|--|---|--|---|
| ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства | - Проведение беседы с больными геморрагическими диатезами по устранению | - Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по устранению курения и приема алкоголя | - Беседа с пациентом по устранению вредных привычек проведена в со- |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| ства по отношению к природе, обществу и человеку.   | нию курения и приема алкоголя.<br>- Проведение беседы с больными геморрагическими диатезами по соблюдению диеты  | на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по соблюдению диеты на практическом занятии  | ответствии с рекомендациями..<br>- Беседа с пациентом по соблюдению диеты проведена соответственно требованиям    |
| ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей | – Проведение занятий физической культурой, отказ от курения.<br>– Проведение занятий в спортивных секциях  | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения занятий физической культурой, отказ от вредных привычек в процессе внеаудиторной работы.<br>- Экспертное наблюдение и оценка участия в спортивных секциях в процессе внеаудиторной работы   | – Осуществление систематических занятий физической культурой, отказ от курения.<br>– Участие в спортивных секциях |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса         | - Выполнение правил техники безопасности при проведении баротерапии больным геморрагическим васкулитом.<br>- Выполнение правил постановки лечебной клизмы при геморрагическом васкулите. | - Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил техники безопасности при проведении баротерапии больному геморрагическим васкулитом. на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка постановки лечебной клизмы при геморрагическим васкулитом. на практическом занятии | - Проведение баротерапии выполнено согласно инструкции.<br>- Лечебная клизма поставлена по стандарту              |
| ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию   | - Заполнение титульного листа истории болезни больного геморрагическим васкулитом  | - Экспертное наблюдение и оценка заполнения титульного листа истории болезни на больного геморрагическим васкулитом. на практическом занятии.   | - Ведение утвержденной медицинской документации выполнено согласно инструктивным документам                       |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.



## 2.6. Сестринское дело в эндокринологии

### 2.6.1. Тема: Сестринское обследование пациентов с заболеваниями эндокринной системы и обмена веществ. Диффузный токсический зоб, эндемический зоб, гипотиреоз

#### **Основные вопросы:**

1. Порядок сестринского обследования пациентов с заболеваниями эндокринной системы и обмена веществ.
2. Определение понятия: «Диффузный токсический зоб», «Гипотиреоз», «Эндемический зоб»; причины, клинические проявления
3. Принципы лечения и профилактика диффузного токсического зоба, гипотиреоза, эндемического зоба.
4. Сестринский уход при диффузном токсическом зобе, гипотиреозе, эндемическом зобе.

#### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание порядка сестринского обследования пациентов с заболеваниями эндокринной системы и обмена веществ.
2. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения диффузного токсического зоба, эндемического зоба, гипотиреоза.
3. Углубить знания студентов по диагностике и лечению больных диффузным токсическим зобом, эндемическим зобом, гипотиреозом.
4. Развивать профессиональные умения по уходу за больными диффузным токсическим зобом, эндемическим зобом, гипотиреозом.

Студент должен *иметь практический опыт:*

- осуществления ухода за пациентами с диффузным токсическим зобом, эндемическим зобом, гипотиреозом.

Студент должен *уметь:*

- осуществлять сестринский уход при диффузном токсическом зобе, эндемическом зобе, гипотиреозе.
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать:*

- причины диффузного токсического зоба, эндемического зоба, гипотиреоза.
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения

при диффузном токсическом зобе, эндемическом зобе, гипотиреозе.

#### *Формируемые компетенции.*

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

#### *Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход в неврологии.

#### *Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода,
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при диффузном токсическом зобе, эндемическом зобе, гипотиреозе;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных диффузным токсическим зобом, эндемическим зобом, гипотиреозом

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Диффузный токсический зоб», «Эндемический зоб», «Гипотиреоз»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, электрокардиограммы, УЗИ щитовидной железы больных диффузным токсическим зобом, ситуационные задачи, иллюстрации, тесты.

*Место проведения.* Эндокринологическое отделение стационара.

#### **Организационный момент**

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

#### **Актуализация темы**

Щитовидная железа принимает участие в регуляции всех видов обмена веществ, влияет на функции нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем. Диффузный токсический зоб - заболевание с повышенной секрецией тиреоидных гормонов (тироксина и трийодтиронина), приводящее к нарушению деятельности сердечно-сосудистой и других систем организма. Женщины болеют в 10 раз чаще мужчин. Характерны общая слабость, а также слабость и быстрая утомляемость мышц верхнего плечевого пояса у мужчин и нижних конечностей у женщин, раздражительность, беспокойство, суетливость, плаксивость, сердцебиения, перебои в работе сердца, потливость, похудание, бессонница, дрожание в грудной клетке во время волнения, чувство тревоги, ощущение рези в глазах вечером при утомлении, чувство

жара. Основным методом фармакотерапии является тиреостатическая фармакотерапия, так как другие методы лечения не устраняют аутоагрессию.

Гипотиреоз (микседема) - заболевание, обусловленное патологическим снижением функции щитовидной железы. Гипотиреоз бывает первичным и вторичным. Чаще встречается у женщин в возрасте 30-60 лет. Развивается обычно спонтанно, медленно. Оптимальным препаратом является L-тироксин (левотироксин натрия). В начале лечения используют малые дозы препарата (25-50 мкг в сут.), увеличение дозы проводится строго по назначению врача каждые 5-7 дней (до 100-200 мкг в сут.).

Эндемический зоб - заболевание, ведущим симптомом которого является увеличение щитовидной железы. В мире насчитывается более 200 млн. человек, больных эндемическим зобом. Гипертиреоидная форма клинически проявляется увеличением щитовидной железы с тиреотоксикозом 3-х степеней тяжести. Гипотиреоидная форма соответствует клинике гипотиреоза. При повышенной функции щитовидной железы назначаются тиреостатические препараты аналогично лечению тиреотоксикоза. При пониженной функции щитовидной железы назначается заместительная терапия гипотиреоза. Уход при заболеваниях щитовидной железы направлен на решение конкретных проблем с использованием модели В. Хендерсон.

### **Предварительный контроль знаний**

**Письменный контроль.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины возникновения диффузного токсического зоба.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.

Вариант 2.

1. Определение, причины возникновения гипотиреоза.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Разбираются понятия «диффузный токсический зоб», «эндемический зоб», «микседема», их эпидемиология, причины, факторы риска, клинические проявления, принципы лечения, профилактика, реабилитация пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Обсуждаются типичные проблемы и использование моделей сестринского дела при уходе за пациентами.

*Практическая часть.* При разборе больного с диффузным токсическим зобом отмечаются наиболее частые проблемы: *слабость, раздражительность, сердцебиение, перебои в области сердца, постоянная потливость, потеря веса, бессонница, дрожание пальцев рук, ощущение «рези» в глазах, чувство жара.*

Из анамнеза жизни следует выяснить все перенесенные заболевания, вредные привычки, характер питания, профессиональные вредности, переносимость лекарственных препаратов. При объективном исследовании обращается внимание на влажность кожи и мелкий тремор вытянутых пальцев рук. Учащиеся подсчитывают ЧДД, пульс, определяют его характеристики, измеряют АД. Затем преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительных исследований (общий анализ крови, мочи, биохимические тесты, УЗИ, ЭКГ). Электрокардиограмма имеет характерные признаки: ЧСС более 80 в 1 мин, желудочковая экстрасистолия - измененный комплекс QRS, смещенный интервал – TP, изменение в продолжительности R-R. При обсуждении принципов лечения необходимо указать на основные лекарственные препараты (мерказолил, L-тироксин, раствор Люголя, седативные средства). Необходимо обсудить вопросы профилактики (нормализация режима труда и отдыха, питания, устранение вредных привычек). При разборе больного с гипотиреозом обращается внимание на его проблемы: *вялость, сонливость, слабость, увеличение массы тела, зябкость, запоры,*

снижение памяти, выпадение волос, огрубение голоса. Отмечается пастозность лица, сухая, шелушащаяся кожа, холодная на ощупь, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки, замедленную речь. Далее преподаватель знакомит учащихся с результатами дополнительного исследования (УЗИ щитовидной железы, анализы крови, мочи). Уход при заболеваниях щитовидной железы включает: выполнение назначенных врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов; контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и величины суточного диуреза; подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования (УЗИ щитовидной железы, поглощение  $^{131}\text{I}$  щитовидной железой, исследование крови на  $\text{T}_3$ ,  $\text{T}_4$ , ТТГ, содержание холестерина). Также она проводит: беседы о значении соблюдения назначенного двигательного режима и диеты, о пользе правильного приема лекарственных средств; обучение больных контролю ЧДД, пульса.

### **Задание на самостоятельную работу**

После демонстрации больного преподаватель закрепляет за каждым студентом по одному пациенту с заболеванием эндокринной системы и обмена веществ, дает задание по его обследованию и составлению плана мероприятий по уходу с учетом моделей сестринского дела.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование больных (сбор жалоб, изучение истории заболевания, истории жизни, объективное обследование), изучают информацию по дополнительным исследованиям. Затем они формулируют проблемы, определяет приоритетность проблем, составляют план мероприятий по уходу за больным. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После курации больных преподаватель распределяет студентов по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют уход за пациентами, ведут медицинскую документацию.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при диффузном токсическом зобе.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие  | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|---|---|--|---|
| ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития | - Поиск в сети «Интернет» рекомендаций по питанию больных диффузным токсическим зобом.<br>- Обеспечение охранительного режима больному эндемическим зобом | - Экспертное наблюдение и оценка поиска в сети «Интернет» инструкции по питанию больных диффузным токсическим зобом в процессе внеаудиторной работы.<br>- Экспертное наблюдение и оценка охранительного режима больному эндемическим зобом на практическом занятии | - Найденная инструкция по питанию больных диффузным токсическим зобом соответствуют стандарту.<br>- После выполнения охранительного режима пациент отметил улучшение общего состояния |
| ОК 6. Работать в  | - Обучение боль-  | - Экспертное наблюдение  | - Больной принимает   |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями     | ного диффузным токсическим зобом правилам приема мерказолила.<br>- Обеспечение больному энемическим зобом назначенной щадящей диетой  | и оценка обучения больного правилам приема мерказолила.<br>- Экспертное наблюдение и оценка обеспечения больного щадящей диетой  | мерказолил согласно инструкции.<br>- Пациент отмечает улучшение общего состояния после применения щадящей диеты                                     |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования | - Обеспечение приема больным диффузным токсическим зобом назначенного L-тироксина.<br>- Обеспечение приема больным диффузным токсическим зобом назначенного метилтиоурацила | - Экспертное наблюдение и оценка приема больным L-тироксина на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка приема больным метилтиоурацила на практическом занятии                                  | - Больной принимает L-тироксин согласно назначению врача.<br>- Больной принимает метилтиоурацил согласно инструкции                                 |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия                                      | - Обучение больного диффузным токсическим зобом соблюдению щадящей диеты.<br>- Обучение больных диффузным токсическим зобом правилам приема тиреостатиков                   | - Экспертное наблюдение и оценка обучения больного соблюдению щадящей диеты на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка обучения больного правилам приема тиреостатиков на практическом занятии | - Обучение больного щадящей диете выполнено согласно инструкции.<br>- Обучение больного правилам приема тиреостатиков выполнено согласно инструкции |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## **2.6.2. Ожирение**

#### **Основные вопросы:**

1. Определение понятия: «Ожирение»; причины, клинические проявления.
2. Принципы лечения и профилактика ожирения.
3. Сестринский уход при ожирении.

#### **Цели занятия.**

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения ожирения.

2. Углубить знания студентов по диагностике и лечению ожирения.

3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными ожирением.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с ожирением.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при ожирении;

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа при ожирении;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины ожирения;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

*Формируемые компетенции.*

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;
- методическое пособие для студентов;
- презентация;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных с ожирением.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Ожирение»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Эндокринологическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Ожирение - состояние, сопровождающееся избыточным накоплением жировой ткани в организме и приводящее к увеличению массы тела на 20% и более. Нормальной принято считать массу тела, примерно соответствующей цифрам роста (в см) минус 100 (формула Р. Брока) или более точно - индекса массы тела Кетле (ИМТ) от 20,0 до 24,9 (вес в кг/рост в м<sup>2</sup>). Ожирением считается превышение показателя ИМТ 27,0 кг/м<sup>2</sup>. У женщин частота ожирения достигает 50%, среди мужчин - 30%. Точные причины ожирения устанавливаются в 5-10% случаев. Выделяют ожирение первичное (алиментарное, конституционально-наследственное, нейроэндокринное) и вторичное (симптоматическое) – церебральное, гипотиреоидное, гиповариаальное, климактерическое. Регуляция отложения жира и мобилизация из депо осуществляется нейроэндокринными механизмами. Основную роль играет нарушение функции центральных нервных механизмов коры головного мозга и подбугорья (гипоталамуса), где расположены центры аппетита. Основной причиной развития ожирения считается положительный энергетический баланс – несоответствие между потреблением энергии и ее расходом. Нарушение координации между расходом энергии и аппетитом обуславливает накопление жира. Функциональное состояние центров, регулирующих аппетит, может иметь врожденные и приобретенные особенности (уклад жизни, характер питания, привычки). Алиментарное, экзогенно-конституциональное ожирение развивается вследствие доступности еды, переедания, гиподинамии при наличии отягощенной наследственности. При гипоталамо-гипофизарном ожирении важную роль играет щитовидная железа, когда недостаток тиреоидных гормонов приводит к снижению выхода жира из депо и окислению его в печени. Выделяют 4 степени ожирения: I степень – увеличение массы тела до 30% от должного, II степень – до 50%, III степень – до 100%, IV степень – более 100%.

### **Предварительный контроль знаний**

*Письменный контроль.* Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины алиментарного ожирения.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход при алиментарном ожирении.
5. Профилактика алиментарного ожирения.

Вариант 2:

1. Определение, причины вторичного ожирения.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения пациентов с вторичным ожирением.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика вторичного ожирения.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «ожирение». Разбирается распространенность, причины, факторы риска, степени ожирения. Также обсуждаются клинические проявления, принципы диагностики, лечение, профилактика, типичные проблемы пациентов (неадекватное питание, гиподинамия, одышка, риск развития осложнений), модели сестринского дела при уходе за пациентами.

*Практическая часть.* При разборе больного с ожирением преподаватель демонстрирует методику сбора жалоб, их характер, методику сбора анамнеза заболевания и анамнеза жизни, в том числе выясняет наследственную предрасположенность к ожирению. При объек-

тивном исследовании обращается внимание на положение в постели, адинамию. При алиментарном ожирении жировые отложения на теле распределяются равномерно, пациенты относительно легко переносят гипокалорийную диету. Со стороны внутренних органов у таких пациентов патологии не выявляется. При гипоталамо-гипофизарном ожирении отмечаются специфические жалобы (расстройство сна, булимия, раннее нарушение половой функции, головная боль, АГ), которые трудно поддается коррекции. Отложение жира у них отмечается на животе, тазовом поясе, лице. Они тяжело переносят субкалорийную диету. Формулируются проблемы пациентов: *прогрессирующее нарастание массы тела, слабость, потливость, одышка, быстрая утомляемость, головная боль, головокружение, запоры.*

Лечение ожирения предусматривает комплексность проводимых мероприятий, долгосрочность, сравнительную безопасность, профилактическую направленность, поддержание баланса необходимых витаминов, аминокислот, жирных кислот, микроэлементов. Предусматривается повышение двигательной активности, проведение разгрузочных дней и лечебного голодания. Очень важно выявить все факторы риска и постараться их устранить. Решить проблему неправильного пищевого поведения можно благодаря комплексу мер, направленных на формирование положительной мотивации к изменению образа жизни. Известно, что каждый килограмм жировой ткани содержит 7000 ккал и последовательное соблюдение диеты с дефицитом 500 ккал в день ведет к потере веса в среднем на 0,5 кг в неделю. Более быстрая потеря веса считается физиологически неправильной. Медикаментозная терапия показана при ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup> при недостаточной эффективности изменения образа жизни. Все лекарственные средства делятся на 2 группы:

- 1) гормональные препараты (тиреоидин, половые гормоны);
- 2) симпатолитические - анорексогенные (фепранон, дезопимон). Однако все они имеют побочные эффекты (бессонница, возбуждение, тахикардия, повышение АД). Подробно разбираются вопросы ухода: соблюдение режима питания, двигательной активности, личной гигиены. Также разбирается профилактика ожирения – физическая активность, рациональное питание, устранение вредных привычек, ЛФК, массаж, плавание.

#### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по курации больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по уходу.

#### **Самостоятельная работа**

Каждый студент самостоятельно проводит обследование больного. Преподаватель контролирует и корректирует его действия. После курации студенты распределяются по постам, процедурным кабинетам, палатам, в приемный покой, где осуществляют мероприятия по уходу за больными.

#### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи.

#### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

#### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция  | Действие                                      | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|--|---|--|---|
| ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них от- | - Обучение больного ожирением режиму питания. | – Экспертное наблюдение и оценка обучения больного режиму питания на практическом занятии. | – Обучение больного режиму питания выполнено согласно инструкции. |



|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| ветственность   |   |   |   |
| ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий | - Раздача лекарственных препаратов больному ожирением.  | - Экспертное наблюдение и оценка раздачи лекарственных препаратов больному на практическом занятии.   | - Проявление ответственности за работу членов команды, сопереживание за результаты работы коллег при раздаче лекарственных препаратов   |
| ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств | – Выполнение сестринского расспроса пациента с ожирением.<br>– Выполнение объяснения пациенту с ожирением сути сестринского объективного обследования                 | - Экспертное наблюдение и оценка расспроса пациента с ожирением на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка объяснения пациенту сути объективного обследования на практическом занятии                                       | - Расспрос пациента проведен по стандарту.<br>- Объяснение пациенту сути объективного обследования выполнено соответственно требованиям |
| ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию   | - Заполнение бланка направления на консультацию к гематологу больного ожирением.<br>- Заполнение направления на биохимическое исследование крови больному с ожирением | - Экспертное наблюдение и оценка заполнения бланка направления на консультацию к гематологу больного ожирением на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка заполнения бланка направления на биохимическое исследование крови | - Ведение утвержденной медицинской документации выполнено согласно инструктивным документам   |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия

### **2.6.3. Сахарный диабет**

#### ***Основные вопросы:***

1. Определение понятия: «Сахарный диабет»; причины, клинические проявления скрытого и явного сахарного диабета, возможные осложнения.
2. Оказание сестринской помощи при диабетических комах.
3. Принципы лечения и профилактика сахарного диабета.
4. Сестринский уход при сахарном диабете.

#### ***Цели занятия:***

1. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения сахарного диабета.
2. Углубить знания студентов по лечению и профилактике сахарного диабета.
3. Развивать профессиональные умения по уходу за больными сахарным диабетом.

Студент должен *иметь практический опыт:*

- осуществления ухода за пациентами с сахарным диабетом.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при сахарном диабете.
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента
- вести утвержденную медицинскую документацию при сахарном диабете.

Студент должен *знать*:

- причины сахарного диабета;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при сахарном диабете.

*Формируемые компетенции.*

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при сахарном диабете.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных сахарным диабетом.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблица «Сахарный диабет»; истории болезни и листы врачеб-

ных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, гликемические, глюкозурические показатели; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Эндокринологическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Сахарный диабет – группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Выделяют инсулинозависимый сахарный диабет (I тип, аутоиммунный, идиопатический) и инсулинезависимый (II тип). Сахарный диабет I типа развивается вследствие деструкции В клеток поджелудочной железы, приводящей к абсолютной инсулиновой недостаточности. Факторы риска диабета I типа: генетическая предрасположенность, отягощенная наследственность, вирусная инфекция, высокий уровень в крови мочевой кислоты. Сахарный диабет II типа развивается как дефицит секреции инсулина и сопровождается резистентностью тканей к инсулину. Факторы риска диабета II типа: ожирение, атеросклероз, отягощенная наследственность. Различают следующие уровни сахара в капиллярной крови натощак (ммоль/л):

1) здоровые лица (натощак  $\leq 5,5$ ; через 2 часа после сахарной нагрузки (75 г глюкозы в 250 мл воды)  $< 7,8$ );

2) лица с гипергликемией натощак ( $> 5,5$ , но  $< 6,1$ ; через 2 часа после сахарной нагрузки  $< 7,8$ );

3) лица с нарушенной толерантностью к глюкозе (натощак  $> 5,5$ , но  $< 6,1$ ; через 2 часа после нагрузки  $\geq 7,8$ , но  $< 6,1$ );

4) больные сахарным диабетом (натощак  $\geq 6,1$ , через 2 часа после нагрузки  $\geq 11,1$ ).

Пациенты с преддиабетом и нарушенной толерантностью к глюкозе жалоб не предъявляют. Клиника больных сахарным диабетом зависит от состояния компенсации (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация), осложнений инсулинотерапии и осложнений сахарного диабета (кетоацидоз, гипогликемическое состояние, комы, микро- и макроангиопатии, нейропатии, энтеропатии, катаракта, остеоартропатии). Лечение СД включает диетотерапию, дозированные физические нагрузки, инсулинотерапию, обучение больных самоконтролю, лечение поздних осложнений. Для лечения СД I типа препаратами выбора являются инсулины человека, произведенные по ДНК-рекомбинантной технологии (генно-инженерные). К препаратам ультракороткого действия относятся хумалог (лизпро), новоРapid (аспарт); короткого – актрапид НМ, хумулин Р (регулар), инсуман Rapid; средней продолжительности действия – протафан НМ, хумулин Н, инсуман Базаль, монотард НМ, хумулин Л; длительно-го действия – ультратард НМ, хумулин У, лантус (гларгин) и др. Для лечения СД II типа применяются пероральные сахароснижающие препараты: препараты сульфанилмочевины - гликлазид (Диабетон, Диабетон МВ) и др.; меглитиниды и производные фенилглицины - репаглинид (Новонорм), натеглинид (старликс); бигуаниды - метформин; тиазолидиндионы - пиоглитазон (Актос), розиглитазон (Авандиа); ингибиторы глюкозидазы - глюкобай (Акарбоза).

### **Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины сахарного диабета I типа.
2. Основные симптомы и проблемы при диабете I типа.
3. Принципы лечения.

4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика сахарного диабета I типа.

Вариант 2:

1. Определение, причины сахарного диабета II типа.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика сахарного диабета II типа.

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятия «сахарный диабет». Разбирается эпидемиология сахарного диабета, классификация, причины, факторы риска, клинические проявления, принципы лечения, профилактики, реабилитации, диетотерапии пациентов с диабетом I и II типов. Затем обсуждаются острые осложнения сахарного диабета (диабетический кетоацидоз, гипогликемическое состояние, гипогликемическая кома) и принципы доврачебной помощи при них. При разборе хронических осложнений диабета (диабетическая стопа, диабетическая ретинопатия, нефропатия, нейропатия) отмечается роль школ диабета, использование моделей сестринского дела при уходе за пациентами.

*Практическая часть.* Демонстрируя больных сахарным диабетом, преподаватель обращает внимание студентов на характерные жалобы: сухость во рту, жажду, полиурию, повышенный аппетит. Обращается внимание на семейный анамнез. При осмотре кожи и слизистых отмечается бледность, сухость, сниженный тургор тканей, расчесы, гнойничковые заболевания. Выявляются также другие проявления ангиопатий: диабетическая стопа, ретинопатия, нефросклероз, артериальная гипертензия. Отмечаются группы риска развития диабетической стопы: слабовидящие и слепые, одинокие пожилые больные, курящие, злоупотребляющие алкоголем, имеющие язвы стоп в анамнезе и др.

Затем студенты самостоятельно оценивают показатели содержания сахара в крови, моче, формулируют проблемы пациентов: *жажда, сухость во рту, частое обильное мочеиспускание, слабость, кожный зуд, повышенный или пониженный аппетит, похудание.*

При обсуждении вопросов ухода указывается, что лечение больных включает диетотерапию с исключением или ограничением легкоусвояемых углеводов, физическую активность, обучение. Лекарственная терапия проводится строго по назначению врача по специальным схемам. Лечение больных сахарным диабетом I типа проводят с использованием препаратов инсулина. Препараты короткого действия вводят в мышцу или под кожу за 15-20 мин до еды от одного до нескольких раз в течение суток. Как правило суточная доза инсулина делится на 6 частей. Из них 2,5 части пациент принимает утром, 2 части - перед обедом, 1 часть - перед ужином, 0,5 части - перед сном. Этот метод применяется при впервые выявленном диабете, диабетическом кетоацидозе, беременности.

При использовании препаратов инсулина продленного действия проводится терапия «базис - болюс» в соотношении 1:2 или 1:3. Болюсные (препарат короткого действия) подколки проводятся перед едой. Препараты короткого и длительного действия, содержащие цинк, вводить в одном шприце нельзя.

Разбираются также показания и противопоказания для приема сахароснижающих препаратов при диабете 2 типа. Затем рассматриваются клинические проявления кетоацидоза, диабетической комы, гипогликемического состояния, гипогликемической комы, вопросы по оказанию неотложной помощи, тактики медсестры в этих ситуациях, лечение таких состояний. Также разбираются принципы профилактики диабетической стопы: контроль гликемии, систематический уход за ногами, правильный подбор и ношение обуви и носков, ношение ортопедических корректоров, ЛФК, своевременное лечение микозов.

### **Задание на самостоятельную работу**

После разбора демонстрируемого пациента преподаватель дает задание по обследованию другого больного, проведению, при необходимости - коррекции плана мероприятий по

уходу.

### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование закрепленных больных. Преподаватель делает поправки и замечания, при необходимости помогает определить и сформулировать приоритетную проблему, план мероприятий по уходу. После курации больных студенты в отделении и приемном покое под руководством опытных медицинских сестер осуществляют выполнение назначений врача (подкожное введение инсулина, взятие крови из периферической вены, в/в капельное введение лекарств, экспресс-диагностика мочи на глюкозу и ацетон). Преподаватель контролирует и корректирует выполнение манипуляций и процедур.

### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текст беседы по применению лекарственных средств при сахарном диабете.

### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие  | Метод контроля  | Критерии оценки  |
|---|---|---|--|
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации | - Подготовка доклада: «Уход за больными сахарным диабетом».<br>- Проведение беседы с пациентом о правилах введения инсулина                                       | – Экспертное наблюдение и оценка доклада на практическом занятии.<br>- Экспертное наблюдение и оценка беседы с пациентом о правилах введения инсулина на практическом занятии   | - Доклад выполнен в соответствии с инструктивным документом.<br>- Беседа с пациентом о правилах введения инсулина проведена в соответствии с инструкцией               |
| ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности   | - Оказание сестринской помощи больному сахарным диабетом при гипогликемическом состоянии.<br>- Выполнение п/к инъекции хумалого больному сахарным диабетом I типа | – Экспертное наблюдение и оценка оказания помощи больному сахарным диабетом при гипогликемическом состоянии на практическом занятии.<br>– Экспертное наблюдение и оценка п/к инъекции хумалого больному на практическом занятии | - Оказание помощи больному сахарным диабетом при гипогликемическом состоянии выполнено по стандарту.<br>- П/к инъекция хумалого выполнена в соответствии с инструкцией |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами   | - Определение гликемической кривой у больного сахарным диабетом.<br>- Определение глюкозурического профиля у боль-  | – Экспертное наблюдение и оценка определения гликемической кривой у больного во время производственной практики.<br>– Экспертное наблю-   | - Определение гликемической кривой выполнено по стандарту.<br>- Определение глюкозурического профиля выполнено по стандарту  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | ного сахарным диабетом  | дение и оценка определения у больного глюкозурического профиля во время производственной практики  |   |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил постановки инсулина больному сахарным диабетом.</li> <li>- Обучение больного сахарным диабетом II типа правилам приема сахароснижающих препаратов</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения правил постановки инсулина на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обучения больного правилам приема сахароснижающих препаратов на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Постановка инсулина больному выполнена по стандарту.</li> <li>- Пациент принимает сахароснижающие препараты согласно инструкции</li> </ul> |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## **2.7. Сестринское дело в артрологии**

### **2.7.1. Сестринское обследование пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз**

#### **Основные вопросы:**

1. Порядок сестринского обследования пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.
2. Определение понятия: «Ревматоидный артрит», «Деформирующий остеоартроз», причины, клинические проявления.
3. Принципы лечения и профилактика ревматоидного артрита, деформирующего остеоартроза.
4. Сестринский уход при ревматоидном артрите и деформирующем остеоартрозе.

#### **Цели занятия:**

1. Сформировать у студентов знание порядка сестринского обследования пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.
2. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза..
3. Углубить знания студентов по диагностике и лечению ревматоидного артрита.
4. Развивать профессиональные умения по уходу за больными ревматоидным артритом и деформирующим остеоартрозом.

#### **Студент должен иметь практический опыт:**

- осуществления ухода за пациентами с ревматоидным артритом и деформирующим остеоартрозом..

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход при ревматоидном артрите и деформирующем остеоартрозе;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи;
- выполнять фармакотерапию по назначению врача; проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента, вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при ревматоидном артрите и при ревматоидном артрите и деформирующем остеоартрозе.

*Формируемые компетенции.*

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при ревматоидном артрите и деформирующем остеоартрозе.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и реабилитации больных ревматоидным артритом и деформирующим остеоартрозом.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Ревматоидный артрит», «Остеоартроз»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи, рентгенограммы позвоночника, суставов; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Ревматологическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Костно-мышечная система является опорно-двигательным аппаратом человека. Суставом называется замкнутое пространство, образованное суставными поверхностями костей и суставной капсулой. Суставные поверхности костей покрыты хрящом. Функции суставов: двигательная, опорная.

Ревматоидный артрит - хроническое заболевание иммунно-воспалительной природы, приводящее к стойким деформациям пораженных суставов и нарушению их функциональной способности. Характерным признаком является симметричный артрит мелких суставов кистей и стоп, их отечность, болезненность, снижение мышечной силы, быстрая утомляемость, слабость, утренняя скованность продолжительностью более 30 минут. Наиболее часто встречается медленно-прогрессирующее течение со средней степенью активности, когда боли в суставах беспокоят не только при физической нагрузке, но и в покое. Отмечается утренняя скованность в суставах продолжительностью до полудня, мышечная слабость, выраженное ограничение подвижности суставов из-за болей, стабильные экссудативные явления (припухлость суставов, повышение температуры).

Деформирующий остеоартроз (остеохондроз) - дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов с дегенерацией суставного хряща с последующим изменением суставных поверхностей и развитием краевых разрастаний кости, деформации суставов. Больных беспокоят тупые ноющие боли в пораженных суставах, усиливающиеся при движении, особенно с нагрузкой. Характерны «стартовые» боли, возникающие при первых движениях в суставе после длительного покоя. С увеличением продолжительности движений болевой синдром уменьшается.

### **Предварительный контроль знаний**

**Фронтальный опрос.** Вопросы.

Вариант 1:

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

Вариант 2.

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

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятий «ревматоидный артрит», «остеоартроз». Разбираются анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы, распространенность, причины, факторы риска, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, диспансеризации ревматоидного артрита и



остеохондроза. Обсуждается использование моделей Д. Орэм и В. Хендерсон при оказании сестринской помощи пациентам.

**Практическая часть.** При демонстрации больных с заболеваниями суставов обращается внимание на начало болезни и специфические жалобы. При ревматоидном артрите отмечается повышение температуры тела, появление болей и воспалительных изменений в мелких суставах кистей и стоп, увеличение их в объеме, гиперемия, отечность. Характерна скованность по утрам более 30 мин. В клиническом и биохимическом анализе крови: отмечаются значительное ускорение СОЭ, лейкоцитоз, СРБ, циркулирующие иммунные комплексы, ревматоидный фактор. У больных с длительным течением болезни будет отмечаться деформация суставов, девиация пальцев рук, анкилозы. Неподвижность суставов у таких больных связана не с болями и отечностью, а является результатом внутрисуставных сращений, рубцовых изменений капсулы суставов и связочного аппарата. Проблемы пациентов с ревматоидным артритом: *боли в суставах, утренняя скованность, деформации суставов, слабость, дефицит самообслуживания*. Режим свободный. Показана максимальная двигательная активность. При поражении внутренних органов рекомендуется ограничение жидкости до 1000 мл в сут и соли до 5 г в сут. Базисная терапия включает: соли золота (кресанол), Д-пеницилламин (купренил), иммунодепрессанты (азатиоприн, лейкеран, метотрексат), хинолоны (делагил, плаквиннил, резохин), сульфасалазин, димексид. Базисные препараты снимают активность воспалительного процесса, предупреждают развитие деформации, вызывают ремиссию. Анальгетики при ревматоидном артрите малоэффективны.

При остеоартрозе отмечается боли в поясничном отделе позвоночника, коксартроз, гонартроз, специфическая деформация суставов кистей в виде узелков Бушара и Гебердена, движения в суставе ограничены. Проблемы пациентов с остеохондрозом: *боли в суставах, деформация суставов, слабость, дефицит самообслуживания*. Комплексная терапия деформирующего остеоартроза в период обострения включает значительное ограничение нагрузки на пораженные суставы, проведение разгрузочных дней 2 раза в неделю, медикаментозное лечение (индометацин, миорелаксанты, хондропротекторы, биостимуляторы, витамины и др.), физиопроцедуры (озокеритовые, грязевые, парафиновые аппликации, ультразвук, магнитотерапия), санаторно-курортное и хирургическое лечение. Назначается щадящий режим. В лечении остеохондроза применяются румалон, атрепарон, которые вводятся в сустав парентерально, что приводит к задержке дегенеративного процесса. Также короткими курсами применяются нестероидные противовоспалительные препараты, ЛФК, физиотерапия. В конце разбора больных студенты составляют подробный план ухода с использованием моделей Д. Орэм и В. Хендерсон.

#### **Задание на самостоятельную работу**

После демонстрации больного преподаватель закрепляет за каждым студентом другого больного с заболеванием опорно-двигательного аппарата, дает задание по его обследованию и составлению плана мероприятий по уходу.

#### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят сбор информации о больных (сбор жалоб, изучение истории заболевания, истории жизни, объективное обследование, изучают результаты дополнительных исследований), формулируют проблемы, составляют план наблюдения и ухода. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После курации больных группы по 2-3 человека работают на постах, в процедурных кабинетах, палатах, в приемном покое, где осуществляют уход за пациентами.

#### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, написание текста беседы по применению лекарственных средств при ревматоидном артрите и деформирующем остеоартрозе.

#### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель про-

веряет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

#### Подведение итогов занятия

| Компетенция  | Действие   | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|--|--|--|---|
| ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Раздача лекарственных препаратов больным ревматоидным артритом.</li> <li>- Участие в выполнении внутривенного капельного введения больному ревматоидным артритом крезанола</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка получения больными лекарственных препаратов на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка внутривенного капельного введения больному крезанола на практическом занятии</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Пациенты получили лекарственные препараты согласно листу назначения.</li> <li>- Внутривенное капельное введение больному крезанола выполнено согласно инструкции</li> </ul>          |
| ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Накрывание стерильного столика в процедурном кабинете.</li> <li>- Выполнение пробы на переносимость крезанола больному ревматоидным артритом</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка накрывания стерильного столика в процедурном кабинете на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка постановки пробы на переносимость крезанола на практическом занятии</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Накрывание стерильного столика в процедурном кабинете выполнено по стандарту.</li> <li>- Проба на переносимость крезанола выполнена по стандарту</li> </ul>                          |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Соблюдение правил приема больным ревматоидным артритом циклоспорина внутрь.</li> <li>- Проведение контроля побочных эффектов при приеме больным ревматоидным артритом циклоспорина</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения приема больным циклоспорина на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения контроля побочных эффектов при приеме циклоспорина на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Больной принимает циклоспорин согласно инструктивным документам.</li> <li>- Контроль побочных эффектов при приеме циклоспорина выполнен согласно инструктивным документам</li> </ul> |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больного ревматоидным артритом физическим тренировкам.</li> <li>- Выполнение массажа верхних и нижних конечностей при ревматоидном артрите</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка обучения больного физическим тренировкам во время производственной практики.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения массажа верхних и нижних конечностей на практическом занятии</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение больного физическим тренировкам выполнено согласно инструкции.</li> <li>- Выполнение массажа верхних и нижних конечностей больному осуществлено по инструкции</li> </ul>    |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### Задание к следующему занятию

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## 2.8. Сестринское дело в аллергологии

### 2.8.1. Сестринское обследование пациентов с острыми аллергическими заболеваниями. Крапивница, отек Квинке, анафилактический шок

#### *Основные вопросы:*

1. Порядок сестринского обследования пациентов с острыми аллергическими заболеваниями.
2. Определение понятия: «Острые аллергозы»; причины, факторы риска, клинические проявления.
3. Оказание сестринской помощи при острых состояниях.
4. Принципы лечения и профилактика острых аллергозов.
5. Сестринский уход при острых аллергозах.

#### *Цели занятия:*

1. Сформировать у студентов знание порядка сестринского обследования пациентов с острыми аллергическими заболеваниями.
2. Сформировать у студентов знание определения, причин, клинических проявлений, факторов риска возникновения острых аллергозов.

3. Углубить знания студентов по диагностике и лечению острых аллергозов.

4. Развивать профессиональные умения по уходу за больными острыми аллергозами.

Студент должен *иметь практический опыт*:

- осуществления ухода за пациентами с острыми аллергозами.

Студент должен *уметь*:

- осуществлять сестринский уход за больными острыми аллергозами;
  - готовить больных острыми аллергозами к лечебно-диагностическим вмешательствам;
  - осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
  - выполнять фармакотерапию по назначению врача;
  - проводить комплекс упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
  - консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- выполнять мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

Студент должен *знать*:

- причины острых аллергозов;
- клинические проявления;
- возможные осложнения;
- методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения при острых аллергозах.

#### *Формируемые компетенции.*

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий меди-

цинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

*Междисциплинарные связи.*

Обеспечивающие: анатомия и физиология человека, основы латинского языка с медицинской терминологией, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, основы патологии, выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными, правовое обеспечение профессиональной деятельности.

Обеспечиваемые: сестринский уход в хирургии, сестринский уход в педиатрии, сестринский уход при патологии ЛОР-органов, сестринский уход при патологии органа зрения, сестринский уход в неврологии.

*Обеспечение занятия.*

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- фонендоскопы, тонометры, предметы ухода;
- методическое пособие для студентов;
- презентация, учебный фильм по уходу при острых аллергозах;
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики, лечения, ухода и

реабилитации больных острыми аллергозами.

2. Технические средства обучения:

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

3. Наглядные пособия: таблицы «Крапивница», «Отек Квинке», «Анафилактический шок»; истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, бланки с анализами крови, мочи; тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

*Место проведения.* Терапевтическое отделение стационара.

### **Организационный момент**

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

### **Актуализация темы**

Острые аллергические заболевания - острые аллергические реакции немедленного типа в ответ на попадание в организм экзо- или эндогенного аллергена. К ним относятся: крапивница, отек Квинке, анафилактический шок. *Крапивница* - заболевание, связанное с нарушением проницаемости сосудистой стенки и отеком. Это наиболее частое проявление лекарственной непереносимости (пенициллин, анальгин, сульфаниламиды, витамины и др.), пищевой аллергии (яйца, молоко, рыба, алкоголь и др.), укусы перепончатокрылых. Характеризуется зудом кожи, быстрым развитием волдырей и таким же быстрым и бесследным их исчезновением. Сыпь может быть представлена единичной локализацией с копеечную монету или большими сливающимися неправильной формы образованиями. Крапивница, длящаяся более 3 мес, считается хронической.

*Отек Квинке* – ангионевротический отек, который распространяется на кожу, подкожную клетчатку и слизистые рта, языка, гортани, желудочно-кишечного тракта, гениталий. Отек Квинке нередко сочетается с крапивницей, но может быть самостоятельным проявлением острой аллергической реакции. При пищевой аллергии отек Квинке может принимать хроническое течение.

*Анафилактический шок* (анафилаксия системная) – состояние, угрожающее жизни пациента вследствие развития быстрой острой сосудистой недостаточности и дыхааатееель-

ьнооой, которое могут вызвать любой лекарственный препарат, сыворотка, вакцина, пыльца и др., в том числе и при неправильном аллергологическом обследовании или специфической гипосенсибилизации при поллинозах - пищевые продукты, холодовые пробы и др. Наличие аллергического анамнеза и аллергических реакций в виде ринита, крапивницы и др. является предвестником этого тяжелого состояния. После первого контакта со стимулом происходит сенсибилизация организма – 1 стадия развития анафилактического шока. 2 стадия (патохимическая) характеризуется активацией и освобождением биологически активных веществ (гистамина, серотонина, гепарина, ацетилхолина) с образованием новых активаторов (брадикинина и др.). 3 стадия – патофизиологическая, когда после повторного контакта с аллергеном происходит аллергическое воспаление, полнокровие и отечность органов и тканей. У пациентов отмечается слабость, одышка экспираторного типа, сухой кашель, чувство сдавления в груди, ринорея, головокружение, снижение зрения, «пелену» перед глазами, потеря слуха, зуд, чувство жара, озноб, боли в животе, боли в сердце, тошноту, рвоту, позывы на стул и мочеиспускание и т. д. Появляются цианоз или гиперемия кожи, сыпь, бледность, холодный пот, одышка экспираторного характера; зрачки расширены, нитевидный пульс, низкое или не определяющееся АД, тоны сердца глухие, тахикардия. Длительность симптомов зависит от правильного и своевременного лечения, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений. Смерть может наступить через 5-30 мин от асфиксии или через 24-48 и более часов от тяжелых органных изменений в почках, печени, сердце, мозге.

### **Предварительный контроль знаний**

#### ***Фронтальный опрос.*** Вопросы.

Вариант 1:

1. Определение, причины крапивницы, отека Квинке.
2. Основные симптомы и проблемы.
3. Принципы лечения.
4. Наблюдение и уход.
5. Профилактика крапивницы, отека Квинке.

Вариант 2.

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

### **Формирование новых понятий и умений**

*Теоретическая часть.* Дается определение понятий «крапивница», «отек Квинке», «анафилактический шок». Разбирается распространенность острых аллергических реакций, причины, факторы риска, клинические проявления, проблемы пациентов, доврачебная помощь при отеке Квинке и анафилактическом шоке, принципы лечения, профилактика, роль аллергологических кабинетов. Обсуждается использование моделей Д. Орэм и В. Хендерсон при оказании сестринской помощи пациентам.

*Практическая часть.* При разборе больных с крапивницей и отеком Квинке указывается, что причиной этих реакций могут быть лекарственные препараты, пищевые продукты, глистная инвазия, укусы насекомых, пыльца растений, холод, УФО и др. Заболевание начинается внезапно с интенсивного зуда кожи различных участков тела. Затем на коже появляются гиперемизированные участки, сыпь, волдыри различной величины. Появляются недомогание, головная боль, подъем температуры тела. При отеке Квинке зуда нет, но ощущается напряжение, увеличение размеров губ, носа, век, языка, гортани, мошонки (места с рыхлой клетчаткой). Отек может распространиться на подкожную клетчатку и сопровождаться появлением плотного бледного не зудящего инфильтрата. Отек слизистой гортани сопровождается охриплостью голоса, лающим кашлем, шумным стридорозным дыханием и может привести к асфиксии. Проявления анафилактического шока чрезвычайно многообразны, а дли-

тельность проявления составляют от нескольких секунд до 2 и более часов. Большинство больных жалуются на внезапно появившуюся слабость, чувство стеснения в груди, головокружение, головную боль, ощущение жара в теле, жжение тела или участков тела. Одновременно может возникнуть удушье с выраженным бронхоспазмом, снижение зрения, различный кожный зуд, тошнота, рвота, позывы на стул и мочеиспускание. В тяжелых случаях могут сразу развиться симптомы коллапса, без признаков эректильной фазы шока. По уровню снижения АД три степени тяжести: 1-я - легкая (АД систолическое до 90 мм рт. ст.); 2-я - средней тяжести (АД систолическое до 60 мм рт. ст.); 3-я - тяжелая (АД систолическое 60 и менее мм рт. ст.). Больные должны находиться под постоянным наблюдением персонала, так как субъективное удовлетворительное самочувствие их может не соответствовать тяжести состояния.

#### **Задание на самостоятельную работу**

После демонстрации больного преподаватель закрепляет за каждым студентом больного с острым аллергическим заболеванием, дает задание по его обследованию и составлению плана мероприятий по уходу.

#### **Самостоятельная работа**

Студенты самостоятельно проводят обследование больного (сбор жалоб, изучение истории заболевания, истории жизни, объективное обследование), изучают информацию по дополнительным исследованиям, формулируют проблемы, определяет приоритетность проблем, составляют план наблюдения и ухода. Преподаватель контролирует и корректирует их действия. После курации больных преподаватель распределяет студентов по постам, процедурным кабинетам, палатам, где они под его руководством и руководством опытных медицинских сестер осуществляют выполнение назначений врача: кормят постельных больных, оказывают им помощь при физиологических отправлениях, выполняют инъекции, раздают лекарственные препараты, измеряют температуру тела, осуществляют контроль АД, ЧДД, пульса.

#### **Закрепление знаний**

Студенты составляют подробный план мероприятий по уходу за демонстрируемым больным, решают ситуационные задачи, составляют текста бесед с пациентом по приему лекарственных средств при крапивнице и отеке Квинке.

#### **Оформление дневников**

Студенты описывают в дневниках проделанную работу на занятии. Преподаватель проверяет записи, при необходимости делает замечания, исправления и дополнения, ставит оценки с мотивировкой.

#### **Подведение итогов занятия**

| Компетенция   | Действие  | Метод контроля   | Критерии оценки   |
|---|---|--|---|
| ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение беседы с больным крапивницей по устранению курения и приема алкоголя.</li> <li>- Проведение беседы с больным с отеком Квинке по соблюдению гипоаллергизирующей диеты</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по устранению вредных привычек на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения беседы с пациентом по соблюдению гипоаллергизирующей диеты на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Беседа с пациентом по устранению вредных привычек проведена согласно инструкции.</li> <li>- Беседа с пациентом по соблюдению гипоаллергизирующей диеты проведена соответственно требованиям</li> </ul> |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей. | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Проведение систематических занятий физической культурой, отказ от курения.</li> <li>– Проведение занятий в спортивных секциях</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка выполнения систематических занятий физической культурой, отказ от курения в процессе внеаудиторной работы.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка участия в спортивных секциях в процессе внеаудиторной работы</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Осуществление систематических занятий физической культурой, отказ от курения.</li> <li>– Участие в спортивных секциях</li> </ul>  |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение плазмафереза больному крапивницей.</li> <li>- Контроль выполнения больным правил приема лекарственных препаратов при наличии в анамнезе анафилактического шока</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка проведения больному плазмафереза на практическом занятии.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка контроля выполнения больным правил приема лекарственных средств на практическом занятии</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение плазмафереза выполнено по стандарту.</li> <li>- Больной принимает лекарственные средства согласно личной карты переносимости лекарственных препаратов</li> </ul> |
| ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнение правил и инструкций при оформлении амбулаторной карты/истории болезни больного острым аллергозом.</li> <li>- Выполнение правил и инструкций хранения амбулаторной карты/истории болезни пациента с острым аллергозом</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Экспертное наблюдение и оценка заполнения амбулаторной карты/истории болезни больного острым аллергозом.</li> <li>- Экспертное наблюдение и оценка хранения амбулаторной карты/истории болезни пациента с острым аллергозом на практическом занятии</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ведение утвержденной медицинской документации на больных острыми аллергозами осуществляется согласно инструктивным документам</li> </ul>                                    |

Преподаватель подводит итоги занятия, проводит анализ проделанной студентами работы, отмечая активность и самостоятельность каждого, выставляет оценки с последующей мотивацией, делает вывод о достижении целей занятия.

#### **Задание к следующему занятию**

Преподаватель сообщает тему и основное содержание следующего занятия.

## Приложение 1

### Наблюдение за пациентом (схема)

При ежедневном наблюдении за пациентом необходимо:

- оценить общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, улучшилось, ухудшилось, без перемен);
- выявить потребности, удовлетворение которых нарушено, определить приоритетность проблем;
- отметить данные общего осмотра - цвет кожных покровов и слизистых, выражение лица, положение в постели, отеки, цианоз, расчесы и др. и данные осмотра, пальпации, аускультации органов дыхания - ЧДД, участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки в акте дыхания, дыхание везикулярное, бронхиальное, жесткое, ослабленное, хрипы, их локализация; органов кровообращения - АД, пульс и его характеристика; тоны сердца чистые, ясные, приглушены, глухие, наличие шумов; органов пищеварения – язык, акт глотания, данные поверхностной пальпации живота;
- уточнить функции желудочно-кишечного тракта (стул) и мочевыделительной системы (мочеиспускание);
- определить проблемы и их приоритетность;
- определить краткосрочные и долгосрочные цели сестринских вмешательств;
- составить план сестринских вмешательств или провести его коррекцию.

### Перечень сестринских технологий манипуляций, исследований и процедур

1. Аускультация легких.
2. Аускультация сердца.
3. Аускультация живота.
4. Введение лекарственных веществ с помощью клизмы.
5. Взятие крови из периферической вены.
6. Внутримышечное введение лекарственных препаратов.
7. Внутривенное введение лекарственных препаратов.
8. Дезинфекция предметов ухода.
9. Заполнение «Дневника работы среднего медперсонала».
10. Заполнение документации при введении наркотических средств.
11. Заполнение «Тетради учета работы на дому участковой медсестры».
12. Заполнение титульного листа «медицинской карты стационарного больного».
13. Заполнение «статистической карты выбывшего из стационара».
14. Заполнение «медицинской карты амбулаторного больного».
15. Заполнение «контрольной карты диспансерного наблюдения».
16. Заполнение температурного листа.
17. Зондирование дуоденальное (диагностическое, лечебное).
18. Зондирование желудка (фракционное).
19. Измерение роста.
20. Измерение частоты дыхания, регистрация результатов.
21. Измерение частоты сердечных сокращений.
22. Измерение АД, регистрация результатов.
23. Измерение массы тела.



24. Ингаляционное введение лекарств.
25. Исследование пульса, регистрация.
26. Кормление тяжелобольных.
27. Оксигенотерапия.
28. Осмотр пациента.
29. Определение наличия отеков.
30. Определение глюкозы и ацетона в моче экспресс-методом.
31. Определение водного баланса.
32. Оформление направлений на исследования.
33. Оценка степени риска развития пролежней.
34. Оценка степени тяжести пролежней.
35. Оценка интенсивности боли.
36. Постановка пиявок.
37. Перемещение тяжелобольных.
38. Пикфлоуметрия и регистрация результатов.
39. Применение дренажных положений.
40. Подготовка к пункции плевральной полости.
41. Поверхностная пальпация живота.
42. Постановка очистительной клизмы.
43. Постановка масляной клизмы.
44. Постановка гипертонической клизмы.
45. Постановка сифонной клизмы.
46. Постановка газоотводной трубки.
47. Пособие при дефекации.
48. Подготовка к эндоскопическим методам обследования:- ФГДС.
49. Подготовка к колоноскопии.
50. Подготовка к ректороманоскопии.
51. Подготовка к рентгенологическому исследованию желудка.
52. Подготовка к ирригоскопии.
53. Подготовка к холецистографии.
54. Подготовка к экскреторной урографии.
55. Подготовка к УЗИ органов брюшной полости.
56. Подготовка к стерильной пункции.
57. Подкожное введение лекарственных препаратов.
58. Предстерилизационная обработка медицинского инструментария.
59. Применение средств индивидуальной защиты медицинской сестры.
60. Применение грелки.
61. Применение согревающего компресса.
62. Применение пузыря со льдом.
63. Промывание желудка.
64. Расспрос пациента.
65. Регистрация температуры в температурном листе.
66. Размещение тяжелобольных в постели.
67. Сбор мокроты на общий анализ, атипичные клетки.
68. Сбор мокроты на микробиологическое исследование.
69. Сбор кала для исследования на гельминты и простейшие.
70. Сбор кала для исследования на скрытую кровь.
71. Сбор кала на копрологическое исследование (на остатки пищи).
72. Сбор мочи для исследования содержания глюкозы.
73. Сбор мочи для исследования на содержания ацетона.
74. Сбор мочи для микробиологического исследования.
75. Сбор мочи на общий анализ.

76. Сбор мочи для определения суточного количества.
77. Сбор мочи по Нечипоренко.
78. Сбор мочи для проведения пробы по Зимницкому.
79. Сбор мочи на пробу Реберга.
80. Термометрия общая и заполнение температурного листа.
81. Уход за полостью рта тяжелобольных.
82. Уход за промежностью и наружными половыми органами у тяжелобольных.

## **Перечень специальных знаний и умений, необходимых для работы медицинской сестры в терапевтическом отделении поликлиники и стационара**

*Специальные знания* в области сестринского дела в терапевтическом отделении поликлиники: функциональные обязанности, права и ответственность сестринского и младшего медицинского персонала; демографическая и медико-социальная характеристика прикрепленного населения; организация профилактической работы среди населения участка; организация и методика работы по гигиеническому воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни; роль и основные задачи медицинской сестры при проведении врачебного поликлинического приема, его организация и материальное обеспечение; основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактика основных заболеваний внутренних органов; основные группы лекарственных препаратов, применяемых в терапии, показания и противопоказания к их применению, характер взаимодействия, осложнения; противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции; иммунопрофилактика; система инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала; организация сестринского ухода за больными на дому на основе этапов сестринского процесса; организация восстановительного лечения и реабилитация терапевтических больных в поликлинике; основы рационального и сбалансированного питания; основы диспансеризации населения; основные учетные формы медицинской документации терапевтического участка.

*Специальные знания* в области сестринского дела в терапевтическом отделении стационара: организация сестринского дела в терапевтическом отделении стационара; лечебно-охранительный режим; профилактика больничного травматизма, положение больного в постели; правила транспортировки больных; система больничного инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала; охрана труда и техника безопасности; основные симптомы и синдромы нарушений функций внутренних органов, доврачебная помощь, методы диагностики и лечения; основы рационального, лечебного и диетического питания; основные учетные формы медицинской документации; основы реабилитации больных в условиях стационара.

*Специальные умения* в области сестринского дела в терапевтическом отделении поликлиники: проводить персональный учет прикрепленного населения; собирать оперативную информацию об эпидемиологической ситуации; совместно с санитарно-эпидемиологической службой проводить противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции; владеть техникой иммунопрофилактики; проводить забор, доставку, хранение собранного материала для бактериологического исследования; выполнять требования инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала; выполнять правила техники безопасности и охраны труда в структурных подразделениях амбулаторно-поликлинического учреждения; проводить санитарно-просветительную работу на участке, включающую пропаганду медицинских знаний, гигиеническое воспитание и обучение населения здоровому образу жизни; организовать проведение приема врача (подготовка рабочего места, приборов, инструментария, подготовка амбулаторной карты больного, бланков, рецептов); проводить предварительный сбор анамнеза, предварительный осмотр больного; выполнять профилактические, лечебные, диагностические мероприятия, назначаемые врачом в поликлинике и на

дому, ассистировать врачу при проведении поликлинических манипуляций; осуществлять обеспечение кабинета необходимыми медикаментами, учет расходов медикаментов, бланков специального учета; проводить контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременным ремонтом и списанием; проводить подготовку санитарного актива участка по оказанию самопомощи и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях; проводить обучение родственников тяжелобольных методам ухода, оказанию первой медицинской помощи; вести утвержденную учетно-отчетную медицинскую документацию.

*Специальные умения* в области сестринского дела в терапевтическом отделении стационара: осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса; выполнять требования больничного инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала; выполнять требования техники безопасности и охраны труда; владеть техникой подготовки больных к диагностическим исследованиям; выполнять профилактические, лечебные, диагностические манипуляции и процедуры, назначаемые врачом, готовить инструменты и ассистировать врачу при проведении сложных манипуляций; проводить санитарно-просветительную работу среди пациентов и их родственников, включающую пропаганду медицинских знаний; обучать оказанию само- и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях; проводить гигиеническое воспитание и обучение навыкам здорового образа жизни.

## **Ведение дневника учебной практики (схема)**

1. Дневник должен вестись в отдельной тетради.
2. Слева выделяется графа «Дата», в середине – графа «Содержание работы», справа – графа «Замечания».
3. Ежедневно указывается тема практического занятия.
4. Ежедневно в графе «Содержание работы» описываются:
  - 1) данные обследования демонстрируемого больного по теме занятия, план мероприятий по уходу за ним;
  - 2) самостоятельная курация закрепленного пациента;
  - 3) манипуляции, впервые выполненные на практическом занятии;
  - 4) перечень и количество самостоятельно выполненных манипуляций и процедур (работа на постах, в палатах, в процедурных и других кабинетах, приемном покое);
  - 5) рецепты по теме занятия.
5. Дневник проверяется преподавателем и в графе «Замечания» указываются замечания по ведению дневника, ставится оценка. Учитывается качество и количество выполненных студентом манипуляций и процедур, правильность, четкость и аккуратность описания демонстрируемого и курируемого пациентов.

## Приложение 2

.....  
.....  
.....

### Тестовый контроль

#### Современное сестринское дело в терапии

1. Здоровье — это:

- а) отсутствие болезней
- б) состояние полного физического, социального, психического благополучия и отсутствие болезней
- в) физическое и социальное благополучие
- г) отсутствие болезней и дефектов

2. Болезнь — это:

- а) нарушение целостности организма
- б) реакция организма на повреждение
- в) нарушение анатомической целостности и функционального состояния организма
- г) патологический процесс, протекающий в организме в результате воздействия болезнетворных факторов

3. Сестринский **уход** в терапии — это:

- а) структура, организующая сестринскую практику по уходу за больными
- б) системный подход определения практической ситуации и проблем пациента
- в) научный метод решения сестринских проблем
- г) все верно

4. К патологическому типу грудной клетки относится:

- а) астеническая
- б) гиперстеническая
- в) воронкообразная
- г) нормостеническая

5. Способ определения типа телосложения:

- а) пальпация
- б) опрос
- в) осмотр
- г) перкуссия

6. Синюшное окрашивание губ и кончиков пальцев — это:

- а) акроцианоз
- б) иктеричность
- в) диффузный цианоз
- г) гиперемия

7. Правила сбора мочи на общий анализ:

- а) через каждые 3 часа по 50 мл в течение суток в чистые сухие банки
- б) утром после подмывания 150 мл мочи в чистую сухую посуду
- в) после подмывания 10-15 мл мочи в чистую сухую посуду
- г) все верно

8. При перкуссии грудной клетки у здорового человека над легкими определяется:

- а) тимпанит
- б) коробочный оттенок
- в) притупление легочного звука

г) ясный легочной звук

9. При аускультации сердца в норме выслушиваются:

- а) систолический и диастолический шумы
- б) шум трения перикарда
- в) систолический и диастолический тоны
- г) щелчок открытия митрального клапана

10. Правила сбора мочи на баканализ:

- а) собрать мочу за сутки, тщательно перемешать, отлить 150 мл в чистую сухую посуду, на направлении указать суточный диурез
- б) после тщательного подмывания собрать из средней порции 5-10 мл мочи в стерильную посуду
- в) в чистую сухую посуду собрать несколько мл мочи и немедленно доставить в лабораторию
- г) все верно

11. Нормальные показатели АД у здорового человека:

- а) меньше 120/80 мм рт. ст.
- б) меньше 130/85 мм рт. ст.
- в) 130/85-139/89 мм рт. ст.
- г) все перечисленное верно

12. С помощью пальпации живота можно определить:

- а) напряжение мышц передней брюшной стенки
- б) размеры селезенки
- в) размеры печени
- г) желчный пузырь

13. При исследовании органов мочевого выделения необходимо определить симптом:

- а) Ортнера
- б) Керра
- в) Пастернацкого
- г) Мюсси

14. К минимуму лабораторных исследований относится:

- а) общий анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) общий анализ кала
- г) все верно

15. Ишурия — это:

- а) частое мочеиспускание
- б) отсутствие мочи
- в) задержка мочи
- г) ночная порция мочи больше дневной

16. Цианоз кожных покровов — это:

- а) бледность кожи
- б) желтушное окрашивание
- в) синюшное окрашивание
- г) покраснение кожи

17. Для дуоденального зондирования необходимо приготовить:

- а) тонкий зонд с оливой
- б) тонкий зонд без оливы
- в) 6 флаконов
- г) 6 пробирок

18. При аускультации у здорового человека выслушивается:

- а) везикулярное дыхание
- б) жесткое дыхание

- в) бронхиальное дыхание
- г) ослабленное дыхание

19. Рентгенологический метод исследования — это:

- а) ФГДС
- б) ректороманоскопия
- в) ирригоскопия
- г) холецистография

20. Водный баланс — это:

- а) соотношение дневного и ночного диуреза
- б) суточное количество мочи
- в) суточный диурез в течение 3-х дней
- г) соотношение выпитой и выделенной жидкости

21. Подготовка пациента к взятию кала на скрытую кровь:

- а) соблюдать 3 дня диету N 4
- б) исключить из питания молочные продукты
- в) в течение 3 дней исключить блюда из мяса, рыбы, гречневой крупы, яиц, овощей
- г) соблюдать диету N 15

22. Кал на копрологическое исследование доставляется в:

- а) биохимическую лабораторию
- б) клиническую лабораторию
- в) бактериологическую лабораторию
- г) иммунологическую лабораторию

23. Кал на бактериологическое исследование берется в:

- а) чистую сухую банку
- б) чистую сухую пробирку
- в) стерильную сухую пробирку
- г) стерильную пробирку с консервантом

24. Для стерильной пункции готовится:

- а) шприц Жане
- б) игла Кассирского
- в) игла Дюффо
- г) игла длиной 10-15 см

25. Для плевральной пункции готовится:

- а) шприц Жане
- б) игла Кассирского
- в) игла Дюффо
- г) игла длиной 10-15 см

26. Подготовка к УЗИ органов брюшной полости:

- а) в течение 3 дней принимать активированный уголь
- б) в течение 3 дней принимать фестал
- в) в течение 3 дней исключить из рациона газообразующие продукты
- г) все перечисленное верно

27. Цель подготовки пациента к УЗИ органов брюшной полости и малого таза:

- а) исключить метеоризм
- б) очистить желудок
- в) очистить кишечник
- г) очистить мочевыводящие пути

28. Частота дыхательных движений в норме (в мин.):

- а) 6-8
- б) 20-40
- в) 60-80
- г) 14-16

29. Частота сердечных сокращений в норме (в мин.):

- а) 80-100
- б) 50-60
- в) 100-120
- г) 60-80

30. Наиболее информативный метод диагностики бронхоэктатической болезни

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

31. При сборе мокроты на общий анализ пациента необходимо обеспечить

- а) сухой пробиркой
- б) сухой банкой
- в) стерильной пробиркой
- г) стерильной банкой

32. Подготовка пациента к плевральной пункции:

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

33. Рентгенологические методы исследования органов дыхания:

- а) бронхография, томография, флюорография
- б) холецистография, ирригоскопия, гастроскопия
- в) спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия
- г) УЗИ

34. Мокроту на посев собирают:

- а) в чашку Петри
- б) в сухую чистую банку
- в) в стерильную банку
- г) в стерильную пробирку

35. При записи ЭКГ на правую руку накладывают электрод:

- а) зеленый
- б) желтый
- в) красный
- г) черный

36. Место установки грудного электрода при записи отведения V4:

- а) 4 межреберье справа от грудины
- б) 4 межреберье слева от грудины
- в) 5 межреберье слева от грудины
- г) 5 межреберье по левой среднеключичной линии

37. Частота сердечных сокращений 50 уд/мин. — это:

- а) брадикардия
- б) тахикардия
- в) экстрасистолия
- г) норма

38. Подготовка пациента к ультразвуковому исследованию сердца:

- а) разъяснение сущности исследования
- б) очистительная клизма
- в) промывание желудка
- г) проведение бронхоскопии

39. Контроль качества — это:

- а) синоним обеспечения качества

- б) оценка соответствия стандарту
- в) соответствие стандарту
- г) установление соответствия технологии продукта конечному результату

40. Качество медицинской помощи:

- а) содержание взаимодействия медицинского работника и пациента, основанное на квалификации профессионала
- б) соотношение технологии медицинской помощи конечному результату
- в) требования стандартов качества медицинской помощи
- г) соответствие требований стандартов качества медицинской помощи конечному результату

41. Свойства сестринской деятельности, затрудняющие ее контроль:

- а) несовершенство, неосвязаемость
- б) неотделяемость, неуправляемость
- в) несохраняемость, непостоянство
- г) все верно

42. Структурный подход контроля качества медицинского обслуживания включает:

- а) административные методы
- б) хозяйственные методы
- в) лицензирование
- г) управленческие методы

43. Уровни контроля качества сестринских услуг в ЛПУ:

- а) врач, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом
- б) старшая, главная медицинские сестры
- в) главный врач, главный штатный (внештатный) специалист по сестринскому делу органа управления здравоохранением
- г) все верно

44. Современная сестринская деятельность в терапевтическом отделении поликлиники:

- а) организация и проведение мероприятий по сохранению здоровья у пациентов
- б) организация первичной и вторичной профилактики заболеваний внутренних органов
- в) проведение мероприятий по уходу за пациентами в системе первичной медико-санитарной помощи
- г) организация и проведение мероприятий по лечению больных с заболеваниями внутренних органов

45. К зависимым причинам низкого качества сестринских услуг относятся:

- а) отклонение от принятых стандартов
- б) невыполнение пациентом рекомендаций лечащего врача
- в) дефицит преемственности в работе
- г) дефицит медикаментов

46. К независимым причинам низкого качества сестринских услуг относятся:

- а) дефицит знаний
- б) дефицит умений
- в) противодействия со стороны пациента и его окружения
- г) дисциплинарные нарушения

47. Качество сестринских услуг зависит от:

- а) укомплектованности штатов ЛПУ
- б) нагрузки медицинской сестры, организации рабочего места
- в) рабочей дисциплины
- г) все верно

48. Видом контроля качества сестринской деятельности является:

- а) сплошной
- б) предварительный
- в) лицензирование
- г) все верно



49. Формой контроля качества сестринской деятельности является:

- а) текущий
- б) аккредитация
- в) сплошной
- г) все верно

50. Метод контроля качества сестринской деятельности:

- а) аттестация
- б) индивидуальный
- в) заключительный
- г) все верно

51. Управленческая деятельность главной медицинской сестры ЛПУ включает:

- а) участие в подборе и рациональной расстановке сестринских кадров
- б) планирование и контроль повышения квалификации и аттестации, систематическое обучение сестринского и младшего медицинского персонала
- в) внедрение профессиональных стандартов (протоколов) и сестринских инноваций
- г) все верно

52. Формирование корпоративной культуры — это:

- а) создание в коллективе творческой активности, исполнительности, ответственности
- б) наличие лидера, долговременная приверженность всего коллектива установившимся традициям, подлинная забота о благосостоянии всех сотрудников и пациентов
- в) стремление коллектива к успеху, достижению поставленных целей
- г) все верно

*Эталоны ответов:*

1б 2г 3г 4в 5в 6а 7б 8г 9в 10б 11б 12а 13в 14г 15в 16в 17а 18а 19г 20г 21в 22б 23г 24б 25г 26г 27а 28г 29г 30а 31б 32г 33а 34а 35в 36г 37а 38а 39б 40а 41в 42в 43г 44в 45а 46в 47г 48б 49б 50в 51г 52г

## **Сестринское дело в пульмонологии**

1. Основная причина развития острого бронхита:

- а) алкоголизм
- б) курение
- в) бактериальная и вирусная инфекция
- г) переохлаждение

2. Характер мокроты при остром бронхите:

- а) слизистая
- б) стекловидная
- в) "ржавая"
- г) розовая пенная

3. Основным симптомом хронического бронхита:

- а) головная боль
- б) слабость
- в) лёгочное кровотечение
- г) кашель с отделением мокроты

4. Основным фактором риска хронического бронхита:

- а) курение
- б) бактериальная и вирусная инфекция
- в) переохлаждение
- г) гиповитаминоз

5. Основная проблема пациента с хроническим обструктивным бронхитом:

- а) головная боль
- б) недомогание

- в) повышение температуры
- г) одышка

6. Осложнение хронического бронхита:

- а) лёгочное кровотечение
- б) острая сосудистая недостаточность
- в) острая сердечная недостаточность
- г) дыхательная недостаточность

7. При кашле с отделением гнойной мокроты противопоказан:

- а) бромгексин
- б) либексин
- в) мукалтин
- г) грудной сбор

8. Для разжижения густой вязкой мокроты используется:

- а) йодид калия
- б) кодеин
- в) сальбутамол
- г) теofilлин

9. Физическая активность оказывает на дыхательную систему действие:

- а) улучшает периферическое кровообращение
- б) нормализует процессы торможения и возбуждения в коре головного мозга
- в) увеличивает жизненную емкость легких
- г) нормализует АД

10. При лечении гнойного бронхита используются:

- а) амоксициллин, бромгексин
- б) бекотид, интал
- в) кодеин, либексин
- г) кофеин, кордиамин

11. Наиболее частый возбудитель пневмонии:

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

12. Основные симптомы пневмонии

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

13. Воспаление целой доли легкого наблюдается при пневмонии:

- а) микоплазменной
- б) стафилококковой
- в) пневмококковой
- г) вирусной

14. "Ржавый" характер мокроты наблюдается при пневмонии:

- а) микоплазменной
- б) стафилококковой
- в) пневмококковой
- г) вирусной

15. Наиболее информативный метод диагностики пневмонии:

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

16. Этиотропное лечение пневмонии – это применение:

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

17. Осложнение пневмонии:

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

18. Критическое снижение температуры тела при пневмонии вызывает:

- а) острую дыхательную недостаточность
- б) коллапс
- в) острую коронарную недостаточность
- г) легочное кровотечение

19. К базисному лечению бронхиальной астмы относится:

- а) противовоспалительная терапия
- б) ферментная терапия
- в) элиминационная терапия
- г) физиотерапия

20. Приоритетная проблема при бронхиальной астме:

- а) инспираторная одышка
- б) кашель с гнойной мокротой
- в) кровохарканье
- г) приступ удушья

21. Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы:

- а) горизонтальное
- б) горизонтальное с приподнятыми ногами
- в) лежа на боку
- г) сидя, с упором руками на колени

22. Пациент должен тщательно полоскать рот после приема:

- а) вентолина
- б) бекотида
- в) беротека
- г) астмопента

23. Стекловидная мокрота выделяется при:

- а) остром абсцессе легкого
- б) бронхиальной астме
- в) пневмонии
- г) экссудативном плеврите

24. Неспецифические включения в мокроте при бронхиальной астме:

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

25. Профилактика обострения бронхиальной астмы:

- а) усиление питания
- б) устранение гиподинамии
- в) отказ от алкоголя
- г) прекращение контакта с аллергеном

26. Приступ удушья при бронхиальной астме снимается:

- а) кодеином

- б) либексином
- в) сальбутамолом
- г) тусупрексом

27. Для профилактики приступов удушья при бронхиальной астме используется:

- а) астмопент
- б) беротек
- в) интал
- г) теофиллин

28. Пикфлоуметрия – это определение:

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

29. Заболевание, которое может осложниться абсцессом легкого:

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

30. Абсцесс легкого – это:

- а) воспаление легкого
- б) воспаление плевры
- в) образование в легком полости с гноем
- г) накопление жидкости в плевральной полости

31. Появление гнойной мокроты «полным ртом» на фоне гектической лихорадки:

- а) острый абсцесс легкого
- б) бронхиальная астма
- в) тяжелая пневмония
- г) сухой плеврит

32. Для абсцесса легкого характерна лихорадка:

- а) волнообразная
- б) гектическая
- в) извращенная
- г) постоянная

33. Приоритетная проблема пациента после прорыва абсцесса легкого в бронх:

- а) лихорадка
- б) слабость
- в) кровохарканье
- г) кашель с гнойной мокротой

34. Осложнение острого абсцесса легкого:

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

35. При лечении абсцесса легкого используются препараты:

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

36. Основная причина приобретенных бронхоэктазов:

- а) бронхиальная астма
- б) пневмония
- в) хронический бронхит

г) сухой плеврит

37. Воспаление в расширенных, деформированных бронхах:

а) хронический абсцесс легкого

б) бронхоэктатическая болезнь

в) пневмония

г) экссудативный плеврит

38. Приоритетная проблема при бронхоэктатической болезни:

а) слабость

б) снижение аппетита

в) недомогание

г) кашель с гнойной мокротой

39. Пальцы в виде "барабанных палочек" и ногти в виде "часовых стекол" встречаются при:

а) хронических гнойных заболеваниях легких

б) острых заболеваниях легких

в) острых заболеваниях органов пищеварения

г) хронических заболеваниях кишечника

40. Дренажное положение придается пациенту с целью:

а) снижения лихорадки

б) уменьшения одышки

в) расширения бронхов

г) облегчения отхождения мокроты

41. Осложнение бронхоэктатической болезни:

а) лихорадка

б) приступ экспираторного удушья

в) кашель с гнойной мокротой

г) легочное кровотечение

42. При выделении гнойной мокроты пациента необходимо обеспечить:

а) чашкой Петри

б) стерильной банкой

в) индивидуальной плевательницей

г) стерильной пробиркой

43. Индивидуальная карманная плевательница должна быть заполнена на четверть:

а) водой

б) гипертоническим раствором

в) 25% раствором соды

г) 2% раствором хлорамина

44. При выделении большого количества гнойной мокроты в питании пациента рекомендуется:

а) увеличить количество соли

б) увеличить количество белка

в) уменьшить количество соли

г) уменьшить количество белка

45. Рентгенологическое исследование бронхов с применением контрастного вещества:

а) бронхоскопия

б) бронхография

в) томография

г) флюорография

46. Похудание, кровохарканье, боль в грудной клетке наблюдаются при:

а) острым бронхите

б) бронхиальной астме

в) очаговой пневмонии

г) раке легкого

47. Фактор риска рака легкого:

а) ожирение

б) переохлаждение

в) инфекция

г) курение

48. Решающее значение в диагностике рака лёгкого имеет:

а) спирография

б) рентгенологические исследования легких

в) лабораторная диагностика

г) ЭКГ

49. Потенциальная проблема пациента при раке легкого:

а) лихорадка

б) прибавка массы тела

в) легочное кровотечение

г) головная боль

50. Метод ранней диагностики рака легкого:

а) бронхография

б) анализ крови

в) анализ мокроты

г) флюорография

51. При раке легкого в мокроте определяются:

а) атипичные клетки

б) микобактерии

в) пневмококки

г) эозинофилы

52. Осложнение рака легкого:

а) бронхиальная астма

б) хронический бронхит

в) эмфизема легких

г) экссудативный плеврит

53. При легочном кровотечении характерна мокрота:

а) алая, пенная

б) темная, со сгустками

в) цвета "кофейной гущи"

г) вязкая, стекловидная

54. Независимое сестринское вмешательство при легочном кровотечении:

а) введение хлорида кальция внутривенно

б) введение аминапроновой кислоты

в) тепло на грудную клетку

г) холод на грудную клетку

55. Зависимое сестринское вмешательство при кровохарканье:

а) введение хлорида кальция внутривенно

б) введение гепарина

в) постановка банок на грудную клетку

г) постановка горчичников на грудную клетку

56. Заболевание, которое может осложниться плевритом:

а) бронхит

б) бронхиальная астма

в) рак легкого

г) эмфизема легких

57. Основным симптомом при сухом плеврите:

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

58. Основным симптом экссудативного плеврита:

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

59. Пациент занимает вынужденное положение лежа на больной стороне при:

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

60. Зависимое сестринское вмешательство при сухом плеврите – применение:

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

61. При плевральной пункции одномоментно извлекается жидкости не более:

- а) 0,5 л
- б) 1-1,5 л
- в) 3 мл
- г) 5 мл

62. Повышенная воздушность легких – это:

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

63. Основным симптом при эмфиземе легких:

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

*Эталоны ответов:*

1в 2а 3г 4а 5г 6г 7б 8а 9в 10а 11в 12б 13в 14в 15г 16в 17г 18б 19а 20г 21г  
 22б 23б 24г 25г 26в 27в 28г 29б 30в 31а 32б 33г 34г 35а 36б 37б 38г 39а 40г 41г  
 42в 43г 44б 45б 46г 47г 48б 49в 50г 51а 52г 53а 54г 55а 56в 57г 58г 59г 60а 61б 62г  
 63в

## **Сестринское дело в кардиологии**

1. Ревматизм вызывает:

- а) β-гемолитический стрептококк
- б) золотистый стафилококк
- в) вирус
- г) риккетсия

2. К развитию ревматизма предрасполагают:

- а) курение
- б) гиподинамия
- в) стресс
- г) очаги хронической инфекции в носоглотке

3. Одними из главных причин развития заболеваний сердечно-сосудистой системы являются:

- а) неблагоприятные климатические условия
- б) природно-экологические факторы
- в) избыточное питание, гиподинамия
- г) конституция

4. Основные симптомы ревмокардита:

- а) головная боль, головокружение, повышение АД
- б) слабость, понижение АД
- в) снижение аппетита, гектическая лихорадка
- г) боль в области сердца, тахикардия, субфебрилитет

5. Потенциальная проблема пациента при ревмокардите:

- а) полиартрит
- б) повышение АД
- в) острая сосудистая недостаточность
- г) хроническая сердечная недостаточность

6. При ревматизме наиболее часто поражается клапан сердца:

- а) аортальный
- б) митральный
- в) пульмональный
- г) трехстворчатый

7. Основные проблемы пациента с ревматическим полиартритом:

- а) повышение температуры, стойкая деформация суставов
- б) поражение крупных суставов, летучесть и симметричность болей
- в) поражение мелких суставов, утренняя скованность
- г) недомогание, моноартрит с деформацией

8. Потенциальная проблема пациента при ревмокардите:

- а) легочное кровотечение
- б) боль в области сердца
- в) снижение аппетита
- г) хроническая сердечная недостаточность

9. Наиболее частый исход ревматического эндокардита:

- а) атеросклероз
- б) гипертоническая болезнь
- в) порок сердца
- г) выздоровление

10. Поражение кожи при ревматизме:

- а) диффузный цианоз
- б) кольцевидная эритема
- в) "сосудистые звездочки"
- г) акроцианоз

11. Исход ревматического полиартрита:

- а) анкилоз
- б) деформация сустава
- в) кровоизлияние в полость сустава
- г) отсутствие остаточных явлений

12. При ревматизме в общем анализе крови определяются:

- а) тромбоцитопения, лейкопения
- б) тромбоцитоз, эритроцитоз
- в) лейкоцитоз, увеличение СОЭ
- г) увеличение СОЭ, лейкопения

13. При лечении ревматизма с этиотропной целью применяется:



- а) анальгин
- б) нитроглицерин
- в) пенициллин
- г) фурагин

14. При лечении ревматизма с патогенетической целью применяются:

- а) анальгетики
- б) нестероидные противовоспалительные препараты
- в) нитраты
- г) мочегонные

15. Ацетилсалициловая кислота принимается:

- а) за 10 мин. до еды
- б) за 20 мин. до еды
- в) за 30 мин. до еды
- г) после еды

16. Потенциальная проблема пациента при приеме ацетилсалициловой кислоты:

- а) рвота
- б) понижение аппетита
- в) боль в эпигастральной области
- г) отрыжка тухлым

17. Побочные эффекты при приеме преднизолона:

- а) одышка, лёгочное кровотечение
- б) головная боль, снижение АД
- в) повышение АД, ожирение
- г) лихорадка, нарушение слуха

18. Для вторичной профилактики ревматизма применяют:

- а) анальгин
- б) бициллин-5
- в) димедрол
- г) фуросемид

19. Бициллинопрофилактика при ревматизме проводится ежемесячно:

- а) 1 года
- б) 2 лет
- в) 4 лет
- г) 5 лет

20. Основная причина приобретенных пороков сердца:

- а) гипертоническая болезнь
- б) инфаркт миокарда
- в) стенокардия
- г) ревматизм

21. Кожные покровы при митральном стенозе обычно:

- а) бледные
- б) желтушные
- в) нормальной окраски
- г) цианотичные

22. Гидроперикард - это:

- а) массивный отёк организма
- б) застойная жидкость в полости перикарда
- в) жидкость в полости плевры
- г) воспаление перикарда

23. Основные симптомы при митральном стенозе:

- а) сердцебиение, повышение АД
- б) отеки, сжимающая боль за грудиной

- в) головная боль, мелькание «мушек» перед глазами
- г) кровохарканье, одышка, мерцательная аритмия

24. Частота сердечных сокращений 110 уд/мин.- это:

- а) брадикардия
- б) тахикардия
- в) экстрасистолия
- г) норма

25. Диета при гипертонической болезни:

- а) ограничение жидкости и соли
- б) увеличение жидкости и белков
- в) ограничение жиров и углеводов
- г) увеличение жиров и белков

26. Фактор риска гипертонической болезни:

- а) гиповитаминоз
- б) очаг хронической инфекции
- в) нервно-психическое перенапряжение
- г) переохлаждение

27. АД 180/100 мм рт.ст. - это:

- а) гипертензия
- б) гипотензия
- в) коллапс
- г) норма

28. Гипотиазид при гипертонической болезни принимается:

- а) утром после еды:
- б) утром натощак
- в) перед сном
- г) перед ужином

29. Основные симптомы гипертонического криза:

- а) головная боль, головокружение, «пелена» перед глазами
- б) кровохарканье, сердцебиение, одышка
- в) изжога, рвота, шум в ушах
- г) отрыжка, слабость, метеоризм

30. Потенциальная проблема пациента при гипертоническом кризе:

- а) асцит
- б) острая сосудистая недостаточность
- в) кровохарканье
- г) острая сердечная недостаточность

31. Независимое сестринское вмешательство при гипертоническом кризе:

- а) горячая ванна
- б) положение сидя с наклоном туловища вперед
- в) холод на грудную клетку
- г) горчичники на икроножные мышцы

32. Зависимое сестринское вмешательство при гипертоническом кризе - введение:

- а) клофелина, лазикса
- б) нитроглицерина, анальгина
- в) глюкозы, панангина
- г) морфина, гепарина

33. При лечении гипертонической болезни применяются:

- а) эналаприл, конкор
- б) дигоксин, димедрол
- в) целанид, корвалол
- г) атропин, аспаркам

34. Осложнения гипертонической болезни:

- а) обморок, коллапс
- б) ревматизм, порок сердца
- в) инсульт, инфаркт миокарда
- г) пневмония, плеврит

35. Появление на фоне гипертонического криза обильной пенистой розовой мокроты - это:

- а) пневмония
- б) легочное кровотечение
- в) отек легких
- г) кровохарканье

36. Твердый напряженный пульс характерен для:

- а) гипертонического криза
- б) кардиогенного шока
- в) коллапса
- г) обморока

37. Показанием к кровопусканию является:

- а) анемия
- б) коллапс
- в) обморок
- г) гипертонический криз

38. Фактор риска развития атеросклероза:

- а) высокий уровень холестерина в крови
- б) занятия физической культурой
- в) ЛФК
- г) рациональное питание

39. Нормальный уровень содержания холестерина в крови (ммоль/л):

- а) 2,8
- б) 4,0
- в) 5,2
- г) 6,9

40. При атеросклерозе поражаются:

- а) артерии мышечно-эластического типа крупного и среднего диаметра
- б) вены
- в) капилляры
- г) мелкие артерии

41. Осложнения атеросклероза:

- а) асцит, анасарка
- б) инсульт, инфаркт миокарда
- в) пиелонефрит, цистит
- г) пневмония, бронхит

42. В рационе пациента с атеросклерозом предпочтительны:

- а) растительные жиры
- б) мясо
- в) жиры
- г) продукты, богатые углеводами

43. Основные симптомы при атеросклерозе артерий головного мозга:

- а) головная боль, ухудшение памяти
- б) боль за грудиной, нарушение ритма сердца
- в) снижение аппетита и массы тела
- г) тошнота, рвота

43. Симптом атеросклероза коронарных артерий:

- а) головная боль
- б) боль за грудиной
- в) одышка
- г) тошнота

44. Симптом атеросклероза мезентериальных артерий:

- а) лихорадка
- б) слабость
- в) боли в животе
- г) понижение АД

45. Основные симптомы атеросклероза артерий нижних конечностей:

- а) слабость, тахикардия
- б) отеки, повышение АД
- в) одышка, аритмия
- г) боли в икроножных мышцах при ходьбе, зябкость

46. Потенциальная проблема пациента при атеросклерозе артерий нижних конечностей:

- а) кожный зуд
- б) зябкость
- в) парестезии
- г) гангрена

47. Потенциальная проблема пациента при атеросклерозе почечных артерий:

- а) артериальная гипотония
- б) лейкоцитурия
- в) лихорадка
- г) ХПН

48. Больным атеросклерозом медсестра рекомендует исключить из питания продукты, богатые:

- а) витамином С
- б) холестерином
- в) железом
- г) калием

49. Большое количество холестерина содержат:

- а) крупы, бобовые
- б) овощи, фрукты
- в) рыба, ягоды
- г) яйца, икра

50. Профилактика атеросклероза включает:

- а) занятия физической культурой
- б) закаливание
- в) санацию хронических очагов инфекции
- г) аутотренинг

51. Основная причина смертности при заболеваниях органов кровообращения:

- а) гипертоническая болезнь
- б) ишемическая болезнь сердца
- в) пороки сердца
- г) ревматизм

52. Фактор риска ИБС:

- а) гипотония
- б) переохлаждение
- в) гиповитаминоз
- г) гиподинамия

53. Проявлением синдрома острой коронарной недостаточности является:

- а) отёк лёгких.

- б) инфаркт миокарда
- в) коллапс
- г) сердечная астма

54. Основная причина ишемической болезни сердца:

- а) атеросклероз коронарных артерий
- б) гипертоническая болезнь
- в) пороки сердца
- г) ревматизм

55. Основным симптомом стенокардии:

- а) слабость
- б) давящая боль за грудиной
- в) одышка
- г) сердцебиение

56. Боль за грудиной, иррадиирующая под левую лопатку, продолжительностью 5-10 минут, снимающаяся покоем или приемом нитратов:

- а) инфаркт миокарда
- б) ревмокардит
- в) остеохондроз
- г) стенокардия

57. Независимое сестринское вмешательство при появлении боли за грудиной:

- а) введение морфина
- б) введение анальгина
- в) нитроглицерин под язык
- г) димедрол внутрь

58. Функциональный класс стабильной стенокардии характеризует:

- а) состояние сердечной мышцы
- б) объём сердечного выброса
- в) переносимость физической нагрузки
- г) наличие факторов риска ИБС

59. Аэрозольная форма нитроглицерина:

- а) нитронг
- б) нитросорбид
- в) нитрогранулонг
- г) нитроминт

60. Нитрат короткого действия:

- а) нитроглицерин
- б) нитрогранулонг
- в) сустак-форте
- г) оликард

61. Эффект действия нитроглицерина наступает через (мин.):

- а) 1-3
- б) 10-15
- в) 20-25
- г) 30-40

62. Побочное действие нитроглицерина:

- а) головная боль
- б) лихорадка
- в) отёки
- г) асцит

63. Длительность боли при стенокардии:

- а) до 30 минут
- б) 60 и более минут

в) 120 минут

г) 180 минут

64. При лечении стенокардии используются препараты:

а) анальгетики, наркотики, нейролептики

б) нитраты, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция

в) гипотензивные, диуретики, спазмолитики

г) ганглиоблокаторы, диуретики, ИАПФ

65. Основная причина инфаркта миокарда:

а) порок сердца

б) ревматический эндокардит

в) ревматический миокардит

г) атеросклероз коронарных артерий

66. Основная проблема пациента при ангинозной форме инфаркта миокарда:

а) удушье

б) боль за грудиной

в) отеки на ногах

г) сердцебиение

67. При инфаркте миокарда наблюдается:

а) боль в области сердца, купирующаяся нитроглицерином

б) боль за грудиной, не купирующаяся нитроглицерином

в) колющая боль в области сердца

г) ноющая боль в области сердца

68. Типичная форма инфаркта миокарда:

а) абдоминальная

б) ангинозная

в) астматическая

г) безболевого

69. Основным симптом при гастралгическом варианте инфаркта миокарда:

а) боль в животе

б) головная боль

в) загрудинная боль

г) приступ удушья

70. Осложнение инфаркта миокарда:

а) одышка

б) артрит

в) повышение АД

г) кардиогенный шок

71. Основная проблема при астматическом варианте инфаркта миокарда:

а) боль за грудиной

б) приступ удушья

в) боль в животе

г) головная боль

72. Клинические симптомы кардиогенного шока:

а) лихорадка, слабость, боль в грудной клетке

б) приступ удушья, сердцебиение, слабость

в) снижение АД, частый нитевидный пульс, резкая слабость

г) головокружение, тахикардия, головная боль

73. Приступы удушья, обильная пенная розовая мокрота при инфаркте миокарда - это:

а) тяжелая пневмония

б) кровохарканье

в) легочное кровотечение

г) отек легких

74. Экстрасистолия - это:

- а) уменьшение частоты сердечных сокращений
- б) нарушение сократимости
- в) нарушение проводимости
- г) преждевременное сокращение сердца

75. Нейролептаналгезия при инфаркте миокарда – введение пациенту:

- а) папаверина, лазикса
- б) пентамина, дибазола
- в) фентанила, дроперидола
- г) димедрола, но-шпы

76. Режим в первые дни инфаркта миокарда:

- а) строгий постельный
- б) постельный
- в) полупостельный
- г) общий

77. Транспортировка больного с не осложненным инфарктом миокарда:

- а) в кресле-каталке
- б) на носилках
- в) самостоятельное передвижение
- г) передвижение в сопровождении медработника

78. Больному острым 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

79. Сердечная астма, отёк лёгких – это формы острой недостаточности:

- а) коронарной
- б) левожелудочковой
- в) правожелудочковой
- г) сосудистой

80. Основная проблема пациента при сердечной астме:

- а) боль в животе
- б) головокружение
- в) тошнота
- г) удушье

81. Венозные жгуты на конечности накладываются при:

- а) бронхиальной астме
- б) обмороке
- в) стенокардии
- г) сердечной астме

82. При застое крови в малом круге кровообращения положение пациента:

- а) горизонтальное
- б) горизонтальное с приподнятыми ногами
- в) коленно-локтевое
- г) сидя, с опущенными ногами

83. Ведущий симптом отека легких:

- а) кашель с "ржавой" мокротой
- б) сердцебиение
- в) удушье с обильной пенистой розовой мокротой
- г) головная боль

84. Обморок – это форма острой недостаточности:

- а) коронарной

- б) левожелудочковой
- в) сердечной
- г) сосудистой

85. Причина развития обморока:

- а) резкое повышение АД
- б) острая гипоксия мозга
- в) высокая температура тела
- г) метеоризм

86. При обмороке медсестра придает пациенту положение:

- а) лежа, с приподнятым изголовьем
- б) лежа, с приподнятыми ногами
- в) лежа, на левом боку
- г) лежа, на правом боку

87. Независимое сестринское вмешательство при обмороке:

- а) непрямой массаж сердца
- б) придать положение сидя, с опущенными ногами
- в) компрессия живота руками
- г) проведение оксигенотерапии через пеногаситель

88. После восстановления сознания при обмороке медсестра должна:

- а) напоить пациента крепким горячим чаем
- б) поставить банки
- в) поставить горчичники
- г) провести кровопускание

89. Отеки нижних конечностей, асцит, увеличение печени являются признаками:

- а) инфаркта миокарда:
- б) хронической недостаточности кровообращения
- в) стенокардии
- г) гипертонической болезни

90. Отеки сердечного происхождения появляются:

- а) утром на лице
- б) утром на ногах
- в) вечером на лице
- г) вечером на ногах

91. При наличии отеков медсестра рекомендует больному:

- а) ограничить прием жидкости и соли
- б) ограничить прием белков и жиров
- в) увеличить прием жидкости и соли
- г) увеличить прием белков и жиров

92. При ХСН с нарушением кровообращения легкой степени применяется диета:

- а) вариант с механическим и химическим щажением
- б) вариант с повышенным количеством белка
- в) основной вариант стандартной
- г) вариант с пониженным количеством белка

93. При лечении хронической сердечной недостаточности применяются:

- а) антибиотики, нитрофураны, жаропонижающие
- б) бронхолитики, муколитики, отхаркивающие
- в) цитостатики, глюкокортикостероиды
- г) ингибиторы АПФ, диуретики, бета-адреноблокаторы

94. При передозировке сердечных гликозидов может быть:

- а) нарастание отеков, слабость
- б) сердцебиение, снижение АД
- в) головная боль, тахикардия



г) брадикардия, боль в животе

*Эталоны ответов:*

1а 2г 3в 4г 5г 6б 7б 8г 9в 10б 11г 12в 13в 14в 15г 16в 17в 18б 19г 20г 21г  
22б 23г 24б 25а 26в 27а 28б 29а 30г 31г 32а 33а 34в 35в 36а 37г 38а 39в 40а 41б  
42а 43а 44в 45г 46г 47г 48б 49г 50а 51б 52г 53б 54а 55б 56г 57в 58а 59г 60а 61а  
62а 63а 64б 65г 66б 67б 68б 69а 70г 71б 72в 73г 74г 75 76а 77б 78а 79б 80г 81г  
82г 83в 84г 85б 86б 87в 88а 89б 90г 91а 92в 93г 94г

## **Сестринское дело в гастроэнтерологии**

1. Основная причина хронического гастрита типа В:

- а) отравление
- б) аутоиммунные нарушения
- в) нерациональное питание
- г) хеликобактерная инфекция

2. Хлебные изделия из злаков содержат витамины:

- а) А
- б) группы В
- в) Е
- г) К

3. Для хронического гастрита характерен синдром:

- а) диспепсический
- б) гипертонический
- в) интоксикационный
- г) гепатолиенальный

4. Симптом хронического гастрита с сохраненной секрецией:

- а) понос
- б) горечь во рту
- в) лихорадка
- г) боль в эпигастральной области

5. Основным симптом хронического гастрита с секреторной недостаточностью:

- а) повышение аппетита
- б) отрыжка кислым
- в) отрыжка тухлым
- г) запор

6. При хроническом гастрите определяется:

- а) болезненность в эпигастральной области
- б) положительный симптом Ортнера
- в) положительный симптом Пастернацкого
- г) положительный симптом Щеткина-Блюмберга

7. При подготовке пациента к желудочному зондированию очистительная клизма:

- а) ставится вечером накануне исследования
- б) ставится утром в день исследования
- в) ставится вечером и утром
- г) не ставится

8. Частое осложнение хронического гастрита с повышенной секрецией:

- а) рак желудка
- б) холецистит
- в) цирроз печени
- г) язвенная болезнь

9. Решающее значение в диагностике хронического гастрита имеет:

- а) рентгенография желудка

- б) желудочное зондирование
- в) лапароскопия
- г) фиброгастроскопия

10. Осложнение хронического анацидного гастрита:

- а) рак желудка
- б) холецистит
- в) цирроз печени
- г) язвенная болезнь

11. Секреторную функцию желудка отражает:

- а) общий анализ кала
- б) фракционное исследование желудочного содержимого
- в) рентгенологическое исследование желудка
- г) фиброгастроскопия

12. Подготовка пациента к желудочному зондированию:

- а) вечером легкий ужин, утром натощак
- б) вечером очистительная клизма
- в) вечером и утром очистительная клизма
- г) утром сифонная клизма

13. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию желудка:

- а) вечером легкий ужин, утром натощак
- б) вечером очистительная клизма
- в) вечером и утром очистительная клизма
- г) утром сифонная клизма

14. Эндоскопическое исследование желудка:

- а) ирригоскопия
- б) колоноскопия
- в) ректороманоскопия
- г) эзофагогастродуоденоскопия

15. При подготовке пациента к эндоскопическому исследованию желудка очистительная клизма:

- а) ставится вечером накануне исследования
- б) ставится утром в день исследования
- в) ставится вечером и утром
- г) не ставится

16. Для стимуляции желудочной секреции обычно использует:

- а) пентагастрин
- б) гистамин
- в) сульфат бария
- г) сульфат магния

17. Наиболее эффективный стимулятор желудочной секреции:

- а) капустный отвар
- б) мясной бульон
- в) пробный завтрак
- г) гистамин

18. Парентеральное введение стимулятора желудочной секреции:

- а) через зонд
- б) внутривенно
- в) подкожно
- г) внутримышечно

19. При лечении хронического гастрита с секреторной недостаточностью используются ферментные препараты:

- а) атропин, гастропепин

- б) викалин, циметидин
- в) викалин, платифиллин
- г) панзинорм, фестал

19. При хроническом гастрите из рациона исключают:

- а) жирное, жареное
- б) молочные продукты, рыбу
- в) кашу, кисель
- г) овощи, фрукты

20. Щадящая диета предполагает:

- а) повышенное содержание углеводов
- б) тщательное измельчение пищи
- в) исключение молочных продуктов
- г) исключение хлебных изделий

21. Наибольшее значение для профилактики обострений хронического гастрита имеет:

- а) нормализация массы тела
- б) устранение гиподинамии
- в) закаливание
- г) рациональное питание

22. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью в качестве заместительной терапии используется:

- а) алмагель
- б) атропин
- в) пепсидил
- г) маалокс

23. Заболевание, для которого характерна сезонность обострения:

- а) хронический колит
- б) хронический гепатит
- в) цирроз печени
- г) язвенная болезнь

24. Основная причина возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки:

- а) переохлаждение, переутомление
- б) хеликобактерная инфекция
- в) физическая перегрузка, переохлаждение
- г) вирусная инфекция, переохлаждение

25. Ранняя боль в эпигастральной области возникает в течение:

- а) 30 минут после еды
- б) 2 часов после еды
- в) 3 часов до еды
- г) 4 часов до еды

26. Боли в эпигастральной области при язвенной болезни желудка обычно бывают:

- а) ранними
- б) поздними
- в) ночными
- г) голодными

27. При язвенной болезни желудка боль локализуется:

- а) в левой подреберной области
- б) в левой подвздошной области
- в) в правой подвздошной области
- г) в эпигастральной области

28. Основная проблема пациента при язвенной болезни 12-перстной кишки:

- а) боль в эпигастрии ранняя, ноющая
- б) боль в эпигастрии режущая, голодная

в) боль в эпигастрии колющая, схваткообразная

г) боль в эпигастрии опоясывающая, тупая

29. Подготовка пациента к рентгенографии желудка:

а) вечером легкий ужин, утром натощак

б) вечером и утром очистительная клизма

в) утром сифонная клизма

г) за 3 дня до исследования исключить железосодержащие продукты

30. Осложнение язвенной болезни желудка:

а) кишечная непроходимость

б) кахексия

в) обезвоживание

г) желудочное кровотечение

31. Клинические признаки желудочного кровотечения:

а) бледность, слабость

б) головная боль, головокружение

в) рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул

г) тахикардия, снижение АД

32. Характер кала при желудочном кровотечении:

а) кровянистый

б) дегтеобразный

в) обесцвеченный

г) жирный

33. Черный цвет кала при кишечном кровотечении из:

а) 12-перстной кишки

б) ободочной кишки

в) сигмовидной кишки

г) прямой кишки

34. Наиболее информативный метод диагностики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки:

а) желудочное зондирование

б) ирригоскопия

в) ультразвуковое исследование

г) эндоскопическое исследование с биопсией

35. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь препараты железа отменяют за:

а) 1 день

б) 2 дня

в) 3 дня

г) 4 дня

36. Подготовка пациента к анализу кала на скрытую кровь:

а) накануне исследования легкий ужин

б) накануне исследования легкий ужин, утром очистительная клизма

в) в течение 3 дней до исследования исключить из пищи железосодержащие продукты, не чистить зубы щеткой

г) специальная подготовка не требуется

37. Осложнение язвенной болезни желудка:

а) кахексия

б) портальная гипертензия

в) желтуха

г) малигнизация

38. Для эрадикации хеликобактериальной инфекции пациенту назначается:

а) омепразол, ранитидин

- б) платифиллин, атропин
- в) но-шпу, папаверин
- г) метронидазол, амоксициллин

39. Независимое сестринское вмешательство при желудочном кровотечении:

- а) промывание желудка
- б) очистительная клизма
- в) грелка на живот
- г) пузырь со льдом на живот

40. Зависимое сестринское вмешательство при желудочном кровотечении – введение:

- а) хлорида кальция, дицинон
- б) гепарина, димедрола
- в) дибазола, папаверина
- г) пентамина, клофелина

41. Приоритет в фармакотерапии язвенной болезни принадлежит:

- а) блокаторам  $H_2$ -гистаминовых рецепторов
- б) спазмолитикам
- в) ферментам
- г) анальгетикам

42. Щадящая диета предусматривает:

- а) жирные блюда
- б) горячие блюда
- в) холодные закуски
- г) подачу блюд в протертом виде

43. Пациенту с язвенной болезнью желудка рекомендуется:

- а) голодание
- б) уменьшение калорийности рациона
- в) ограничение жидкости
- г) частое дробное питание

44. В первые 2 дня после желудочного кровотечения назначается диета:

- а) щадящая
- б) белковая
- в) голодная
- г) углеводная

45. Для уменьшения желудочной секреции применяют:

- а) витамин  $B_1$
- б) фестал
- в) омепразол
- г) церукал

46. Диспансеризация пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки предусматривает:

- а) ЛФК
- б) высококалорийное питание
- в) сезонное профилактическое лечение
- г) употребление с пищей большого количества клетчатки

47. Ранние симптомы рака желудка:

- а) горечь во рту, слабость
- б) дискомфорт после приема пищи, немотивированная слабость
- в) изжога, отрыжка кислым
- г) запоры, метеоризм

48. Наиболее информативный метод диагностики рака желудка:

- а) желудочное зондирование
- б) дуоденальное зондирование

- в) ультразвуковое исследование
- г) эндоскопическое исследование с прицельной биопсией

49. При раке желудка в ранних стадиях проводится:

- а) консервативное лечение
- б) паллиативное лечение
- в) оперативное лечение
- г) физиотерапия

50. Подготовка пациента к ректороманоскопии:

- а) масляная клизма утром
- б) сифонная клизма вечером
- в) очистительная клизма утром
- г) очистительная клизма накануне и за 2 часа до исследования

51. Подготовка пациента к колоноскопии:

- а) вечером очистительная клизма
- б) утром очистительная клизма
- в) вечером и утром очистительные клизмы
- г) не проводится

52. Подготовка пациента к ирригоскопии:

- а) вечером легкий ужин, утром натощак
- б) накануне и утром поставить очистительные клизмы
- в) за 3 дня исключить железосодержащие продукты
- г) не проводится

53. Проблема пациента при хроническом энтерите:

- а) боль в околопупочной области
- б) запор
- в) неукротимая рвота
- г) отрыжка тухлым

54. При хроническом энтерите кал:

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

55. При поносе пациенту рекомендуется:

- а) молоко
- б) ржаной хлеб
- в) овощи и фрукты
- г) обильное питье, рисовый отвар

56. При запорах пациенту рекомендуется:

- а) ограничение жидкости
- б) ограничение поваренной соли
- в) прием продуктов, богатых клетчаткой
- г) постельный режим

57. К препаратам-пробиотикам относится:

- а) тетрациклин
- б) фестал
- в) смекта
- г) бактисубтил

58. При хроническом колите обычно выявляется:

- а) изжога
- б) склонность к запорам
- в) горечь во рту
- г) жидкий стул

59. Основная проблема пациента с гиперкинетическим типом дискинезии желчевыводящих путей:

- а) колющая боль в правом подреберье
- б) резкая боль в левом подреберье
- в) тупая боль в правом подреберье
- г) ноющая боль в левом подреберье

60. Основным симптомом гипокинетического типа дискинезии желчевыводящих путей:

- а) резкая боль в правом подреберье
- б) резкая боль в левом подреберье
- в) ноющая боль в правом подреберье
- г) ноющая боль в левом подреберье

61. При гиперкинетическом типе дискинезии желчевыводящих путей назначаются:

- а) антибиотики
- б) диуретики
- в) нитрофураны
- г) спазмолитики

62. Обострение хронического холецистита провоцирует:

- а) стресс
- б) переохлаждение
- в) прием углеводов
- г) прием жирной пищи

63. Проблема пациента с хроническим холециститом:

- а) слабость
- б) боль в правом подреберье
- в) гектическая лихорадка
- г) мелена

64. Основные клинические симптомы при хроническом холецистите:

- а) асцит, "сосудистые звездочки" на теле
- б) боль в правом подреберье, горечь во рту
- в) отрыжка тухлым, рвота
- г) рвота "кофейной гущей", мелена

65. Препараты для лечения хронического холецистита:

- а) атропин, алмагель
- б) эуфиллин, преднизолон
- в) валидол, корвалол
- г) эритромицин, холосас

66. Обучение пациента с хроническим холециститом:

- а) измерять АД
- б) делать простой тюбаж
- в) определять суточный диурез
- г) определять массу тела

67. Порция «В» при дуоденальном зондировании – это содержимое:

- а) желудка
- б) 12-перстной кишки
- в) желчного пузыря
- г) внутрипеченочных протоков

68. Основным симптомом желчнокаменной болезни:

- а) снижение аппетита
- б) желтуха
- в) тошнота
- г) приступ желчной колики

69. Фактор риска хронического гепатита:

- а) ожирение
- б) инфицирование вирусами гепатита В
- в) гиподинамия
- г) низкий уровень жизни

70. Обязательное биохимическое исследование крови при хроническом гепатите:

- а) определение группы
- б) посев на гемокультуру
- в) определения факторов свертываемости
- г) определения АсАТ, АлАТ

71. Диета при хроническом гепатите:

- а) вариант стандартной с пониженной калорийностью
- б) основной вариант стандартной
- в) вариант стандартной с пониженным количеством белка
- г) вариант стандартной с повышенным количеством белка

72. Из рациона пациентов с хроническим гепатитом исключают:

- а) жареное мясо
- б) кисломолочные блюда
- в) фрукты
- г) пшеничный хлеб

73. Факторы, указывающий на активность хронического вирусного гепатита:

- а) содержание гемоглобина
- б) реакция Вассермана
- в) маркеры вирусного гепатита
- г) показатели гуморального иммунитета

74. Для диагностики гепатита наиболее информативно проведение:

- а) рентгенографии желудка
- б) фиброгастроскопии
- в) УЗИ органов брюшной полости
- г) ректороманоскопии

75. Проблемы пациента при циррозе печени:

- а) боль в правом подреберье, резкая слабость
- б) слабость, повышение АД
- в) сухость кожи, отрыжка воздухом
- г) повышение аппетита, изжога

75. "Сосудистые звездочки" на верхней части туловища, желтуха, асцит характерны для:

- а) хронического гастрита
- б) хронического холецистита
- в) цирроза печени
- г) хронического энтерита

76. Подготовка пациента к абдоминальной пункции при циррозе печени:

- а) промывание желудка
- б) очистительная клизма
- в) сифонная клизма
- г) опорожнение мочевого пузыря

77. Осложнения при циррозе печени:

- а) пищеводное кровотечение
- б) кишечное кровотечение
- в) печеночная кома
- г) все перечисленное

78. Эссенциале, карсил, витамины группы В используются для лечения:

- а) рака желудка
- б) дискинезии кишечника



в) цирроза печени

г) пиелонефрита

79. После абдоминальной пункции живот пациента туго обертывают простыней для предупреждения:

а) гипертонического криза

б) кровоизлияния в мозг

в) обморока

г) отека легких

80. Для диагностики цирроза печени проводится:

а) желудочное зондирование

б) дуоденальное зондирование

в) фиброгастроскопия

г) пункционная биопсия

81. Предупреждение цирроза печени:

а) профилактика острого вирусного гепатита

б) закаливание

в) исключение переохлаждения

г) санация очагов инфекции

82. Щадящая диета при хроническом панкреатите предполагает:

а) повышенное содержание углеводов

б) исключение грубой пищи

в) исключение молочных продуктов

г) исключение хлебных изделий

*Эталоны ответов:*

1г 2б 3а 4г 5в 6а 7г 8г 9г 10а 11б 12а 13а 14г 15г 16а 17г 18б 19г 20б 21г 22в  
23г 24б 25а 26а 27г 28б 29а 30г 31в 32б 33а 34г 35в 36в 37г 38г 39г 40а 41а 42г  
43г 44в 45в 46в 47б 48г 49в 50г 51в 52б 53а 54г 55г 56в 57г 58б 59а 60в 61г 62г  
63б 64б 65г 66б 67в 68г 69б 70г 71б 72а 73в 74в 75в 76г 77г 78в 79в 80г 81а 82б

## **Сестринское дело в нефрологии**

1. Основная причина острого гломерулонефрита:

а)  $\beta$ -гемолитический стрептококк

б) грибковая инфекция

в) кишечная палочка

г) микобактерии

2. При гломерулонефрите преимущественно поражаются почечные:

а) канальцы

б) клубочки

в) лоханки

г) чашечки

3. При заболеваниях почек назначается диета N:

а) 6

б) 7

в) 8

г) 9

4. Острый гломерулонефрит возникает после ангины через:

а) 1-2 дня

б) 3-4 дня

в) 1-2 недели

г) 1-2 месяца

5. Приоритетные проблемы пациента при остром гломерулонефрите:

- а) слабость, недомогание, сердцебиение
- б) повышенная утомляемость, лихорадка, головная боль
- в) снижение работоспособности, плохой аппетит, слабость
- г) боль в пояснице, отеки под глазами по утрам, слабость

6. Раннее проявление скрытых отеков:

- а) гидроторакс
- б) гидроперикард
- в) увеличение живота
- г) увеличение массы тела и уменьшение суточного диуреза

7. При остром гломерулонефрите моча имеет цвет:

- а) бесцветный
- б) "пива"
- в) соломенно-желтый
- г) "мясных помоев"

8. Красная моча при остром гломерулонефрите обусловлена содержанием большого количества:

- а) бактерий
- б) лейкоцитов
- в) цилиндров
- г) эритроцитов

9. У пациента с острым гломерулонефритом АД:

- а) повышено
- б) понижено
- в) не изменено
- г) не определяется

10. Моча для общего клинического анализа доставляется в лабораторию в течение:

- а) 1 часа
- б) 3 часов
- в) 5 часов
- г) 7 часов

11. Для сбора мочи на общий анализ медсестра должна обеспечить пациента:

- а) сухой банкой
- б) сухой пробиркой
- в) стерильной банкой
- г) стерильной пробиркой

12. Суточный диурез у пациента с острым гломерулонефритом составил 400 мл – это:

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

13. Анурия – это:

- а) много мочи
- б) нормальное количество мочи
- в) преобладание ночного диуреза над дневным
- г) отсутствие мочи

14. Количество мочи, необходимое для проведения общего анализа (в мл):

- а) 3-5
- б) 10-15
- в) 100-150
- г) 300-400

15. Лабораторные признаки острого гломерулонефрита:

- а) гематурия, протеинурия, цилиндрурия

- б) гематурия, глюкозурия, цилиндрурия
- в) лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия
- г) лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия

16. При остром гломерулонефрите режим:

- а) строгий постельный
- б) постельный
- в) полупостельный
- г) общий

17. Продолжительность строго постельного режима при остром гломерулонефрите:

- а) до нормализации температуры тела
- б) до исчезновения боли в поясничной области
- в) до нормализации анализов мочи
- г) до исчезновения экстраренальных симптомов, но не менее 2 недель

18. Диета при остром гломерулонефрите предусматривает ограничение:

- а) белков и жиров
- б) белков и углеводов
- в) жидкости и соли
- г) жидкости и углеводов

19. Лекарственные средства для лечения острого гломерулонефрита:

- а) антибиотики, гормоны, дезагреганты
- б) анальгетики, спазмолитики
- в) нитраты, сердечные гликозиды
- г) сульфаниламиды, нитрофураны

20. Основной синдром при остром гломерулонефрите:

- а) гипертермический
- б) диспепсический
- в) болевой
- г) нефротический

21. Массивный отек, распространенный на все тело – это:

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

22. Диспансерное наблюдение лиц, перенесших острый гломерулонефрит, проводится в течение:

- а) 1 года
- б) 2 лет
- в) 3 лет
- г) 4 лет

23. При хроническом гломерулонефрите в стадии компенсации в анализе мочи по Зимницкому определяется:

- а) олигурия, гипостенурия, цилиндрурия
- б) полиурия, изостенурия, гематурия
- в) никтурия, поллакиурия, микрогематурия
- г) гипостенурия, никтурия, изостенурия

24. При хроническом гломерулонефрите в стадии декомпенсации диета:

- а) основной вариант стандартной
- б) вариант с пониженным количеством белка
- в) вариант с пониженной калорийностью
- г) вариант с повышенным количеством белка

25. Заболевание, сопровождающееся пиурией:

- а) гломерулонефрит

- б) почечнокаменная болезнь
- в) пиелонефрит
- г) ХПН

26. Анализ мочи по Нечипоренко проводится для определения в 1 мл:

- а) белка, глюкозы, эритроцитов
- б) солей, билирубина, остаточного азота
- в) ацетона, глюкозы, мочевины
- г) лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров

27. Для проведения анализа мочи по Нечипоренко требуется:

- а) 50 мл свежесобранной теплой мочи
- б) 100-200 мл мочи из суточного количества
- в) 10-часовую порцию мочи
- г) 3-5 мл мочи из средней порции

28. Для проведения анализа мочи по Зимницкому требуется приготовить:

- а) сухую банку
- б) стерильную банку
- в) стерильную пробирку
- г) 8 сухих банок

29. Для оценки функционального состояния почек проводится анализ мочи:

- а) общий
- б) по Зимницкому
- в) по Нечипоренко
- г) бактериологический

30. Анализ мочи по Зимницкому включает определение:

- а) содержания ацетона, сахара
- б) наличие билирубина, белка
- в) количество лейкоцитов, эритроцитов
- г) количество каждой порции, относительная плотность

31. Никтурия – это:

- а) уменьшение суточного количества мочи менее 500 мл
- б) увеличение суточного количества мочи более 2000 мл
- в) преобладание ночного диуреза над дневным
- г) болезненное мочеиспускание

32. У пациента суточный диурез составил 2500 мл – это:

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

33. Основная причина острого пиелонефрита:

- а) восходящая инфекция мочевых путей
- б) нерациональное питание
- в) переохлаждение
- г) стрессы

34. При пиелонефрите преимущественно поражаются почечные:

- а) канальцы
- б) клубочки
- в) канальцы и клубочки
- г) чашечки

35. Проблемы пациента с острым пиелонефритом:

- а) слабость, кожный зуд, артралгии
- б) жажда, полиурия, полидипсия
- в) диспепсия, боль в правом подреберье

г) боль в пояснице, дизурия, лихорадка

36. При остром пиелонефрите в анализе мочи определяются:

- а) гематурия, протеинурия
- б) лейкоцитурия, бактериурия
- в) глюкозурия, цилиндрурия
- г) глюкозурия, протеинурия

37. При остром пиелонефрите рекомендуется употребление жидкости (мл/сут):

- а) 500
- б) 1000
- в) 1500
- г) 2500

38. Из диеты больного пиелонефритом необходимо исключить:

- а) углеводы, фрукты, овощи
- б) белок, ржаной хлеб, рыбу
- в) жиры, растительное масло, сливки
- г) острое, соленое, копченое, жареное

39. При лечении острого пиелонефрита используются:

- а) ампициллин, нитроксолин
- б) корвалол, нитроглицерин
- в) дибазол, папаверин
- г) мезатон, кордиамин

40. При остром пиелонефрите медсестра рекомендует пациенту лекарственные травы:

- а) алтей, термопсис
- б) бруснику, медвежьи ушки
- в) мяту, листья мать-и-мачехи
- г) валериану, пустырник

41. Диспансерное наблюдение лиц, перенесших острый пиелонефрит, проводится в течение:

- а) 1 года
- б) 2 лет
- в) 3 лет
- г) 4 лет

42. Потенциальная проблема пациента с хроническим пиелонефритом:

- а) лихорадка
- б) слабость
- в) боль в пояснице
- г) почечная недостаточность

43. Заболевание, характеризующееся приступами боли в пояснице:

- а) острый гломерулонефрит
- б) хронический пиелонефрит
- в) мочекаменная болезнь
- г) хронический гломерулонефрит

44. Приступ сильной боли в пояснице с иррадиацией в паховую область:

- а) кишечная колика
- б) почечная колика
- в) желчная колика
- г) печеночная колика

45. Приступ почечной колики может спровоцировать:

- а) сладкая пища
- б) нерегулярное питание
- в) гиподинамия
- г) тряская езда

46. После приступа почечной колики может появиться:

- а) гематурия
- б) бактериурия
- в) глюкозурия
- г) лейкоцитурия

47. Рентгенологическое контрастное исследование почек и мочевыводящих путей:

- а) ирригоскопия
- б) томография
- в) хромоцистоскопия
- г) экскреторная урография

48. Симптом Пастернацкого определяется:

- а) глубокой пальпацией живота
- б) поверхностной пальпацией живота
- в) поколачиванием по пояснице
- г) поколачиванием по правому краю реберной дуги

49. Температура воды горячей ванны составляет (в градусах Цельсия):

- а) 34-36
- б) 37-39
- в) 40-42
- г) 50-60

50. Медсестра готовит горячую ванну пациенту при:

- а) желудочном кровотечении
- б) кишечной колике
- в) печеночной колике
- г) почечной колике

51. Зависимое сестринское вмешательство при почечной колике – введение:

- а) атропина, баралгина
- б) дибазола, папаверина
- в) кордиамина, кодеина
- г) сальбутамола, эуфиллина

52. При мочекаменной болезни медсестра готовит пациента к проведению:

- а) ирригоскопии
- б) колоноскопии
- в) урографии
- г) холецистографии

53. Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию почек:

- а) накануне вечером - проба на переносимость препарата
- б) клизма накануне вечером и утром в день исследования
- в) клизма накануне вечером и утром в день исследования, проба на переносимость препарата за 15 мин. до исследования
- г) не проводится

54. В диагностике мочекаменной болезни приоритетное значение имеет:

- а) физическое исследование
- б) лабораторные исследования
- в) эндоскопические исследования
- г) ультразвуковое исследование

55. Хроническая почечная недостаточность развивается при хроническом:

- а) гломерулонефрите
- б) гепатите
- в) панкреатите
- г) цистите

56. При хронической почечной недостаточности происходит:

- а) атрофия канальцев
- б) воспаление канальцев
- в) атрофия клубочков
- г) воспаление клубочков

57. При хронической почечной недостаточности может наблюдаться:

- а) тахикардия, экзофтальм
- б) снижение температуры и АД
- в) тошнота, рвота
- г) желтуха, "сосудистые звездочки"

58. Колебание относительной плотности мочи 1009-1011 в пробе Зимницкого:

- а) анурия
- б) гипоизостенурия
- в) полиурия
- г) протеинурия

59. Гипоизостенурия – это свидетельство:

- а) снижения ночного диуреза
- б) снижения дневного диуреза
- в) затруднения мочеиспускания
- г) почечной недостаточности

60. При хронической почечной недостаточности в биохимическом анализе крови всегда отмечается:

- а) увеличение содержания белка
- б) увеличение содержания креатинина
- в) уменьшение содержания креатинина
- г) увеличение содержания холестерина

61. В начальной стадии хронической почечной недостаточности отмечается:

- а) макрогематурия, цилиндрурия
- б) лейкоцитурия, бактериурия
- в) глюкозурия, полиурия
- г) полиурия, гипоизостенурия

62. Азотистые шлаки – это:

- а) альбумины, глобулины
- б) билирубин, холестерин
- в) глюкоза, липопротеиды
- г) креатинин, мочевины

63. Азотистые шлаки образуются в организме из:

- а) продуктов обмена белков
- б) витаминов
- в) продуктов обмена жиров
- г) продуктов обмена углеводов

64. При уремии в крови отмечается:

- а) повышение уровня креатинина
- б) понижение уровня креатинина
- в) повышение содержания липопротеидов
- г) понижение содержания билирубина

65. При уремической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах:

- а) алкоголя
- б) аммиака
- в) ацетона
- г) тухлых яиц

66. При хронической почечной недостаточности в диете ограничивают:

- а) белки

- б) витамины
- в) жиры
- г) углеводы

67. При хронической почечной недостаточности для уменьшения ацидоза вводится:

- а) гемодез
- б) 4% р-р гидрокарбоната натрия
- в) 40% р-р глюкозы
- г) 10% р-р хлорида натрия

68. С целью выведения азотистых шлаков пациенту ставится клизма:

- а) масляная
- б) лекарственная
- в) сифонная
- г) гипертоническая

69. Приоритет в лечении хронической почечной недостаточности принадлежит:

- а) диетотерапии
- б) физиотерапии
- в) витаминотерапии
- г) гемодиализу

70. Мероприятия по уходу при хронической почечной недостаточности:

- а) диета с исключением сахара, уход за кожей, профилактика пролежней
- б) ограничение соли, белка, уход за полостью рта, кожей, промывание желудка
- в) диета с ограничением жиров, тюбаж, уход при рвоте
- г) ограничение соли, жидкости, оксигенотерапия

*Эталоны ответов:*

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

## **Сестринское дело в гематологии**

1. Наиболее частая причина развития железодефицитной анемии:

- а) дефицит витаминов
- б) хронические кровопотери
- в) избыточное употребление углеводов
- г) избыточное употребление белков

2. Симптомы при железодефицитной анемии:

- а) раздражительность, бессонница, плохой сон
- б) лихорадка, головная боль, плохой аппетит
- в) головокружение, головная боль, одышка
- г) отеки, боли в пояснице, слабость

3. Заболевания, при котором наблюдаются слабость, головокружение, извращение вкуса и обоняния:

- а) острый лейкоз
- б) хронический лейкоз
- в) железодефицитная анемия
- г) В<sub>12</sub> и фолиево-дефицитная анемия

4. Кожные покровы при железодефицитной анемии:

- а) бледные
- б) гиперемированные
- в) желтушные
- г) цианотичные



5. Железодефицитная анемия по цветовому показателю:

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

6. При железодефицитной анемии в анализе крови наблюдаются:

- а) лейкоцитоз, увеличение СОЭ
- б) лейкопения, уменьшение СОЭ
- в) снижение гемоглобина и цветового показателя
- г) увеличение гемоглобина и эритроцитов

7. Продукт с наибольшим содержанием железа:

- а) крупа
- б) молоко
- в) мясо
- г) свекла

8. При анемии медсестра рекомендует пациенту запивать препараты железа:

- а) кофе
- б) кислым фруктовым соком
- в) минеральной водой
- г) чаем

9. Препарат железа для парентерального применения:

- а) гемостимулин
- б) феррокаль
- в) ферроплекс
- г) феррум-лек

10. При лечении железодефицитной анемии назначается:

- а) аспаркам
- б) аскорутин
- в) фенюльс
- г) цианокобаламин

11. Для улучшения всасывания препаратов железа назначается:

- а) ретинол
- б) цианокобаламин
- в) аскорбиновая кислота
- г) эргокальциферол

12. Количество эритроцитов в крови в норме у мужчин (в 1 л):

- а)  $4,0-5,5 \times 10^{12}$
- б)  $4-5 \times 10^9$
- в)  $6-8 \times 10^{12}$
- г)  $180-320 \times 10^9$

13. Количество гемоглобина в норме у женщин (г/л):

- а) 12-16
- б) 80-100
- в) 120-140
- г) 180-200

14. Значение СОЭ в норме у мужчин (в мм/ч):

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

15. Количество лейкоцитов в крови в норме (в 1 л):

- а)  $4,0-8,8 \times 10^9$

- б)  $4,0-9,0 \times 10^{12}$
- в)  $12,0-14,0 \times 10^9$
- г)  $180-320 \times 10^{12}$

16. Количество тромбоцитов в крови в норме (в 1 л):

- а)  $20-30 \times 10^9$
- б)  $100-120 \times 10^9$
- в)  $180-320 \times 10^9$
- г)  $180-320 \times 10^{12}$

17.  $V_{12}$  и фолиево-дефицитная анемия развивается при дефиците:

- а) белков
- б) витаминов
- в) углеводов
- г) фактора Касла

18. Частая причина  $V_{12}$  и фолиево-дефицитной анемии:

- а) атрофический гастрит
- б) кровохарканье
- в) обильные менструации
- г) геморрой

19. Симптомы  $V_{12}$  и фолиево-дефицитной анемии:

- а) извращение вкуса и обоняния
- б) рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул
- в) отрыжка горьким, боль в правом подреберье
- г) жжение в языке, онемение конечностей

20. Кожные покровы при  $V_{12}$  и фолиево-дефицитной анемии:

- а) бледные
- б) гиперемированные
- в) бледно-желтушные
- г) цианотичные

21. Заболевание, при котором наблюдается красный "лакированный" язык:

- а) железодефицитная анемия
- б)  $V_{12}$  и фолиево-дефицитная анемия
- в) острый лейкоз
- г) хронический лейкоз

22. При  $V_{12}$  и фолиево-дефицитной анемии в анализе крови наблюдается:

- а) лейкоцитоз, увеличение СОЭ
- б) лейкопения, уменьшение СОЭ
- в) повышение гемоглобина и эритроцитов
- г) повышение цветового показателя, снижение гемоглобина

23. При лечении  $V_{12}$  и фолиево-дефицитной анемии назначается парентерально витамин:

- а)  $B_6$
- б)  $V_{12}$
- в) С
- г) D

24. Подготовка пациента к анализу крови:

- а) утром натощак
- б) утром после легкого завтрака
- в) утром после обильного приема пищи
- г) подготовка не требуется

25. Физиологический лейкоцитоз наблюдается:

- а) при голодании
- б) после еды
- в) после обильного приема жидкости

г) при переохлаждении

26. Основная причина острого лейкоза:

- а) бактериальная инфекция
- б) гиподинамия
- в) стрессы
- г) хромосомные нарушения

27. Для лечения острого лейкоза назначаются:

- а) НПВС
- б) цитостатики
- в) гипотензивные средства
- г) ингаляционные глюкокортикоиды

28. Стернальная пункция проводится при:

- а) экссудативном плеврите
- б) лейкозе
- в) пневмонии
- г) циррозе печени

29. При лейкозе наблюдаются синдромы:

- а) болевой, дизурический
- б) гипертонический, нефротический
- в) гиперпластический, геморрагический
- г) болевой, диспепсический

30. Проблемы пациента при остром лейкозе:

- а) одышка, сердцебиение
- б) отеки, головная боль
- в) боли в костях, кровоточивость
- г) желтуха, кожный зуд

31. При остром лейкозе часто развивается:

- а) пневмония
- б) цирроз печени
- в) гломерулонефрит
- г) туберкулез

32. Проявление геморрагического синдрома при остром лейкозе:

- а) слабость, лихорадка, головная боль
- б) увеличение лимфоузлов, печени и селезенки
- в) тяжесть в левом подреберье, тошнота, рвота
- г) носовое кровотечение, геморрагическая сыпь на теле

33. При лейкозе в анализе крови наблюдаются:

- а) ускорение СОЭ, бластные клетки
- б) эритроцитоз, уменьшение СОЭ
- в) тромбоцитоз, лейкопения
- г) эритроцитоз, тромбоцитоз

34. Подготовка пациента к стеральной пункции:

- а) очистительная клизма
- б) исключение из рациона железосодержащих продуктов
- в) не проводится
- г) разъяснение сущности процедуры

35. При хроническом лимфолейкозе происходит увеличение:

- а) печени, селезенки, сердца
- б) печени, селезенки, лимфатических узлов
- в) селезенки, печени, щитовидной железы
- г) селезенки, надпочечников, почек

36. Доврачебная помощь при кровотечении из носа у пациента с лейкозом:

- а) прижать пальцем кончика носа
- б) ввести в передний отдел носа ватный шарик, смоченный 3% раствором перекиси водорода, прижать снаружи пальцами крылья носа на 10-15 мин
- в) положить холод на нос
- г) придать положение сидя с запрокинутой головой

37. Для геморрагических диатезов характерно:

- а) повышение свертывания крови
- б) повышенная кровоточивость
- в) снижение уровня гемоглобина и эритроцитов
- г) все верно

38. Геморрагический васкулит относится к:

- а) вазопатиям
- б) коагулопатиям
- в) тромбопатиям
- г) все верно

39. При гемофилии мелкие ранки и царапины длительно не кровоточат из-за:

- а) низкого артериального давления
- б) высокого венозного давления
- в) ретракции (спазма) стенок поврежденных сосудов
- г) все верно

40. Гемофилия относится к:

- а) вазопатиям
- б) коагулопатиям
- в) тромбопатиям
- г) все верно

41. Диета при геморрагическом васкулите:

- а) гипокалорийная, гипоаллергизирующая
- б) молочно-растительная
- в) белковая
- г) углеводная

42. Строгий постельный режим при геморрагическом васкулите назначается:

- а) до нормализации лабораторных показателей
- б) до нормализации температуры тела больного
- в) до ликвидации геморрагических высыпаний
- г) не требуется

43. Наиболее частое проявление тромбоцитопенической пурпуры:

- а) кровоподтеки
- б) лихорадка
- в) желудочно-кишечные кровотечения
- г) головная боль

44. При тромбоцитопенической пурпуре проводится переливание:

- а) цельной крови
- б) плазмы
- в) эритроцитарной массы
- г) тромбоцитарной массы

*Эталонные ответы:*

1б 2в 3в 4а 5а 6в 7в 8б 9г 10в 11в 12а 13в 14б 15а 16в 17г 18а 19г 20в 21б  
22г 23б 24а 25б 26г 27б 28б 29в 30в 31а 32г 33а 34г 35б 36б 37б 38а 39в 40б 41а  
42в 43а 44г

## **Сестринское дело в эндокринологии**

1. Основной фактор риска развития диффузного токсического зоба:

- а) стресс
- б) инфекция
- в) отягощенная наследственность
- г) травма щитовидной железы

2. Способствующими факторами развития диффузного токсического зоба являются:

- а) психическая травма, инфекции
- б) голодание, гиповитаминозы
- в) переедание, злоупотребление алкоголем
- г) курение, переохлаждение

3. При подготовке пациента к исследованию функции щитовидной железы следует:

- а) соблюдать питьевой режим
- б) поставить очистительную клизму
- в) исключить применение препаратов йода и брома
- г) исключить применение препаратов железа

4. Дополнительное исследование, позволяющее оценить состояние щитовидной железы:

- а) эхокардиография
- б) рентгенография органов грудной клетки
- в) биопсия
- г) ультразвуковое сканирование

5. Ведущий симптом диффузного токсического зоба:

- а) вялость
- б) сонливость
- в) раздражительность
- г) заторможенность

6. Проблемы пациента с диффузным токсическим зобом:

- а) снижение памяти, забывчивость
- б) снижение интереса к жизни, апатия
- в) сердцебиение, похудание
- г) головная боль, повышение массы тела

7. Заболевание, при котором наблюдаются тахикардия, экзофтальм, тремор:

- а) гипотиреоз
- б) диффузный токсический зоб
- в) сахарный диабет
- г) эндемический зоб

8. При диффузном токсическом зобе определяется содержание в крови:

- а) лейкоцитов, СОЭ
- б) гемоглобина, цветового показателя
- в) гормонов Т3, Т4, ТТГ
- г) инсулина, глюкагона

9. При лечении пациента с тиреотоксикозом используют:

- а) мерказолил, анаприлин
- б) антиструмин, тиреотом
- в) инсулин, букарбан
- г) манинил, диформин

10. Проблема пациента с гипотиреозом:

- а) раздражительность
- б) чувство жара
- в) бессонница
- г) сонливость

11. Гипотиреоз характеризуется:

- а) чувством жара, сердцебиением
- б) выпячиванием глаз, дрожанием пальцев рук

- в) снижением памяти, запорами
- г) повышенным аппетитом, похуданием

12. При лечении пациента с гипотиреозом используются:

- а) мерказолил, анаприлин
- б) инсулин, полиглюкин
- в) тиреотом, тиреокромб
- г) манинил, бутаамид

13. При недостаточном содержании йода в пище развивается:

- а) диффузный токсический зоб
- б) ожирение
- в) сахарный диабет
- г) эндемический зоб

14. Для профилактики эндемического зоба йодируют:

- а) сахар, конфеты
- б) крупы, молоко
- в) растительное масло, маргарин
- г) хлеб, поваренную соль

15. Наиболее частая причина избыточной массы тела:

- а) занятия физической культурой
- б) нерациональное питание
- в) переохлаждение
- г) вегетарианство

16. Проблемы пациента с ожирением:

- а) избыточная масса тела, одышка
- б) зябкость, запоры
- в) жажда, кожный зуд
- г) сердцебиение, колющие боли в области сердца

17. Степень ожирения, при которой отмечается превышение массы тела на 40% от должной:

- а) 1
- б) 2
- в) 3
- г) 4

18. При ожирении рекомендуется:

- а) вариант стандартной диеты с пониженным содержанием белка
- б) вариант стандартной диеты с пониженной калорийностью
- в) основной вариант стандартной диеты
- г) вариант стандартной диеты с повышенным содержанием белка

19. Потенциальная проблема пациента при ожирении:

- а) изжога
- б) отрыжка
- в) обморок
- г) сердечная недостаточность

20. При лечении ожирения пациенту рекомендуется:

- а) регулярно проводить голодание по 3-7 дней
- б) сократить прием пищи до 1 раза в день
- в) сократить прием пищи до 2 раз в день
- г) регулярно проводить разгрузочные дни

21. Оптимальная разгрузочная диета при ожирении:

- а) апельсиновая
- б) виноградная
- в) картофельная

г) яблочная

22. При обследовании пациента с ожирением проводится оценка:

а) массы тела

б) пульса

в) дыхания

г) АД

23. При лечении ожирения используются:

а) антиструмин, тиреотом

б) мерказолил, анаприлин

в) валериана, пустырник

г) адипозин, фепранон

24. Основной принцип рационального питания:

а) частое дробное питание

б) щадящая диета

в) сбалансированность пищи

г) преобладание жирной пищи

25. Нормальные показатели содержания глюкозы в крови натощак (ммоль/л):

а) 1,1-2,2

б) 2,2-3,3

в) 3,3-5,5

г) 6,6-8,8

26. Кровь для определения гликемического профиля берут:

а) из вены утром натощак

б) из вены 3-хкратно в течение дня

в) из пальца утром натощак

г) из пальца 3-кратно в течение дня

27. При декомпенсированном сахарном диабете отмечаются:

а) жажда, кожный зуд

б) отёки, боли в пояснице

в) сухой кашель, одышка

г) снижение памяти, запоры

28. Потенциальная проблема пациента при сахарном диабете:

а) потеря зрения

б) остеопороз

в) легочное кровотечение

г) печеночная кома

29. Гликемическая кривая и глюкозурический профиль определяют при:

а) гипотиреозе

б) эндемическом зобе

в) диффузном токсическом зобе

г) сахарном диабете

30. При сахарном диабете в анализе крови отмечается:

а) гипернатриемия

б) гипогликемия

в) гипергликемия

г) гиперкалиемия

31. При декомпенсированном сахарном диабете в моче содержится:

а) холестерин

б) глюкоза

в) мочевины

г) билирубин

32. Высокая относительная плотность мочи при сахарном диабете обусловлена наличием:

- а) белка
- б) глюкозы
- в) билирубина
- г) лейкоцитов

33. Осложнение сахарного диабета:

- а) кетоацидотическая кома
- б) гипертонический криз
- в) отек легких
- г) легочное кровотечение

34. При диабетической коме кожные покровы пациента:

- а) влажные
- б) гиперемированные
- в) желтушные
- г) сухие

35. При диабетической коме у пациента в выдыхаемом воздухе содержится запах:

- а) алкоголя
- б) аммиака
- в) ацетона
- г) уксуса

36. Зависимое сестринское вмешательство при диабетической коме – в/в введение:

- а) инсулина, хлорида калия
- б) клофелина, пентамина
- в) папаверина, дибазола
- г) морфина, гепарина

37. Основные симптомы гипогликемического состояния:

- а) боли в области сердца, одышка
- б) одышка, сухой кашель
- в) отеки, головная боль
- г) чувство голода, потливость

38. При гипогликемической коме кожные покровы пациента:

- а) влажные
- б) гиперемированные
- в) желтушные
- г) сухие

39. При гипогликемической коме у пациента в выдыхаемом воздухе запах:

- а) алкоголя
- б) аммиака
- в) ацетона
- г) отсутствует

40. Независимое сестринское вмешательство при гипогликемическом состоянии:

- а) в/в введение дибазола
- б) в/в введение инсулина
- в) дать сладкое (конфеты, сахар, пепси-кола)
- г) контроль АД, ЧДД, пульса

41. Зависимое сестринское вмешательство при гипогликемической коме – в/в введение:

- а) инсулина
- б) глюкозы
- в) морфина
- г) нитроглицерина

42. При лечении пациента с сахарным диабетом I типа без сопутствующего ожирения назначается вариант стандартной диеты:

- а) с повышенным содержанием белка



- б) с пониженным содержанием белка
- в) с пониженной калорийностью
- г) основной

43. В настоящее время при лечении сахарного диабета I типа применяется:

- а) амарил
- б) актрапид
- в) манинил
- г) глюкофаг

44. В настоящее время при лечении сахарного диабета II типа применяется:

- а) амарил
- б) ультратард
- в) хумулин
- г) лантус

45. Осложнение инсулинотерапии:

- а) ожирение
- б) инсулинорезистентность
- в) отеки
- г) артериальная гипертензия

*Эталоны ответов:*

1в 2а 3а 4г 5в 6в 7б 8в 9а 10г 11в 12в 13г 14г 15б 16а 17б 18б 19г 20г 21г 22а 23г  
24в 25в 26г 27а 28а 29г 30в 31б 32б 33а 34в 35в 36а 37г 38а 39г 40в 41б 42в 43б 44а 45б

## **Сестринское дело в артрологии**

1. При ревматоидном артрите преимущественно поражаются суставы:

- а) коленные
- б) локтевые
- в) тазобедренные
- г) пястнофаланговые

2. Определяющий симптом ревматоидного артрита:

- а) слабость
- б) одышка
- в) утренняя скованность
- г) боли в животе

3. Потенциальная проблема пациента при болезни Бехтерева:

- а) деформация плечевых суставов
- б) анкилоз позвоночника
- в) переломы позвоночника
- г) анкилоз тазобедренных суставов

4. Для симптоматического лечения ревматоидного артрита применяются:

- а) антибиотики
- б) диуретики
- в) гипотензивные
- г) нестероидные противовоспалительные препараты

5. К базисным препаратам для лечения ревматоидного артрита относятся:

- а) крезанол, Д-пеницилламин
- б) ортофен, сулиндак
- в) аспирин, бутадион
- г) эуфиллин, нош-па

6. Основное побочное действие нестероидных противовоспалительных препаратов:

- а) повреждение слизистой оболочки ЖКТ
- б) нарушение зрения

в) повышение АД

7. Ревматоидный артрит - это:

- а) дистрофическое заболевание суставов
- б) аутоиммунное воспалительное заболевание суставов
- в) инфекционно-аллергическое воспалительное заболевание суставов
- г) аллергическое заболевание суставов

8. При ревматоидном артрите не поражаются суставы:

- а) коленные
- б) локтевые
- в) тазобедренные
- г) дистальные первых пальцев кистей и стоп

9. Уход за пациентом с ревматоидным артритом, получающего преднизолон:

- а) контроль вес тела и АД
- б) определять суточный диурез
- в) ставить очистительную клизму
- г) подготовка к УЗИ почек

10. Физический фактор лечения ревматоидного артрита:

- а) парафин
- б) ультразвук
- в) УВЧ
- г) индуктотермия

11. Остеоартроз – это:

- а) воспалительное заболевание суставов
- б) обменно-дистрофический процесс в суставах
- в) аутоиммунное заболевание суставов
- г) все верно

12. Деформация суставов при остеохондрозе происходит за счет:

- а) костных разрастаний
- б) развития анкилозов
- в) подвывихов суставов
- г) все верно

13. При деформирующем остеохондрозе кожа суставов:

- а) не изменена
- б) отечна
- в) гиперемирована
- г) плотная

14. При остеоартрозе поражаются:

- а) суставы кистей и стоп
- б) крупные суставы
- в) поясничный отдел позвоночника
- г) суставы, подверженные наибольшей нагрузке

15. Боль в суставах при остеоартрозе возникает:

- а) в покое
- б) при движении после состояния покоя
- в) во время сна
- г) постоянно

16. Для остеоартроза характерно:

- а) отечность суставов
- б) утренняя скованность
- в) крепитация, «хруст» в суставах
- г) деформация локтевых суставов

17. В лечении остеоартроза применяются хондропротекторы:

- а) кеналог, гидрокортизон
- б) кокарбоксилаза, лидаза
- в) румалон, артрон
- г) бруфен, вольтарен

*Эталоны ответов:*

1г 2в 3б 4г 5а 6а 7б 8г 9а 10а 11б 12а 13а 14г 15б 16в 17в

## **Сестринское дело в аллергологии**

1. Острое аллергическое заболевание – это:

- а) заболевания воспалительного характера
- б) системные аутоиммунные болезни
- в) дистрофические заболевания
- г) аллергическая реакция немедленного типа

2. К лекарственной болезни не относится:

- а) отек Квинке
- б) анемия
- в) анафилактический шок
- г) крапивница

3. Аллергические реакции немедленного типа развиваются после попадания аллергена в организм:

- а) в течение 4-5 часов
- б) через 1-2 суток
- в) в течение 15-20 минут
- г) через 2-3 часа

4. Аллергические реакции замедленного типа развиваются после попадания в организм аллергена:

- а) в течение 30-40 минут
- б) через 1-2 суток
- в) через 1-2 часа
- г) через 4-5 часов

5. Пищевую аллергию могут вызвать:

- а) бобовые
- б) крупы
- в) огурцы
- г) цитрусовые

6. Пищевую аллергию чаще вызывает:

- а) брусника
- б) кукуруза
- в) мясо
- г) рыба

7. К бытовым аллергенам относится:

- а) домашняя пыль
- б) пенициллин
- в) пыльца березы
- г) шерсть кошки

8. Для отека Квинке, осложненного отеком гортани, характерно:

- а) сильный кожный зуд, бледно-розовая сыпь, недомогание, повышение температуры тела
- б) отек лица, осиплость голоса, лающий кашель, нарастание затрудненного дыхания: сначала вдоха, а затем выдоха
- в) отек век, губ, носа и шеи, ощущение напряженности в местах отека
- г) лихорадка, кашель, слабость, резкий кожный зуд, одышка

9. Животное, часто вызывающее аллергическую реакцию:

- а) кошка
- б) морская свинка
- в) собака
- г) черепаха

10. Препараты, наиболее часто вызывающие аллергическую реакцию:

- а) антибиотики
- б) диуретики
- в) гипотензивные
- г) цитостатики

11. Антибиотик, наиболее часто вызывающий аллергическую реакцию:

- а) линкомицин
- б) пенициллин
- в) тетрациклин
- г) эритромицин

12. Анафилактический шок наиболее часто вызывает:

- а) ужаление пчел
- б) укус клещей
- в) укус змей
- г) ужаление ос

13. Основные симптомы анафилактического шока:

- а) одышка, кашель со "ржавой мокротой"
- б) боль в пояснице, отеки, гипертония
- в) чувство жара, слабость, снижение АД
- г) изжога, отрыжка, диарея

14. Препараты, необходимые для неотложной помощи при анафилактическом шоке:

- а) адреналин, преднизолон, реополиглюкин
- б) баралгин, но-шпа, морфин
- в) клофелин, пентамин, лазикс
- г) нитроглицерин, анальгин, валидол

15. Доврачебная помощь при анафилактическом шоке (в/в введение препарата):

- а) положение возвышенное, дать кислород, наложить жгут выше места инъекции, положить пузырь со льдом на место инъекции
- б) уложить, на место инъекции положить грелку, дать кислород, обколоть место инъекции адреналином
- в) прекратить введение препарата, оставить иглу в вене, наложить жгут выше места инъекции, уложить с приподнятым ножным концом, голову повернуть набок, обколоть место инъекции адреналином
- г) прекратить введение препарата, уложить, дать кислород, приложить грелки к конечностям

16. Доврачебная помощь при анафилактическом шоке (в/м введение препарата):

- а) придать горизонтальное положение с приподнятым ножным концом, дать кислород, наложить жгут выше места инъекции, положить пузырь со льдом на место инъекции
- б) уложить, голову повернуть набок, на место инъекции положить холод, обколоть место инъекции адреналином на физиологическом растворе, дать кислород
- в) прекратить введение препарата, уложить больного, поставить пиявки на место инъекции, поставить грелку к конечностям
- г) уложить, вызвать врача, измерить АД, ЧДД, пульс

17. Анафилактический шок наиболее часто возникает при введении лекарственного препарата:

- а) внутрь
- б) ингаляционно
- в) парентерально

г)сублингвально

Эталоны ответов:

1г 2б 3в 4б 5г 6г 7а 8б 9а 10а 11б 12а 13в 14а 15в 16а 17в

Приложение 3

## Проблемно-ситуационные задачи

| Нозологическая форма                        | Стр. | Нозологическая форма                     | Стр. |
|---|------|--|------|
| 1. Хроническая обструктивная болезнь легких | 123  | 22. Желудочное кровотечение              | 138  |
| 2. Пневмония                                | 124  | 23. Рак желудка                          | 138  |
| 3. Бронхиальная астма. Приступ удушья       | 125  | 24. Хронический холецистит               | 139  |
| 4. Легочное кровотечение                    | 126  | 25. Хронический колит                    | 140  |
| 5. Спонтанный пневмоторакс                  | 126  | 26. Приступ желчной колики               | 141  |
| 6. Острый абсцесс легкого                   | 127  | 27. Хронический гепатит                  | 142  |
| 7. Экссудативный плеврит                    | 128  | 28. Острый диффузный гломерулонефрит     | 142  |
| 8. Рак легкого                              | 129  | 29. Хронический пиелонефрит              | 143  |
| 9. Ревматизм                                | 130  | 30. Приступ почечной колики              | 144  |
| 10. Ревматизм. ХСН                          | 131  | 31. Хроническая почечная недостаточность | 145  |
| 11. Гипертоническая болезнь                 | 131  | 32. Анемия                               | 146  |
| 12. Гипертонический криз                    | 132  | 33. Острый лейкоз                        | 147  |
| 13. Приступ сердечной астмы                 | 133  | 34. Ревматоидный артрит                  | 147  |
| 14. Стенокардия                             | 134  | 35. Сахарный диабет                      | 148  |
| 15. Инфаркт миокарда                        | 134  | 36. Гипогликемическая кома               | 149  |
| 16. Кардиогенный шок                        | 134  | 37. Диффузный токсический зоб            | 150  |
| 17. Отек легкого                            | 135  | 38. Гипотиреоз                           | 150  |
| 18. Обморок                                 | 135  | 39. Стекловидный отек гортани            | 151  |
| 19. Коллапс                                 | 136  | 40. Анафилактический шок                 | 152  |
| 20. Хронический атрофический гастрит        | 136  | 41. Диспансеризация при пневмонии        | 152  |
| 21. Язвенная болезнь желудка                | 137  | 42. Диспансеризация при язвенной болезни | 153  |

### Задача 1

Пациентка Ю., 1962 года рождения, находится на стационарном лечении с диагнозом: хроническая обструктивная болезнь легких, фаза обострения. При сестринском обследовании получены следующие данные. Жалобы на: затрудненное дыхание при минимальной физической нагрузке, кашель с вязкой, трудно отделяемой мокротой зеленоватого цвета с неприятным запахом, чувство заложенности в груди, периодическое повышение температуры тела, головную боль, нарушение сна, общую слабость, потливость, плохой сон. Считает себя больной в течение нескольких лет, ухудшение наступило в течение последней недели, которое связывает с переохлаждением. Дома были приступы удушья.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, легкий акроцианоз. ЧДД 24 в мин. Дистанционные свистящие хрипы. Пульс 86 уд. в мин., удовлетворительных качеств. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Задания:

1. Сформулируйте проблемы пациентки.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивацией.

Эталон ответов:

- 1 Проблемы настоящие: кашель с трудно отделяемой мокротой, лихорадка, потливость, нарушение сна, беспокойство по поводу исхода заболевания. Проблемы потенциальные: высокий риск частых приступов удушья. Приоритетная проблема: кашель с трудно отделяемой мокротой.

2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка   |
|---|---|
| 1. Обеспечить соблюдение предписанного врачом двигательного режима, режима питания с обильным щелочным питьем | Для уменьшения вязкости мокроты и улучшения ее отделения, для уменьшения одышки |
| 2. Разъяснить правила приема лекарственных  | Для активного участия пациентки в   |

|  |  |
|--|--|
| препаратов (по отношению к времени приема пищи)  | процессе лечения   |
| 3. Создать пациентке дренажное положение и обучить его выполнять   | Для профилактики застойных явлений в легких и улучшения отхождения мокроты                           |
| 4. Обучить пациентку правильному поведению при кашле   | Для инфекционной безопасности  |
| 5. Провести лечебный массаж грудной клетки в сочетании с вибрационным по 10 мин. 2 раза в день   | Для улучшения функции дыхания и кровообращения   |
| 6. Обучение пациентки дыхательной гимнастике. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты в течение 30 минут  | Для улучшения вентиляции легких  |
| 7. Использование дезодорантов  | Для устранения неприятного запаха мокроты  |
| 8. Провести беседы с родственниками об обеспечении пациентке питания с высоким содержанием белка, а также витаминов, микроэлементов  | Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма                                      |
| 9. Вести наблюдение за состоянием пациентки  | Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений |
| 10. Выполнять назначения врача   | Для эффективного лечения   |
| 11. Проводить беседы по предупреждению обострений заболевания: а) о значении переохлаждения организма; б) о вреде курения; в) о рациональном питании; г) о значении дыхательных и общеукрепляющих упражнений для укрепления здоровья | Для вторичной профилактики   |
| 11. Провести обучение приемам эффективного откашливания  | Для улучшения дренажной функции бронхов и эффективного лечения                                       |

*Оценка эффективности:* пациентка отмечает значительное облегчение дыхания, демонстрирует знания о мерах профилактики застоя мокроты. Цель достигнута.

## Задача 2

Пациентка В., 25 лет, находится на лечении с диагнозом: пневмония нижней доли правого легкого. При сестринском обследовании выявлены жалобы на: повышение температуры, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель, одышку, выделение мокроты серого цвета, слабость. Заболела после переохлаждения. Дома принимала жаропонижающие таблетки, но состояние быстро ухудшалось.

Объективно: состояние тяжелое, температура  $39,5^{\circ}\text{C}$ . Правая щека гиперемирована. ЧДД 32 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание в нижних отделах правого легкого усилено. При перкуссии там же притупление, при аускультации - влажные хрипы. Пульс 110 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 100/65 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациентки.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: одышка, лихорадка, боль в грудной клетке, слабость, кашель с выделением мокроты. Проблемы потенциальные: риск развития тяжелой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, легочного кровотечения. Приоритетная проблема - гипертермия.

## 2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка   |
|--|---|
| 1. Обеспечить своевременное выполнение назначений врача, в том числе соблюдение предписанного режима и лечебного питания. Измерять температуру тела каждые 2-3 часа  | Для правильного лечения, ранней диагностики осложнений и оказания соответствующей помощи                    |
| 2. Согреть (теплые грелки к ногам, тепло укрыть больного, дать теплый сладкий чай)   | Для согревания пациентки, уменьшения теплоотдачи  |
| 3. Обеспечить витаминизированное питье (соки, теплый чай с лимоном, черной смородиной, настоем шиповника)  | Для снижения интоксикации   |
| 4. Орошение слизистой рта и губ водой, смазывание трещин вазелиновым маслом, 20% раствором буры в глицерине  | Для ликвидации сухости слизистой рта и губ  |
| 5. Постоянно наблюдать за больным при спутанном сознании, резком повышении температуры   | Для предупреждения травм  |
| 6. Измерять АД и пульс, частоту дыхания  | Для ранней диагностики дыхательной и сердечной недостаточности  |
| 7. Обеспечить смену нательного и постельного белья, туалет кожи. Следить за физиологическими отправлениями и проводить после них гигиенические мероприятия   | Для профилактики пролежней  |
| 8. Положить пузырь со льдом или холодный компресс на шею и голову при гипертермии  | Для профилактики отека мозга, предупреждения нарушений сознания, судорог и других осложнений со стороны ЦНС |
| 9. При критическом понижении температуры: приподнять ножной конец кровати, убрать подушку; вызвать врача; обложить теплыми грелками, укрыть, дать теплый чай; приготовить 10% раствор кофеина, 10% раствор сульфокамфокаина; сменить белье | Для профилактики острой сосудистой недостаточности  |
| 10. Обучить больного дыхательным и дренажным положениям  | Для восстановления вентиляционной функции легких  |
| 11. Следить за санитарным состоянием палаты  | Для профилактики внутрибольничной инфекции  |
| 12. Выполнять назначения врача   | Для эффективного лечения  |

Оценка эффективности: через 3 дня температура нормализовалась. Цель достигнута.

### Задача 3

У пациента Б., 44 лет, находящегося на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: бронхиальная астма, обострение, внезапно развился приступ острой нехватки воздуха.

Объективно: общее состояние тяжелое, пациент сидит, опершись руками на спинку кровати, дыхание свистящее, «дистанционные» сухие хрипы, кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой серого цвета. Температура тела 36,6°C. ЧДД 26 в 1 мин. При аускультации в легких множественные свистящие хрипы. АД 110 мм рт. ст. Пульс 84 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Приступ удушья. Обоснование: пациент страдает бронхиальной астмой; положение

вынужденное, сидя, опершись руками на спинку кровати, экспираторная одышка; дыхание свистящее, «дистанционные» сухие хрипы, кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой серого цвета. ЧДД 28 в 1 мин.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- 1) вызвать врача для оказания квалифицированной помощи;
- 2) успокоить, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха;
- 3) измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД;
- 4) дать увлажненный кислород;
- 5) дать беротек в ингаляции (сальбутамол, беродуал, вентолин, алуцент) 1-2 вдоха дозированного аэрозоля для снятия спазма бронхов;
- 6) приготовить систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, аппарат ЭКГ;
- 7) приготовить преднизолон, адреналин (амп.), физиологический р-р во флаконах по 500 мл, стерильно; реланиум (амп.), эуфиллин 2,4% р-р 10 мл (амп.);
- 8) выполнить назначения врача.

#### Задача 4

Больной Ю., 26 лет, находится на лечении в туберкулезной больнице с диагнозом: фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Внезапно при кашле стала выделяться в большом количестве алая кровь с примесью пузырьков воздуха.

Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 37,5<sup>0</sup>С. Кожа и видимые слизистые бледные, влажные. Грудная клетка вздута, в состоянии максимального вдоха. При перкуссии определяется легочной звук с коробочным оттенком. При аускультации - дыхание ослаблено, влажные хрипы в нижних отделах легких. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, 110 уд/мин. АД 90/70 мм рт. ст.

Задания:

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

*Эталоны ответов:*

1. Легочное кровотечение. Обоснование: пациент страдает туберкулезом легких, при кашле выделяется в большом количестве алая кровь с пузырьками воздуха; частый пульс слабого наполнения и напряжения; низкое АД.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;
  - 2) придать полусидящее положение с наклоном туловища вперед для профилактики аспирации крови и мокроты;
  - 3) обеспечить полный физический покой, успокоить больного, создать эмоциональный комфорт;
  - 4) запретить разговаривать, принимать пищу и пить;
  - 5) положить пузырь со льдом на грудную клетку, давать глотать кусочки льда;
  - 6) обеспечить контроль за состоянием пациента (АД, ЧДД, пульс);
  - 7) наложить жгуты на нижние конечности выше середины бедра на 40 мин для уменьшения притока крови в легкие, создания депо крови;
  - 8) приготовить шприцы, капельницы и медикаменты - 10% раствор хлорида кальция, 10% раствор желатиноля, 5% раствор аминокaproновой кислоты, 1% раствор викасола;
  - 9) приготовить все необходимое для определения группы крови;
  - 10) выполнить назначения врача.

#### Задача 5

У больного ХОБЛ внезапно во время кашля появились боли в правой половине грудной клетки, затрудненное дыхание, слабость.

Объективно: общее состояние тяжелое, пациент сидит, наклонившись вперед, опираясь



руками на колени. Температура тела 37,9<sup>0</sup>С. Кожа и слизистые бледные. Выбухание межреберных промежутков в правой половине грудной клетки и ее отставание в акте дыхания. При перкуссии на стороне поражения определяется коробочный звук; при аускультации - дыхание не проводится. ЧДД 28 в мин. Пульс 108 в 1 мин, удовлетворительного наполнения. АД 105/50 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, глухие.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

*Эталон ответов:*

1. Правосторонний спонтанный пневмоторакс. Обоснование: пациент страдает бронхоэктатической болезнью; состояние развилось внезапно, во время кашля; одышка; тахикардия; снижение АД; бледность кожных покровов; цианоз; выбухание межреберных промежутков; отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания; на стороне поражения коробочный звук; дыхание не выслушивается.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача для оказания квалифицированной помощи;
  - 2) придать полусидящее положение с наклоном вперед и больную сторону для профилактики аспирации крови и мокроты;
  - 3) положить на грудь холод, дать глотать кусочки льда;
  - 4) запретить разговаривать, принимать пищу, пить;
  - 5) измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД;
  - 6) подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, аппарат ЭКГ;
  - 7) приготовить все необходимое для определения группы крови;
  - 8) приготовить адреналин, мезатон (амп.), наркотические анальгетики, 50% раствор анальгина 2 мл (амп.), физиологический раствор во флаконах по 500 мл;
  - 9) выполнить назначения врача.

## Задача 6

Пациент С., 49 лет находится в терапевтическом отделении на лечении с диагнозом: острый абсцесс левого легкого. При сестринском обследовании установлены жалобы на: кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты с примесью крови, выраженную слабость, головную боль. Больной вялый, на вопросы отвечает с трудом.

Объективно: общее состояние тяжелое. ЧДД 28 в мин. При перкуссии слева под лопаткой определяется притупление легочного звука. Дыхание жесткое, слева выслушиваются влажные хрипы. Пульс 94 в мин, удовлетворительных качеств. АД 120/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

На рентгенограмме в нижней доле левого легкого видна инфильтративная тень, в центре которой имеется полость с горизонтальным уровнем. Общий анализ крови: СОЭ 38 мм/час, лейкоциты - 36000 в 1 мкл.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивацией

*Эталон ответов:*

1. Проблемы пациента: настоящие: кашель со зловонной мокротой, лихорадка, беспокойство по поводу исхода заболевания. Проблемы потенциальные: легочное кровотечение. Приоритетная проблема: кашель с гнойной мокротой.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка  |
|--|--|
| 1. Следить за своевременным выполнением назначений: соблюдением пациентом предписанного двигательного режима и питания | Для эффективного лечения и предупреждения осложнений |
| 2. Обеспечить пациента индивидуальной плева-   | Для инфекционной безопасности и гигие-               |

|   |   |
|---|---|
| тельницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 3% раствором хлорамина  | нического сбора мокроты   |
| 3. Создать пациенту удобное положение в постели   | Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты                           |
| 4. Обучить пациента правильному поведению при кашле   | Для активного участия пациента в процессе выздоровления                       |
| 5. Обучить пациента дыхательной гимнастике, дренажным положениям  | Для улучшения отхождения мокроты  |
| 6. Осуществлять контроль за выполнением пациентом комплекса дыхательных упражнений  | Для улучшения дыхательной функции   |
| 7. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты   | Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом                   |
| 8. Провести беседы с родственниками - об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белка, витаминов и микроэлементов | Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма               |
| 9. Провести беседы с больным о положительном влиянии дыхательных и дренажных упражнений, о вреде курения                      | Для профилактики обострений заболевания                                       |
| 10. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента, измерять АД, ЧДД, пульс, температуру тела                               | Для ранней диагностики осложнений и своевременного оказания неотложной помощи |
| 11. Выполнять назначения врача  | Для эффективного лечения  |

*Оценка эффективности:* пациент к 6-му дню лечения отметил значительное улучшение, кашель уменьшился. Гнойная мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

#### Задача 7.

Пациент С., 48 лет, находится на лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом: правосторонний экссудативный плеврит. При сестринском обследовании установлены жалобы на: боль и чувство тяжести в грудной клетке справа, сухой кашель, повышение температуры тела, одышку, общую слабость, головную боль, нарушение сна.

Объективно: общее состояние тяжелое, лежит на правом боку. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. Дыхание поверхностное. ЧДД 28 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно на задней поверхности грудной клетки справа тупость ниже пятого ребра. При аускультации дыхание справа не проводится. Пульс 100 уд/мин. АД 100/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

На рентгенограмме грудной клетки справа ниже пятого ребра затемнение с верхней косой границей.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивацией.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: одышка; лихорадка; нарушение сна; беспокойство за исход лечения. Проблемы потенциальные: эмпиема плевры, легочно-сердечная недостаточность. Приоритетная проблема - одышка.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка                        |
|---|------------------------------------|
| 1. Обеспечить выполнение назначений врача, предписанного двигательного режима и лечебного питания | Для эффективного лечения           |
| 2. Обеспечить проведение оксигенотерапии.   | Для снижения гипоксии              |
| 3. Обеспечить психологическую подготовку больного к плевральной пункции                           | Для снятия страха перед процедурой |

|  |  |
|--|--|
| 4. Подготовить необходимые инструменты и медикаменты для проведения плевральной пункции                          | Для уточнения диагноза и лечения   |
| 5. Обеспечить регулярное проветривание палаты, следить за ее санитарным состоянием                               | Для притока свежего воздуха, уменьшения гипоксии, профилактики внутрибольничной инфекции |
| 6. Обеспечить обильное теплое витаминизированное питье больному  | Для восполнения потерь жидкости, повышения иммунных сил организма                        |
| 7. Обучить пациента лечебной физкультуре с элементами дыхательной гимнастики                                     | Для предупреждения спаечного процесса плевральной полости, осложнений                    |
| 8. Обеспечить выполнение дыхательной гимнастики  | Для эффективной микроциркуляции крови в легких   |
| 9. Объяснить пациенту сущность заболевания, правила приема лекарственных препаратов и профилактики осложнений    | Для снижения тревоги, повышения уверенности в благоприятном исходе лечения               |
| 10. Обеспечить проведение лечебного массажа  | Для рассасывания экссудата, предупреждения спаек   |
| 11. Провести беседы с родственниками о рациональном питании  | Для повышения защитных сил организма   |
| 12. Осуществлять наблюдение за внешним видом и состоянием пациента (контроль ЧДД, АД, пульса, суточного диуреза) | Для ранней диагностики осложнений и своевременного оказания неотложной помощи            |
| 13. Выполнение назначений врача  | Для эффективного лечения   |

*Оценка эффективности:* пациент отмечает значительное улучшение состояния, облегчение дыхания, демонстрирует знания по профилактике осложнений. Цель достигнута.

#### **Задача 8.**

Пациент А., 46 лет, находится на лечении в онкодиспансере с диагнозом: рак легкого. 3 стадия. При сестринском обследовании выявлены жалобы на: кашель с отделением мокроты слизистого характера, сильные боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле, резкую слабость, периодическое повышение температура тела до субфебрильных цифр.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Грудная клетка обычной формы, участвует в акте дыхания. Температура тела 37,6<sup>0</sup>С, ЧДД 20 в минуту, пульс 84 в мин, удовлетворительного наполнения. АД 125/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: кашель с отделением мокроты, резкая слабость, боль в грудной клетке, похудание, страх за свое будущее. Проблемы потенциальные: риск легочного кровотечения. Приоритетная проблема: боль в грудной клетке.

2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка   |
|---|---|
| 1. Обеспечить пациенту назначенный лечебно-охранительный режим, удобное положение в постели   | Для уменьшения болей  |
| 2. Обеспечить физический и психический покой  | Для ограничения подвижности плевральных листков и уменьшения боли |
| 3. Обеспечить больного индивидуальной плевательницей, следить за санитарным состоянием палаты | Для предупреждения внутрибольничной инфекции                      |

|   |  |
|---|--|
| 4. Объяснить преимущества поверхностного дыхания и ограничения физической активности          | Для уменьшения болей из-за ограничения подвижности плевральных листков   |
| 5. Обучить пациента приемам самовнушения и релаксации в течение недели ежедневно по 15 минут  | Для успокоения больного и адаптации к его состоянию                      |
| 6. Обеспечить прием обезболивающих средств по назначению врача                                | Для купирования болевого синдрома  |
| 7. Следить за состоянием пациента: цвет кожных покровов, температура, пульс, ЧДД, АД, мокрота | Для контроля за динамикой заболевания и профилактики развития осложнений |
| 8. Своевременно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного                          | Для предупреждения осложнений  |
| 9. Соблюдать этико-деонтологические правила при общении с пациентом и его родственниками      | Для психологического комфорта  |
| 10. Выполнять назначения врача  | Для эффективного лечения   |

*Оценка эффективности:* пациент отметил уменьшение болей в грудной клетке. Цель достигнута.

### Задача 9

Пациент Е., 18 лет, поступил на лечение в кардиологическое отделение с диагнозом: ревматизм, активная фаза, ревмокардит, полиартрит. При сестринском обследовании установлены жалобы на: повышение температуры до 38,2°C, сильную боль в правом голеностопном суставе, общую слабость, одышку, сердцебиение, плохой аппетит. Две недели назад перенес ангину.

Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 38,1°C. Кожные покровы чистые, правый голеностопный сустав отечный, горячий на ощупь, болезненный, кожа над ним гиперемирована, движение в суставе ограничено из-за боли. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 18 в мин. Пульс 94 уд в мин. АД 115/75 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: боли в суставе, лихорадка, одышка, сердцебиение, снижение аппетита, слабость; плохой сон. Проблемы потенциальные: риск формирования порока сердца. Приоритетная проблема - боль в правом голеностопном суставе.

2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка   |
|--|---|
| 1. Обеспечить лечебно-охранительный режим, лечебное питание                | Для эффективного лечения и создания психоэмоционального комфорта, профилактики осложнений |
| 2. Укрыть теплым одеялом, обеспечить теплом                                | Для уменьшения болей  |
| 3. Обеспечить обильное, витаминизированное питье (2–2,5 л)                 | Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма                                |
| 4. Поставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача | Для снятия воспаления   |
| 5. Следить за диурезом пациента  | Для контроля водно-электролитного баланса   |
| 6. Следить за деятельностью кишечника                                      | Для профилактики запоров  |
| 7. Осуществлять контроль ЧДД, АД, пульсом                                  | Для ранней диагностики возможных  |

|   |  |
|---|--|
|   | осложнений   |
| 8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с основным вариантом стандартной диеты   | Для уменьшения задержки жидкости в организме                         |
| 9. Провести беседы:<br>а) о значении соблюдения режима двигательной активности, труда, отдыха, питания;<br>б) о значении бициллинопрофилактики;<br>в) о необходимости систематического приема лекарств в период активности ревматизма | Для вторичной профилактики ревматизма                                |
| 10. Осуществлять контроль переносимости препаратов  | Для своевременного выявления побочных эффектов лекарственной терапии |
| 11. Выполнять назначение врача  | Для эффективного лечения   |

*Оценка эффективности:* пациент отмечает уменьшение боли в суставе к концу 3 дня лечения. Цель достигнута.

### Задача 10.

Пациентка И., 52 лет, находится на амбулаторном лечении (стационар на дому) с диагнозом: ревматизм активная фаза; ревмокардит, Н II А. При сестринском обследовании установлены жалобы на: колющие боли в области сердца, сердцебиение, одышку, отеки на ногах, слабость, кашель со слизистой мокротой, плохой сон. Болеет около 2 недель. От стационарного лечения отказалась.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Отеки на голенях. ЧДД 20 в минуту. Пульс 98 в минуту, ритмичный, АД 110/75 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, систолический шум у верхушки. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Определите проблемы пациентки.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: боль в области сердца, одышка, сердцебиение, слабость, нарушение сна. Проблема потенциальная - риск развития отека легкого. Приоритетная проблема - боль в области сердца.

2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка   |
|---|---|
| 1. Посещать пациентку на дому ежедневно                                 | Для контроля за состоянием пациентки                    |
| 2. Обеспечить возвышенное положение в постели                           | Для уменьшения притока крови к легким и сердцу          |
| 3. Обучить пациентку и родственников оксигенотерапии                    | Для обогащения воздуха кислородом и уменьшения гипоксии |
| 4. Обучить пациентку и родственников рациональному питанию              | Для уменьшения задержки жидкости в организме            |
| 5. Обучить контролю суточного диуреза                                   | Для обеспечения отрицательного водного баланса          |
| 6. Обучить пациентку и родственников подсчету пульса, ЧДД, измерению АД | Для контроля состояния                                  |
| 7. Правильно и своевременно выполнять назначения врача                  | Для эффективного лечения                                |

*Оценка эффективности:* пациентка отмечает отсутствие одышки. Цель достигнута.

### Задача 11

Пациент Б., 38 лет, находится на лечении в кардиологическом отделении с диагнозом:

гипертоническая болезнь, III степень, ухудшение, риск 3. При сборе информации медицинская сестра установила жалобы на: сильную головную боль, головокружение, «пелену» перед глазами, слабость, плохой сон. Болеет около 10 лет. Лекарственные средства принимает нерегулярно.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание ясное, кожные покровы чистые, обычной окраски. Питание избыточное, ИМТ – 28 кг/м<sup>2</sup>. ЧДД 20 в минуту, пульс 94 в минуту, ритмичный, напряжен. АД 180/105 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: сильная головная боль, головокружение, «пелена» перед глазами, слабость, плохой сон. Проблема потенциальная: риск развития гипертонического криза. Проблема приоритетная: головная боль.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка  |
|---|--|
| 1. Создать физический и психический покой   | С целью уменьшения действия раздражителей на ЦНС   |
| 2. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты по 20 минут 3 раза в день   | Для обогащения воздуха кислородом  |
| 3. Обеспечить основной вариант стандартной диеты с ограничением соли до 5 г/сутки   | Для снижения АД  |
| 4. Обеспечить пациенту возвышенное положение в постели  | С целью уменьшения притока кров к головному мозгу и сердцу   |
| 5. Провести беседы с пациентом и родственниками: а) об устранении факторов риска (избыточный вес, соблюдение диеты, устранение вредных привычек); б) о значении систематического приема антигипертензивных препаратов и посещения врача | С целью стабилизации АД  |
| 6. Контроль суточного диуреза   | С целью выявления задержки жидкости и контроля за весом тела пациента                                |
| 7. Наблюдение за состоянием пациента, внешним видом, регулярное измерение АД  | Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений |
| 8. Выполнять назначения врача   | Для своевременного обследования и правильного лечения  |
| 9. Подготовить пациента к дополнительным исследованиям (анализы мочи, крови, ЭКГ, ФКГ и др.)  | Для контроля за состоянием больного и эффективностью лечения   |
| 10. Обучить пациента и членов его семьи: а) определению АД, частоты пульса; б) распознаванию первых признаков гипертонического криза; в) оказанию первой доврачебной помощи при гипертоническом кризе                                   | Для профилактики осложнения  |

*Оценка эффективности:* пациент отмечает отсутствие головной боли. Цель достигнута.

## Задача 12

У пациента А., 45 лет, страдающего артериальной гипертонией, внезапно после конфликтной ситуации возникла сильная пульсирующая головная боль, появилась пелена перед глазами, тошнота, многократная рвота, шаткая походка, слабость, сердцебиение.

Объективно: общее состояние тяжелое, кожа и слизистые влажные, склеры глаз гиперемированы. Температура тела  $36,7^{\circ}\text{C}$ . ЧДД 20 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс 104 уд./мин, твердый, ритмичный. АД 200/115 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Гипертонический криз. Обоснование: пациент страдает гипертонической болезнью, после конфликтной ситуации появилась сильная пульсирующая головная боль, рвота, мелькание «мушек», пелена перед глазами; гиперемия глаз, напряженный пульс, значительное повышение АД.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача;
  - 2) обеспечить доступ свежего воздуха;
  - 3) успокоить, расстегнуть стесняющую одежду;
  - 4) дать увлажненный кислород;
  - 5) уложить с высоко поднятым изголовьем, при рвоте повернуть голову набок;
  - 6) дать 1 табл. клофелина под язык;
  - 7) поставить горчичники на икроножные мышцы или горячую ножную ванну;
  - 8) контроль АД, ЧДД, пульса;
  - 9) подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, аппарат ЭКГ;
  - 10) приготовить клофелин, лазикс, коринфар, реланиум, дроперидол (амп.);
  - 11) выполнить назначения врача.

### **Задача 13.**

У пациента Л., 46 лет, находящегося на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, ночью состояние резко ухудшилось. Развился приступ удушья с кашлем и пенистой мокротой.

Объективно: общее состояние тяжелое. Положение вынужденное, сидя с опущенными ногами. Кожа бледная с серым оттенком, влажная, акроцианоз. Температура тела  $36,6^{\circ}\text{C}$ . Одышка в покое с затрудненным вдохом. ЧДД 30 в мин. Выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах легких. Пульс 100 в 1 мин, слабого, неравномерного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца глухие, ритм нарушен. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Сердечная астма. Обоснование: пациент страдает ИБС; приступ удушья; кашель с пенистой мокротой; одышка, усиливающаяся в положении лежа; положение ортопноэ; тахипноэ; пульс частый, слабого, неравномерного наполнения и напряжения. Снижение АД.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача для оказания квалифицированной помощи;
  - 2) обеспечить соблюдение больным предписанного режима;
  - 3) обеспечить положение сидя с опущенными с кровати ногами;
  - 4) измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД;
  - 5) дать увлажненный кислород через спирт, пеногаситель;
  - 6) дать 1 табл. нитроглицерина под язык, повторить через 5 мин при АД  $\text{с} > 90$  мм рт. ст.;
  - 7) наложить жгуты на 3 конечности с последующей сменой через 30 мин (записать

- время наложения) с целью разгрузки малого круга кровообращения;
- 8) подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, аппарат ЭКГ или подключить к кардиомонитору с пульсоксиметром, дефибриллятор, мешок Амбу;
  - 9) приготовить препараты для НЛА, лазикс, преднизолон, адреналин, строфантин, допамин, нитроглицерин, физиологический раствор;
  - 10) выполнить назначения врача.

#### **Задача 14.**

У пациента В., 65 лет, страдающего стенокардией, развился приступ боли за грудиной, жгучего, сжимающего характера, иррадиирующей в левое плечо.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,9<sup>0</sup>С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. ЧДД 16 в мин. Пульс 80 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/65 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

*Задания:*

1. Определите неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Приступ стабильной стенокардии. Обоснование: пациент страдает ИБС; боль в области сердца жгучего, сжимающего характера с иррадиацией в левую руку.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;
  - 2) успокоить пациента;
  - 3) придать пациенту удобное положение в постели;
  - 4) расстегнуть стесняющую одежду;
  - 5) обеспечить доступ свежего воздуха;
  - 6) поставить горчичники на область сердца с отвлекающей целью;
  - 7) обеспечить контроль состояния пациента, АД, пульса, ЧДД;
  - 8) дать таблетку нитроглицерина под язык;
  - 9) выполнить назначения врача.

#### **Задача 15.**

У пациента З., 62 лет, страдающего ИБС: стенокардия прогрессирующая, после нервного перенапряжения возник приступ сильной давящей боли за грудиной, иррадиирующей под левую лопатку, который не удалось снять таблетированным нитроглицерином.

Объективно: общее состояние тяжелое. Пациент испуган, черты лица заострены. Кожа и слизистые чистые, бледные. По лицу стекают капли пота. Температура тела 36,1<sup>0</sup>С. ЧДД 16 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс 60 уд/мин, ритмичный. АД 100/50 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритм галопа. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Инфаркт миокарда, острейший период. Обоснование: пациент страдает ИБС: стенокардией, после нервного перенапряжения в течение часа держатся сильные давящие боли за грудиной, которые не снимаются нитроглицерином; брадикардия, снижение АД, ритм галопа.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача;
  - 2) дать кислород;
  - 3) создать психический и физический покой;
  - 4) придать полусидящее положение или уложить больного на спину с приподнятым головным концом;
  - 5) поставить горчичники на область грудины или втереть нитромазь на область



- сердца;
- 6) повторить прием нитроглицерина под язык по 0,0005 мг с интервалом 8-10 минут;
  - 7) осуществлять контроль за состоянием пациента, АД, пульса, ЧДД;
  - 8) приготовить препараты: наркотические анальгетики, допамин, нитроглицерин (амп), преднизолон, атропин, мезатон, анальгин, димедрол;
  - 9) снятие ЭКГ или подключить к кардиомонитору;
  - 10) обеспечить транспортировку пациента в кардиологическое отделение для дальнейшего лечения;
  - 11) выполнить назначения врача.

### Задача 16

У пациента Ю., 65 лет, поступившего на лечение в терапевтическом отделении с диагнозом: инфаркт миокарда, острый период, после попытки сесть в постели развилась резкая слабость, головокружение.

Объективно: общее состояние тяжелое, положение пассивное; взгляд безучастный, разговаривает вяло, на вопросы отвечает с трудом. Кожа влажная, серого цвета; кисти и стопы на ощупь холодные; вены спавшиеся. Температура тела 36,5<sup>0</sup>С. ЧДД 20 в 1 мин. В легких дыхание ослаблено. Пульс 104 в мин, слабого наполнения и напряжения. АД 90/45 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритм сохранен.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Кардиогенный шок. Обоснование: пациент страдает инфарктом миокарда; нарушение двигательного режима, влажные кожные покровы, серого цвета; кисти и стопы холодные на ощупь; вены спавшиеся; низкое систолическое АД, диастолическое не определяется; частый пульс, слабого наполнения и напряжения.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача;
  - 2) уложить больного, опустить головной конец, приподнять ножной конец на 20 градусов;
  - 3) измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД для контроля состояния;
  - 4) дать увлажненный кислород;
  - 5) снять ЭКГ, подключить к кардиомонитору для контроля состояния;
  - 6) подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, аппарат ЭКГ, кардиомонитор, пульсоксиметр, дефибрилятор, мешок Амбу;
  - 7) приготовить наркотические анальгетики, анальгин, преднизолон, допамин, норадреналин, адреналин, нитроглицерин (амп.), полиглюкин, физиологический раствор во флаконах;
  - 8) выполнить назначения врача.

### Задача 17.

В терапевтическом отделении у пациента Д., 65 лет, находящегося на лечении с диагнозом: инфаркт миокарда, острый период, внезапно ухудшилось общее состояние, появились одышка с приступами удушья с затруднением вдоха, кашель с выделением розовой пенистой мокроты.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, с серым оттенком, влажные. Дыхание хриплое, клочующее, изо рта выделяется розовая пенная мокрота. Температура тела 36,5<sup>0</sup>С. ЧДД 30 в 1 мин. В легких дыхание ослаблено, по всем полям множественные влажные хрипы. Пульс 110 в мин, слабого наполнения и напряжения. АД 100/80 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритм нарушен.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

*Эталон ответов:*

1. Отёк легких. Обоснование: пациент страдает инфарктом миокарда; внезапно ухудшилось общее состояние; одышка с затруднением вдоха; приступы удушья; кашель с выделением розовой пенистой мокроты; хриплое, kloкочущее дыхание; тахипноэ; множественные влажные хрипы в легких; низкое АД, частый пульс, глухие тоны сердца.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;
  - 2) создать возвышенное полусидящее положение с опущенными ногами для уменьшения притока венозной крови к сердцу,
  - 3) обеспечить абсолютный физический и психический покой,
  - 4) освободить от стесняющей одежды;
  - 5) очистить ротовую полость от пены и слизи;
  - 6) обеспечить ингаляцию увлажненного кислорода с пеногасителем;
  - 7) наложить венозные жгуты на три конечности на 60 мин;
  - 8) обеспечить контроль за состоянием пациента, АД, пульса, ЧДД;
  - 9) приготовить к приходу врача: шприцы, лазикс, преднизолон, наркотические анальгетики, нитроглицерин (амп.), эуфиллин в амп., 5% раствор глюкозы или физиологический раствор, полиглюкин 500 мл;
  - 10) четко и своевременно выполнить назначения врача.

### **Задача 18.**

В приемном покое пациентка П., 24 лет, потеряла сознание.

Объективно: сознание отсутствует, кожные покровы и слизистые бледные, зрачки узкие на свет не реагируют. ЧДД 20 в 1 мин. Пульс 100 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Обморок. Обоснование: отсутствие сознания и реакции зрачков на свет; бледность кожных покровов, частый пульс удовлетворительных качеств, отсутствие признаков нарушения дыхания и сердечной деятельности.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача;
  - 2) расстегнуть ворот, расслабить пояс для облегчения дыхания;
  - 3) поднести к носу тампон, смоченный раствором нашатырного спирта;
  - 4) обрызгать холодной водой лицо, похлопать по лицу ладонями, растереть виски, грудь;
  - 5) провести компрессию живота руками с целью повышения АД в сосудах головного мозга;
  - 6) контроль ЧДД, АД, пульса до прибытия врача;
  - 7) выполнить назначения врача.

### **Задача 19**

У пациента Т., 33 лет, находящегося на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом пневмония, внезапно резко ухудшилось общее состояние, появились резкая слабость, головокружение.

Объективно: пациент в сознании, в контакт вступает с трудом, речь замедленна. Температура тела 35,4<sup>0</sup>С. Черты лица заострены. Конечности холодные. Взгляд тусклый, безучастный. Кожные покровы и слизистые синюшные с серым оттенком; холодный, липкий пот.

ЧДД 18 в 1 мин. Дыхание ослаблено, поверхностное. Пульс 104, малый, определяется с трудом. АДс 60/0 мм рт. ст., Тоны сердца глухие, ритм сохранен.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

*Эталон ответов:*

1. Коллапс. Обоснование: пациент страдает пневмонией; резкое вставание после пребывания в положении лежа. Кожные покровы и слизистые синюшные с серым оттенком; холодный, липкий пот; черты лица заострены, взгляд безучастный; пульс частый, малый; АД снижено, гипотермия.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача;
  - 2) успокоить, уложить горизонтально без подушки, успокоить, опустить головной конец кровати, приподнять ножной конец с целью увеличения притока крови к голове;
  - 3) укрыть одеялом, к ногам приложить грелки, дать выпить горячий чай для согревания больного;
  - 4) измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД;
  - 5) проветрить помещение, дать доступ свежего воздуха, увлажненный кислород;
  - 6) ввести кофеин, кордиамин парентерально для уменьшения гипоксии, повышения тонуса сосудов, улучшения работы сердца;
  - 7) снять ЭКГ, подключить к кардиомонитору;
  - 8) подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут;
  - 9) приготовить преднизолон, адреналин, строфантин, анальгин (амп.), раствор полиглюкина, реополиглюкина, физиологический раствор;
  - 10) выполнить назначения врача.

## Задача 20

Пациент Д., 63 лет, госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: хронический атрофический гастрит, обострение. При сестринском обследовании установлены жалобы на: чувство тяжести в эпигастрии, отсутствие аппетита, похудание, быструю утомляемость.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36, 8° С. Кожа бледная. ЧДД 16 в мин. Пульс 76 в мин., удовлетворительных качеств. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринских вмешательств с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы пациента настоящие: чувство тяжести в эпигастрии, отсутствие аппетита, снижение массы тела, быстрая утомляемость. Потенциальные проблемы: риск развития онкологического заболевания, риск развития анемии. Приоритетная проблема: чувство тяжести в эпигастрии.

2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка                           |
|--|---------------------------------------|
| 1. Провести с пациентом беседы о необходимости полноценного питания для улучшения здоровья | Для профилактики обострений           |
| 2. Разнообразить меню, учитывая вкусы пациента и назначенную врачом диету                  | Возбудить аппетит                     |
| 3. Эстетически оформить прием пищи   | Возбудить аппетит                     |
| 4. С разрешения врача включить в рацион ап-  | Для диетического питания и стимуляции |

|  |   |
|--|---|
| петитный чай, мясные и рыбные бульоны                                    | аппетита  |
| 5. Регулярно проветривать палату   | Для предупреждения внутрибольничной инфекции                                |
| 6. С разрешения врача рекомендовать пациенту прогулки перед приемом пищи | Для улучшения самочувствия и аппетита                                       |
| 7. Один раз в 3 дня контролировать вес пациента                          | Наблюдение за массой тела как критерия эффективности проводимых мероприятий |
| 8. Выполнять врачебные назначения  | Для эффективного лечения  |

*Оценка эффективности:* к 7-му дню лечения пациент отметил уменьшение чувства тяжести в эпигастрии. Цель достигнута.

### Задача 21

Пациент Н., 43 лет, находится на лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: язвенная болезнь желудка, фаза обострения. При сестринском обследовании установлены жалобы на: боль в эпигастриальной области, спустя 60 минут после еды, отрыжку воздухом, периодические запоры, вздутие живота. Болеет в течение 10 лет. Пациент тревожен, выражает опасение за свое будущее, сомневается в успехе лечения.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. ЧДД 16 в мин. Пульс 60 уд. В мин. АД 115/75 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом, влажный. Живот правильной формы, болезненный в эпигастриальной области. Печень и селезенка не пальпируются.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринских вмешательств с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы: настоящие: боли в эпигастрии, отрыжка, запор, метеоризм; плохой сон, общая слабость. Проблема потенциальная: риск развития желудочного кровотечения. Приоритетная проблема - боль в эпигастриальной области.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка   |
|---|---|
| 1. Обеспечить назначенный лечебно-охранительный режим   | Для улучшения психоэмоционального состояния пациента и эффективности лечения                |
| 2. Обеспечить питание пациента в соответствии со щадящей диетой   | Для физической, химической и механической защиты слизистой желудка пациента                 |
| 3. Обучить пациента правилам приема назначенных лекарственных средств   | Для эффективности действия препаратов   |
| 4. Объяснить суть заболевания, рассказать о современных методах диагностики, лечения и профилактики               | Для снятия тревожного состояния, повышения уверенности в благоприятном исходе лечения       |
| 5. Обеспечить правильную подготовку к ФГДС и желудочному зондированию   | Для комфортного и эффективного выполнения диагностических процедур                          |
| 6. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания с достаточным содержанием витаминов, пищевых антацидов | Для повышения иммунных сил организма, снижения активности соляной кислоты, желудочного сока |
| 7. Наблюдать за состоянием пациента, пульсом, АД, характером стула  | Для раннего выявления и своевременного оказания неотложной помощи при осложнениях           |
| 8. Выполнять назначения врача   | Для эффективного лечения  |

*Оценка эффективности:* пациент отмечает отсутствие боли в области желудка после приема пищи. Цель достигнута.

### Задача 22

Пациент Я., 44 лет, предъявляет жалобы на резкую слабость, головокружение, тошноту,

рвоту “кофейной гущей”. Страдает язвенной болезнью желудка около 15 лет.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. Температура тела 36,5<sup>0</sup>С. ЧДД 20 в 1 мин. Дыхание в легких везикулярное. Пульс 120 уд/мин., малого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии.

*Задания:*

1. Определите неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Желудочное кровотечение. Обоснование: пациент страдает язвенной болезнью желудка; резкая слабость, головокружение, рвота “кофейной гущей”, бледность; влажность кожных покровов, тахикардия, снижение АД.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача;
  - 2) уложить пациента: на бок или на спину, повернуть голову на бок, подложить ко рту лоток или салфетку;
  - 3) запретить прием пищи, воды;
  - 4) положить на эпигастральную область пузырь со льдом;
  - 5) следить за общим состоянием пациента, контролировать АД, пульса, ЧДД;
  - 6) приготовить: шприцы, 5% раствор аминокaproновой кислоты, 1% раствор викасола, 10% раствор хлорида или глюконата кальция;
  - 7) приготовить все необходимое для определения группы крови, резус-фактора;
  - 8) выполнить назначения врача.

### Задача 23

В онкологическом отделении находится на лечении пациент Э., 63 лет, с диагнозом: рак желудка, 4 стадия. При сестринском обследовании выявлены жалобы на: сильные боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, рвоту, слабость, отсутствие аппетита, похудание, отрыжку, вздутие живота. Пациент вялый, вступает в контакт с трудом.

Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 37,9<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледные, с землистым оттенком. ЧДД 18 в мин. Пульс 68 уд. в мин., ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм сохранен. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень плотная, болезненная, бугристая, выступает на 5 см. из-под края реберной дуги.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринских вмешательств с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: боль в эпигастральной области, рвота, слабость, отсутствие аппетита, похудание, отрыжка, вздутие живота. Проблема потенциальная - желудочное кровотечение. Приоритетная проблема - боль в эпигастральной области.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка  |
|--|--|
| 1. Обеспечить пациенту покой, повышенное внимание, сочувствие                                      | Для создания психологического комфорта   |
| 2. Следить за соблюдением постельного режима   | Для создания физического покоя   |
| 3. Обеспечить высококалорийное, легкоусвояемое разнообразное, богатое белками и витаминами питание | Для улучшения пищеварения  |
| 4. Организовать кормление пациента в постели   | Для снижения потери веса и компенсации потери белка, витаминов, поддержания защитных сил организма |
| 5. Помочь пациенту при физиологических   | Для поддержания гигиенических условий и  |

|  |  |
|--|--|
| отправлениях и гигиенических процедурах; осуществлять профилактику пролежней; своевременно менять постельное и нательное белье | профилактики осложнений  |
| 6. Обеспечить регулярное проветривание палаты и регулярную уборку  | Для предотвращения осложнений                                    |
| 7. Контролировать температуру, массу тела, пульс, АД, стул, суточный диурез  | Для своевременной неотложной помощи при возникновении осложнений |
| 8. Оказывать помощь при рвоте  | Для предотвращения аспирации рвотных масс                        |
| 9. Своевременно и правильно выполнять назначения врача   | Для эффективного лечения   |
| 10. Обучить родственников уходу за онкологическим больным  | Для эффективного лечения   |

*Оценка эффективности:* пациент отметил улучшение самочувствия, снижение интенсивности боли. Цель достигнута.

#### Задача 24

Пациентка И., 40 лет, поступила в терапевтическое отделение на лечение с диагнозом: хронический холецистит, фаза обострения. При сестринском обследовании установлены жалобы на: ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, тошноту, горечь во рту, слабость. Считает себя больной в течение 17 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, кожа сухая, чистая, отмечается желтушность склер. Язык сухой, обложен серо-белым налетом. ЧДД 20 в мин. Пульс 84 уд./мин. АД 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомы Ортнера и Кера положительные.

*Задания:*

1. Сформулируйте и обоснуйте проблемы пациентки.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы: настоящие: боли в правом подреберье; тошнота, горечь во рту; слабость. Проблема потенциальная - риск развития цирроза печени. Приоритетная проблема - боль в правом подреберье.

2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка  |
|--|--|
| 1. Обеспечить соблюдение щадящей диеты   | Для эффективного лечения и профилактики обострений                         |
| 2. Объяснить пациентке суть её заболевания и современных методов диагностики, лечения, профилактики данного заболевания      | Для уменьшения беспокойства за исход лечения, снятия тревоги               |
| 3. Провести беседы о подготовке к УЗИ печени и дуоденальному зондированию  | Для повышения эффективности лечебно-диагностических процедур               |
| 4. Объяснить правила приема мезим-форте  | Для эффективного лечения   |
| 5. Провести беседы с родственниками пациентки об обеспечении питания с ограничением жирных, соленых, жаренных, копченых блюд | Для предупреждения обострения заболевания                                  |
| 6. Обучить пациентку проводить простой тюбаж   | Для улучшения оттока желчи   |
| 7. Контроль общего состояния, ЧДД, АД, пульса  | Для своевременного оказания неотложной помощи при возникновении осложнений |
| 8. Выполнять назначения врача  | Для эффективного лечения   |

*Оценка эффективности:* пациентка отмечает отсутствие боли в правом подреберье. Цель достигнута.

### Задача 25

Пациент И., 43 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: хронический колит, обострение. При сестринском обследовании установлены жалобы на: периодические боли в животе, чередование запоров и жидкого стула, плохой аппетит, похудание.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,6° С. Кожные покровы бледные. ЧДД 18 в мин. Пульс 78 уд./мин., удовлетворительных качеств АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный вокруг пупка и по ходу толстого кишечника.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: боль в животе, понос, запоры, похудание. Проблема потенциальная - риск нарушения целостности кожи в перинальной области. Приоритетная проблема - боль в животе.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка   |
|---|---|
| 1. Обеспечить щадящую диету, прием 1,5-2 л жидкости в сутки (крепкий чай с лимоном, сок черники, отвар шиповника и др.) | Восполнение потери жидкости   |
| 2. Обеспечить пациенту дополнительное питание (передачи из дома) в соответствии со щадящей диетой                       | Введение в организм всех необходимых пищевых веществ, нормализация консистенции стула |
| 3. Рекомендовать пациенту подмываться и наносить на перинальную область вазелин после каждого акта дефекации            | Профилактика мацерации кожи перинальной области                                       |
| 4. Контролировать вес пациента 1 раз в 3 дня  | Своевременно распознавать дальнейшую потерю жидкости.                                 |
| 5. Наблюдать за кратностью стула, внешним видом и состоянием пациента   | Для своевременного оказания помощи в случае возникновения осложнений                  |
| 6. Выполнять врачебные назначения   | Для эффективного лечения  |

*Оценка эффективности:* пациент отметил отсутствие боли в животе. Цель достигнута.

### Задача 26

У пациента Т., 33 лет, страдающего желчнокаменной болезнью, после обильного приема мясной жирной пищи появились приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, под правую лопатку, тошноту, многократную рвоту, слабость.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожа и слизистые чистые, бледные. Температура тела 38,2° С. ЧДД 20 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс 96 в 1 мин. удовлетворительных качеств. АД 120/75 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот напряжен, резко болезненный в правом подреберье. Симптом Ортенера положительный.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Приступ печеночной колики. Обоснование: пациент страдает желчнокаменной болезнью, после погрешностей в диете развилась приступообразная боль в правом подреберье, иррадиирующая в правую половину шеи, под правую лопатку, тошнота, многократная рвота; язык сухой, обложен коричневым налетом; пульс частый, живот

- мягкий, резко болезненный в правом подреберье; положительный симптом Ортнера.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
- 1) вызвать дежурного врача и по его указанию - хирурга для оказания квалифицированной;
  - 2) обеспечить голод, психический и физический покой;
  - 3) создать удобное положение в постели, голову повернуть набок для профилактики аспирации рвотных масс, подложить лоток;
  - 4) дать таблетку нитроглицерина под язык с целью снятия спазма гладкой мускулатуры желчного пузыря;
  - 5) измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД;
  - 6) подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут;
  - 7) приготовить все необходимое для определения группы крови и резус-фактора;
  - 8) приготовить атропин, папаверин, но-шпу, баралгин, эуфиллин, омнопон, промедол, димедрол, 50% раствор анальгина, раствор полиглюкина, реополиглюкина, физиологический раствор во флаконах;
  - 9) выполнить назначения врача.

### Задача 27

Пациентка Ф., 48 лет, госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: хронический гепатит, обострение. При сестринском обследовании установлены жалобы на: слабость, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту, сильный кожный зуд, который не дает заснуть ночью, выделение темной мочи и светлых каловых масс.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,7° С. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, на коже следы расчесов. ЧДД 18 в мин. Пульс 80 в мин. удовлетворительных качеств. АД 135/85 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациентки.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: слабость, желтуха, кожный зуд, нарушение целостности кожных покровов (расчесы), тошнота. Проблема потенциальная - риск возникновения цирроза печени. Приоритетная проблема - кожный зуд на фоне желтухи.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка  |
|--|--|
| 1. Обеспечить пациентку питанием в соответствии со щадящей диетой    | Для проведения лечебной диеты как компонента лечения                                 |
| 2. Обеспечить гигиену кожи (обтирание, душ)                          | Профилактика инфицирования расчесов  |
| 3. Протирать кожу пациентки раствором антисептиков                   | Уменьшение зуда, профилактика инфицирования расчесов                                 |
| 4. Следить за кратностью стула в сутки                               | Не допустить задержки стула  |
| 5. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента (пульс, АД, ЧДД) | Для своевременного распознавания и оказания помощи в случае возникновения осложнений |
| 6. Выполнять врачебные назначения                                    | Для эффективного лечения   |

*Оценка эффективности:* пациентка отметила отсутствие кожного зуда к 7-му дню лечения. Цель достигнута.

### Задача 28

Пациентка Ж., 23 лет, находится на лечении в нефрологическом отделении с диагнозом: острый диффузный гломерулонефрит. При сестринском обследовании установлены жалобы на: общую слабость, одышку, головную боль, тошноту, тупые боли в поясничной обла-



сти, отеки на лице по утрам, плохой сон.

Объективно: сознание тяжелое. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое. ЧДД 20 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс 96 уд./мин, ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациентки
2. Составьте план сестринского вмешательства с мотивировкой

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: слабость, одышка, головная боль, тошнота, тупые боли в поясничной области, отеки на лице по утрам, плохой сон. Проблема потенциальная - риск развития острой почечной недостаточности. Приоритетная проблема - отеки.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка  |
|---|--|
| 1. Обеспечить строгий постельный режим  | Для эффективного лечения   |
| 2. Обеспечить соблюдение щадящей диеты (ограничение соли до 1,5-2,5 г в сутки и жидкости (количество суточной мочи + 400 мл), обогащенной витаминами. Один разгрузочный день в неделю | Для увеличения диуреза и повышения защитных сил организма  |
| 3. Обеспечить контроль суточного диуреза  | С целью контроля водного баланса   |
| 4. Обеспечить взвешивание пациентки 1 раз в три дня   | Для выявления скрытых отеков   |
| 5. Обеспечить уход за кожей, слизистыми (обтирание, подмывание, смена постельного и нательного белья)   | Профилактика пролежней, вторичной инфекции   |
| 6. Обеспечить контроль физиологических отпавлений   | Контроль состояния   |
| 7. Обеспечить наблюдение за состоянием пациентки (пульс, ЧДД, АД)   | Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений |
| 8. Обучить пациентку распознавать признаки ухудшения состояния: уменьшение выделения мочи, увеличение массы тела, затруднение дыхания   | Для своевременного оказания необходимой медицинской помощи   |
| 9. Обеспечить прием лекарственных препаратов по назначению врача  | Для эффективного лечения   |
| 10. Провести беседы с пациенткой и ее родственниками о необходимости соблюдения щадящей диеты, двигательного режима   | Для ускорения положительной динамики в течении заболевания   |

*Оценка эффективности:* пациентка отметила отсутствие отеков. Цель достигнута.

### Задача 29

Пациент С., 30 лет, поступил в нефрологическое отделение с диагнозом: хронический пиелонефрит, фаза обострения. При сестринском обследовании установлены жалобы на: повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, тупые боли в поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание, общую слабость, головную боль, отсутствие аппетита.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,8<sup>0</sup>С. Сознание ясное. Гиперемия лица. Кожные покровы чистые. ЧДД 16 в мин. Пульс 98 уд./мин., напряжен. АД 150/95 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринских вмешательств с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: тупые боли в пояснице, дизурия, повышение температуры тела, общая слабость, головная боль, отсутствие аппетита. Проблема потенциальная - риск развития уремии. Приоритетная проблема - частое, болезненное мочеиспускание.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка  |
|--|--|
| 1. Обеспечить постельный режим, щадящую диету  | Для эффективного лечения   |
| 2. Обеспечить диетическим питанием (исключить из питания острое, соленое, копченое)                    | Для предотвращения отеков и уменьшения раздражения слизистой чашечно-лоханочной системы              |
| 3. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента (пульс, АД, ЧДД)                                   | Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений |
| 4. Обеспечить обильным питьем до 2-2,5 л в сутки (минеральная вода, клюквенный морс, настой шиповника) | Для проведения форсированного диуреза с целью выведения шлаков                                       |
| 5. Обеспечить личную гигиену пациента (смена белья, подмывание)  | Для создания комфортного состояния и профилактики вторичной инфекции                                 |
| 6. Обеспечить пациента предметами ухода (утка, грелка)   | Для обеспечения комфортного состояния и уменьшения болей   |
| 7. Выполнить врачебные назначения  | Для эффективного лечения   |
| 8. Провести беседы с родственниками об обеспечении полноценного диетического питания                   | Для повышения иммунитета и защитных сил организма пациента   |

*Оценка эффективности:* пациент отмечает значительное улучшение состояния, боли в поясничной области исчезли, дизурических явления отсутствуют. Цель достигнута.

**Задача 30**

У пациента Ф., 35 лет, находящегося на лечении в терапевтическом отделении по поводу хронического пиелонефрита, внезапно появились резкие боли в поясничной области справа, иррадиацией в паховую область, половые органы, правое бедро.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожа и слизистые чистые, влажные. Температура тела 37,7<sup>0</sup> С. ЧДД 22 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс 86 в 1 мин. удовлетворительных качеств. АД 135/85 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный справа.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Приступ почечной колики. Обоснование: пациент страдает хроническим пиелонефритом; внезапно возникла приступообразная боль в поясничной области с иррадиацией в паховую область, половые органы, правое бедро; положительный симптом Пастернацкого справа.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача;
  - 2) обеспечить пациенту психический и физический покой с целью создания эмоционального комфорта;

- 3) положить грелку на поясничную область с целью снятия спазма гладкой мускулатуры мочевыводящих путей;
- 4) обеспечить наблюдение за пациентом до прибытия врача, периодически измерять АД, пульс, ЧДД;
- 5) приготовить к приходу врача препараты: 2% раствор но-шпы, 2% раствор папаверина гидрохлорида, 20% раствор анальгина, наркотические анальгетики;
- 6) дать цистенал внутрь 20 капель (на сахар) или 1-2 табл. ависана;
- 7) выполнить назначения врача.

### Задача 31

Пациент 3., 58 лет, находится на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: хронический пиелонефрит, ХПН, декомпенсация. При сестринском обследовании установлены жалобы на: слабость, утомляемость, сухость во рту, тошноту, периодическую рвоту, плохой аппетит и сон.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое, отеки на ногах. ЧДД 24 в минуту. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. АД 160/90 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринского вмешательства с мотивировкой

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: слабость, сухость во рту, тошнота, рвота, плохой аппетит и сон, отеки. Потенциальная проблема - риск развития уремической комы. Приоритетная проблема - слабость.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка  |
|---|--|
| 1. Обеспечить физический и психический покой  | Для создания комфортного состояния,  |
| 2. Обеспечить соблюдение строгого постельного режима  | Для эффективного лечения и улучшения общего самочувствия   |
| 3. Обеспечить полноценное, дробное, легкоусвояемое питание ограничением соли и жидкости в соответствии с диетой | Для повышения защитных сил организма, выведения шлаков   |
| 4. Обеспечить контроль водного баланса  | Для контроля за выделительной функцией почек   |
| 5. Обеспечить индивидуальными средствами ухода (судно, утка)  | Для создания комфортного состояния   |
| 6. Обеспечить уход за кожей, слизистыми (обтирание, подмывание, смена постельного и нательного белья)           | Для профилактики вторичной инфекции  |
| 7. Обеспечить помощь в удовлетворении основных жизненных потребностей   | Для улучшения качества жизни   |
| 8. Наблюдать за физиологическими отправлениями (регулярность стула, количество и цвет мочи)                     | Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений |
| 9. Обеспечить наблюдение за состоянием пациента (пульс, ЧДД, АД)  | Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений |
| 10. Обеспечить прием лекарственных препаратов по назначению врача   | Для эффективного лечения   |

*Оценка эффективности:* пациент отмечает улучшение самочувствия, демонстрирует знание о соблюдении режима, диеты, личной гигиены. Цель достигнута.

### Задача 32

Пациентка Ю., 30 лет, находится на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: железодефицитная анемия, II степень. При сестринском обследовании выявлены жалобы на: слабость, головокружение, быструю утомляемость, одышку, сердцебиение, желание есть мел. Менструации с 12 лет, обильные.

Объективно: бледность и сухость кожных покровов, волосы тусклые, ногти ломкие с поперечной исчерченностью, ложкообразной формы. ЧДД 18 в мин. Пульс 92 уд./мин. АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум у верхушки сердца. Живот мягкий, безболезненный.

Анализ крови: Нв - 75 г/л, эритроциты  $3,9 \times 10^{12}$  /л., цветной показатель 0,8. Лейкоциты -  $4,5 \times 10^9$  /л. СОЭ 20 мм/час.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациентки.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Нарушены потребности: дышать, двигаться, работать, питаться, общаться. Проблемы настоящие: сердцебиение, слабость, головокружение, утомляемость, одышка, извращение аппетита. Потенциальная проблема: риск нарушения сердечной деятельности. Приоритетная проблема: сердцебиение.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка   |
|--|---|
| 1. Обеспечение диетического питания с повышенным содержанием железа                    | Для устранения дефицита железа в пище   |
| 2. Беседа с пациенткой и ее родственниками о продуктах, содержащих железо              | Для эффективного лечения заболевания, восполнения дефицита железа в организме         |
| 3. Обеспечение пациентки свежим воздухом, проветривание помещений, прогулки на воздухе | Для лучшей оксигенации крови и стимуляции кроветворения, повышения аппетита           |
| 4. Рекомендация по приему горечей  | Для стимуляции аппетита и желудочной секреции   |
| 5. Наблюдение за внешним видом, состоянием пациентки, пульсом, АД, ЧДД                 | Для ранней диагностики осложнений   |
| 6. Контроль за деятельностью кишечника   | Предупреждение запоров при приеме препаратов железа                                   |
| 7. Уход за полостью рта при приеме препаратов железа и соляной кислоты                 | Предупреждение разрушения зубов при использовании препаратов железа и соляной кислоты |
| 8. Выполнение врачебных назначений   | Для эффективного лечения  |

*Оценка эффективности:* пациентка отмечает отсутствие сердцебиения, соблюдает назначенную диету и режим, знает правила приема лекарств. Цель достигнута.

### Задача 33

Пациентка П., 21 год, находится в гематологическом отделении на лечении с диагнозом: острый лейкоз. При сестринском обследовании установлены жалобы на: сильную боль во рту и горле, слабость, быструю утомляемость, похудание, повышение температуры тела, подкожные кровоизлияния, кровоточивость десен.

Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 38, 3<sup>0</sup> С. Кожные покровы бледные, на конечностях множественные мелкие подкожные кровоизлияния, слизистая рта и глотки гиперемирована, на деснах изъязвления, гнойный налет на миндалинах. ЧДД 18 в мин. Пульс 88 уд. в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий. Печень + 10 см, болезненна.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациентки.
2. Составьте план сестринского ухода с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Нарушено удовлетворение потребностей: поддерживать температуру тела, есть, работать, избегать опасности. Проблемы настоящие: слабость, боль во рту и горле, лихорадка, быстрая утомляемость, подкожные кровоизлияния, кровоточивость десен. Проблемы потенциальные: риск развития инфекционных осложнений. Приоритетная проблема: боль во рту и глотке.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка   |
|---|---|
| 1. Обеспечить прием полужидкой легко усваиваемой пищи в течение 3-х дней  | Максимально щадить слизистую рта и глотки.                            |
| 2. Обеспечить прием обильного количества витаминизированной жидкости (некислые соки, кисель, морс, компот)  | Для уменьшения интоксикации   |
| 3. Провести беседу с родственниками о необходимости дополнительного питания   | Для повышения защитных сил организма                                  |
| 4. Поместить пациентку в изолированную палату   | Уменьшение риска инфицирования  |
| 5. Своевременно проветривать палату, обеспечить ее кварцевание и влажную уборку с дезинфицирующими средствами   | Обеспечение инфекционной безопасности                                 |
| 6. Выделить отдельную посуду и обеспечить дезинфекцию всех предметов ухода  | Обеспечение инфекционной безопасности пациентки                       |
| 7. Обрабатывать слизистые оболочки рта и глотки антисептиками и применять мазевые аппликации по назначению врача  | Для подавления патогенной микрофлоры и заживления язвенных дефектов   |
| 8. Дать рекомендации полоскать ротовую полость растворами антисептиков после каждого приема пищи (растворы соды, фурациллина, борной кислоты, перманганата калия) | Подавление патогенной микрофлоры                                      |
| 9. Дать рекомендации родственникам ограничить частоту посещений, а также проследит, чтобы они пользовались масками и спец. одеждой                                | Уменьшение риска инфицирования  |
| 10. Проводить наблюдение за внешним видом и состоянием пациентки, контроль ЧДД, АД, пульса  | Для своевременного оказания неотложной помощи при развитии осложнений |
| 11. Выполнять врачебные назначения  | Для эффективного лечения  |

*Оценка эффективности:* у пациентки исчезли боль во рту и глотке. Цель достигнута.

### Задача 34

Пациент Б., 32 лет, находится на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: ревматоидный артрит, обострение. Медицинской сестрой выявлены жалобы на: боли в суставах кистей, скованность в них по утрам, мышечную слабость в пальцах рук, плохой сон и аппетит.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кисти отечны, суставы деформированы, горячие на ощупь, движение в них ограничено. Температура тела 37,3<sup>0</sup> С. ЧДД 16 в мин. Пульс 86 в мин, удовлетворительных качеств. АД 135/80. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.

2. Составьте план сестринских вмешательств с мотивировкой..

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: боль в суставах, утренняя скованность, нарушение движений в суставах, дефицит самообслуживания. Потенциальная проблема - высокий риск развития девиации суставов. Приоритетная проблема - боль в суставах кистей.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка  |
|--|--|
| 1. Обеспечить физический и психический покой   | Для уменьшения нагрузки и уменьшения болей в суставах                          |
| 2. Придать удобное положение пораженным суставам, положить подушки и валики            | Для фиксации сустава в физиологическом положении и уменьшении боли             |
| 3. Обеспечить оптимальный режим при изменении положения пациента                       | Для уменьшения нагрузки на пораженные суставы                                  |
| 4. Применить согревающие компрессы после регрессии воспаления                          | Для уменьшения воспаления и уменьшения боли                                    |
| 5. После регрессии воспаления обеспечить посещение кабинета ЛФК                        | Для улучшения функций суставов   |
| 6. Осуществить сестринский контроль за режимом физической активности                   | Для уменьшения нагрузки и уменьшения боли в суставах                           |
| 7. Обеспечить диету, богатую витаминами (овощи, фрукты, соки) и с ограничением соли    | Для повышения иммунитета и уменьшения воспалительных явлений                   |
| 8. Обеспечить прием обезболивающих и противовоспалительных средств по назначению врача | Для уменьшения воспаления, болей в суставах и профилактики развития осложнений |
| 9. Контролировать состояние пациента, ЧДД, АД, пульс                                   | Для контроля динамики состояния  |

*Оценка эффективности:* пациент отметил исчезновение болей в суставах через 2 недели лечения. Цель достигнута.

### Задача 35

Пациент Т., 35 лет, находится на стационарном лечении в эндокринологическом отделении с диагнозом: сахарный диабет I типа, декомпенсация. При сестринском обследовании установлены жалобы на: сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, зуд кожных покровов, общую слабость.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, сухие со следами расчесов. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо. Язык сухой. ЧДД 16 в мин. Пульс 86 уд. в мин. АД 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Периодически отмечается выраженное повышение уровня глюкозы в крови.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациента.
2. Составьте план сестринских вмешательств с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: жажда; полиурия; учащенное мочеиспускание; кожный зуд; слабость. Проблема потенциальная - риск развития гипергликемической комы. Приоритетная проблема - жажда.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План   | Мотивировка                         |
|--|-------------------------------------|
| 1. Обеспечить лечебное питание с высоким содержанием белков и исключением легкоусвояемых углеводов | Для нормализации углеводного обмена |
| 2. Обеспечить лечебно - охранительный режим  | Для эффективного лечения            |
| 3. Провести беседу с пациентом о сущности его бо-  | Для активного участия пациента в    |

| лезни   | лечении  |
|---|--|
| 4. Обеспечить контроль уровня сахара в крови и моче   | Для коррекции дозы инсулина  |
| 5. Обеспечить гигиенический уход за кожными покровами.  | Для предупреждения инфицирования   |
| 6. Научить больного при необходимости самостоятельно выполнять инъекции инсулина                                    | Для эффективного лечения и профилактики осложнений на амбулаторном этапе |
| 7. Осуществлять наблюдение за состоянием и внешним видом пациента (пульс, АД, ЧДД, состояние сознания)              | Для своевременного выявления осложнений и оказания неотложной помощи     |
| 8. Выполнять назначения врача   | Для эффективного лечения   |
| 9. Провести беседу с пациентом и его родственниками о дополнительном питании в соответствии с высокобелковой диетой | Для нормализации углеводного обмена                                      |

*Оценка эффективности:* пациент отмечает значительное улучшение общего состояния; демонстрирует знания о диете. Цель достигнута.

### Задача 36

В приемное отделение городской больницы № 1 поступила пациентка П., 36 лет, в бессознательном состоянии. В кармане у нее найден «Паспорт диабетика I типа».

Объективно: сознание отсутствует. Кожа и слизистые бледные, холодный пот. Тургор тканей и мышц напряжен. Глазные яблоки обычной консистенции, зрачки узкие. Температура тела 36,6<sup>0</sup>С. ЧДД 16 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс 78 в 1 мин, удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм сохранен.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

*Эталон ответов:*

1. Гипогликемическая кома. Обоснование: пациентка страдает сахарным диабетом, найден «паспорт диабетика»; кожа и слизистые бледные, холодный пот; гипертонус мышц; глазные яблоки обычной консистенции, зрачки узкие; отсутствие патологических изменений со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать лаборанта для определения уровня глюкозы в крови, врача - для оказания экстренной помощи;
  - 2) зафиксировать время;
  - 3) придать устойчивое положение на боку для профилактики аспирации рвотных масс, западения языка;
  - 4) произвести ревизию полости рта для извлечения остатков пищи, предупреждения асфиксии;
  - 5) обеспечить доступ свежего воздуха для улучшения оксигенации крови;
  - 6) измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД для контроля состояния;
  - 7) подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут;
  - 8) приготовить 40% раствор глюкозы, 0,9% раствор хлорида натрия, преднизолон, лазикс;
  - 9) выполнить назначения врача.

### Задача 37

В эндокринологическом отделении на стационарном лечении находится пациентка Е., 36 лет с диагнозом: диффузный токсический зоб. При сестринском обследовании выявлены жа-

лобы на: сердцебиение, потливость, чувство жара, слабость, похудание, плаксивость, плохой сон.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,2<sup>0</sup>С. Кожные покровы влажные. Отмечаются тремор пальцев рук, экзофтальм. Щитовидная железа увеличена визуально. ЧДД 20 в мин. Пульс 105 уд./мин. АД 140/60 мм рт. ст. Тоны сердца громкие, ясные, ритмичные. Выслушивается систолический шум. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациентки.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: сердцебиение, потливость, чувство жара, слабость, раздражительность, плаксивость, похудание, бессонница. Проблема потенциальная - высокий риск развития тиреотоксического криза. Приоритетная проблема - сердцебиение.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План  | Мотивировка  |
|---|--|
| 1. Контролировать соблюдение лечебно-охранительного режима  | Для исключения физических и эмоциональных перегрузок |
| 2. Обеспечить проветривание палаты, влажную уборку, кварцевание   | Для обеспечения комфортных гигиенических условий     |
| 3. Обеспечить пациентке дробное, легко усвояемое, богатое витаминами питание, исключить крепкий чай, кофе и другие возбуждающие напитки | Для восполнения энергетических затрат                |
| 4. Наблюдать за внешним видом, измерять АД, пульс, ЧДД, взвешивать  | Для ранней диагностики тиреотоксического криза       |
| 5. Провести беседу с пациенткой и родственниками о сущности заболевания   | Для активного участия пациентки в лечении            |
| 6. Выполнить назначение врача, следить за возможными побочными явлениями лекарственной терапии  | Для эффективного лечения и профилактики осложнений   |

*Оценка эффективности:* пациентка отметила уменьшение сердцебиения в конце 1-й недели лечения. Цель достигнута.

### Задача 38

В эндокринологическом отделении находится пациентка Ю., 37 лет, с диагнозом: гипотиреоз. При сестринском обследовании выявлены жалобы на: быструю утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение памяти, сонливость. В последнее время отмечает увеличение массы тела, ломкость ногтей, сухость кожи.

Объективно: состояние пациентки средней тяжести. Кожа сухая, подкожно-жировой слой выражен избыточно. Лицо бледное, одутловатое. Тоны сердца приглушены. АД 100/70 мм рт. ст., пульс 56 уд./мин., ритмичный. ЧДД 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Пациентка заторможена, речь её медленная, голос низкий.

*Задания:*

1. Сформулируйте проблемы пациентки.
2. Составьте план сестринских вмешательств с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Проблемы настоящие: снижение работоспособности; утомляемость, сонливость; ухудшение памяти; увеличение массы тела. Проблема потенциальная - риск миокардиодистрофии. Приоритетная проблема - быстрая утомляемость.
2. План сестринского ухода с мотивировкой:

| План                                   | Мотивировка                         |
|--|-------------------------------------|
| 1. Создать лечебно-охранительный режим | Для создания психического и эмоцио- |



|  |  |
|--|--|
|  | нального покоя                                       |
| 2. Регулярно измерять АД, подсчитывать пульс, ЧДД, взвешивать пациентку                  | Для осуществления контроля эффективности лечения     |
| 3. Организовать досуг пациентки  | Для поднятия эмоционального тонуса                   |
| 4. Выполнять назначения врача  | Для эффективного лечения                             |
| 5. Контролировать физиологические отправления  | Для улучшения функции кишечника, профилактики запора |
| 6. Осуществлять гигиенические мероприятия по уходу за кожей, волосами                    | Для профилактики заболеваний кожи, облысения         |
| 7. Провести беседу с пациенткой и родственниками о сущности заболевания, лечения и ухода | Для профилактики прогрессирования заболевания        |

*Оценка эффективности:* пациентка отмечает отсутствие утомляемости, улучшение настроения, повышение жизненного интереса, активности. Цель достигнута.

### Задача 39

Пациентка Я., 33 лет, доставлена в приемный покой с жалобами на осиплость голоса, нарастающую смешанную одышку, хриплое, свистящее дыхание. Данное состояние пациентка связывает с приемом дома таблеток от кашля.

Объективно: общее состояние тяжелое. Пациентка испугана. Кожа бледная, влажная, холодный пот. Зев отечен, бледный. Температура тела 36,7<sup>0</sup>С. Дыхание затруднено, хриплое. ЧДД 26 в 1 мин. Пульс 106 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/60 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Стекловидный отек гортани (Отек Квинке). Обоснование: у пациента непереносимость лекарственных препаратов от кашля; после приема таблеток от кашля возникли осиплость голоса, нарастающая смешанная одышка, хриплое, свистящее дыхание; тихипноэ; тахикардия.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - 1) вызвать врача для оказания экстренной помощи;
  - 2) успокоить больную, усадить удобно, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха, дать увлажненный кислород;
  - 3) закапать в нос сосудосуживающие капли (нафтизин, санорин, галазолин) для уменьшения отека слизистой носоглотки, облегчения дыхания;
  - 4) измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД;
  - 5) подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в введения препаратов, жгут, мешок Амбу, иглу Дюффо большого диаметра или коникотом, набор для трахеотомии, ларингоскоп, набор для интубации, пульсоксиметр;
  - 6) приготовить преднизолон, супрастин, адреналин, мезатон (в амп), гемодез, 0,9% раствор хлорида натрия (по 500 мл);
  - 7) выполнить назначения врача.

### Задача 40

У пациентки Г., 43 лет, после внутримышечного введения ампициллина появилась резкая слабость, головокружение, одышка, беспокойство, чувство жара во всем теле, тошнота.

Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 36,9<sup>0</sup>С. Кожа бледная, холодная, влажная. Дыхание частое, поверхностное. ЧДД 26 в мин. Пульс 98 уд./мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД 95/50 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритм сохранен.

*Задания:*

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

*Эталон ответов:*

1. Анафилактический шок. Обоснование: у пациентки в ответ на в/в введение лекарственного препарата появились слабость, головокружение, затруднение дыхания, беспокойство, чувство жара во всем теле, рвота; кожа бледная с серым оттенком, холодная, влажная; дыхание поверхностное; тахипноэ; низкое АД.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи.
  - 1) прекратить введение лекарственного средства;
  - 2) сохранить венозный доступ;
  - 3) вызвать врача для оказания экстренной помощи;
  - 4) уложить на бок, придать устойчивое боковое положение, подложить под рот салфетку, вынуть съемные зубные протезы для профилактики асфиксии;
  - 5) приподнять ножной конец кровати для улучшения кровоснабжения мозга;
  - 6) дать увлажненный кислород для уменьшения гипоксии;
  - 7) измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД для контроля общего состояния;
  - 8) подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в введения препаратов, жгут, мешок Амбу, набор для интубации трахеи, аппарат ИВЛ;
  - 9) приготовить стандартный набор препаратов «Анафилактический шок»: норадреналин, адреналин, преднизолон, эфедрин, эуфиллин, мезатон, строфантин, коргликон, глюкоза 40% - 20 мл в амп.; физиологический раствор, полиглюкин, реополиглюкин, тиосульфат натрия, пенициллиназа, лазикс;
  - 10) выполнить назначения врача.

**Задача 41**

Пациентка Т., 43 лет, преподаватель школы, вызвана в поликлинику участковой медицинской сестрой на прием к терапевту для диспансерного наблюдения. Диагноз: состояние после перенесенной пневмонии.

Программа диспансерного наблюдения пациентов, перенесших пневмонию, предусматривает:

- консультации терапевта (3 раза в течение 6 мес.);
- консультации ЛОР-врача, стоматолога (1 раз);
- анализ крови клинический, флюорография, спирография, общий анализ мокроты – 2 раза через 1 и 6 мес после выписки, анализ крови биохимический (С реактивный белок, ДФА-проба, сиаловые кислоты, фибриноген) – 1 раз через 6 мес после выписки;
- профилактическое лечение: диета, режим двигательной активности, витаминотерапия, симптоматическая терапия, закаливающие процедуры и оздоровительные мероприятия, сауна, санация очагов хронической инфекции.

При сборе информации медицинская сестра установила: пациентка жалоб не предъявляет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела  $36,2^{\circ}\text{C}$ . ЧДД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс 74 в мин, удовлетворительных качеств. АД 120/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм сохранен. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Поставьте краткосрочную цель диспансерного наблюдения пациентки.
2. Поставьте долгосрочную цель диспансерного наблюдения пациентки.
3. Составьте план выполнения программы диспансерного наблюдения пациентки с мотивировкой.

*Эталон ответов:*

1. Краткосрочная цель: пациентка пройдет обследование и получит полный курс профилактического лечения.
2. Долгосрочная цель: через 6 мес. у пациентки будут отсутствовать клинические, функциональные и рентгенологические признаки остаточных явлений в легких после перенесенной пневмонии.
3. План выполнения программы диспансерного наблюдения пациентки с мотивиров-

кой:

| План   | Мотивировка  |
|--|--|
| 1. Подготовить пациентку и дать направление на консультацию к терапевту  | Для заключения о состоянии здоровья пациентки                  |
| 2. Обеспечить подготовку к исследованиям, дать направления в лабораторию на: общий анализ крови, мокроты   | Для контроля состояния   |
| 3. Обеспечить подготовку к исследованиям и дать направление на флюорографию (при необходимости рентгеноскопию), спирографию  | Для контроля состояния легких и проведения функциональных проб |
| 4. Обеспечить по назначению врача проведение пациенткой нелекарственных методов профилактики (устранение вредных привычек, физическая активность, правильный режим питания, фитотерапия) | Для закрепления эффекта лечения                                |
| 5. При необходимости по указанию врача выписать пациентке рецепты лекарственных препаратов согласно индивидуальной программы лечения   | Для закрепления эффекта лечения и предупреждения осложнений    |
| 6. Обеспечить выполнение программы ЛФК   | Для улучшения дыхательных функций легких                       |
| 7. Осуществить контроль предписанного врачом режима физической активности  | Контроль состояния   |
| 8. Провести с пациенткой беседу о диете богатой белками, витаминами и микроэлементами (говядина, овощи, фрукты, соки)  | Для улучшения репаративных процессов в легочной ткани          |
| 9. Своевременно и правильно выполнять назначения врача   | Для эффективного профилактического лечения                     |

*Оценка эффективности:* пациентка прошла обследование и получила профилактическое лечение по полной программе. Клинических и функциональных признаков остаточных явлений перенесенной пневмонии не отмечено. Цель достигнута.

#### Задача 42

Пациент Щ., 35 лет, строитель, вызван медицинской сестрой в поликлинику на прием к терапевту для диспансерного наблюдения. Диагноз: язвенная болезнь желудка, фаза ремиссии. На диспансерном учете состоит 2 года.

В зависимости от тяжести и клинических проявлений язвенной болезни желудка программа диспансерного наблюдения предусматривает:

- консультации терапевта и гастроэнтеролога (2-4 раза в год);
- консультации онколога и хирурга (1 раз в год);
- анализ крови клинический (2-3 раза в год), анализ желудочной секреции (1 раз в год), анализ кала на скрытую кровь, ФГС (1 раз в год). R-исследование и исследование желчевыводящей системы – по показаниям;
- профилактическое лечение: диета, режим питания, противорецидивная базисная антисекреторная терапия с применением нелекарственных методов и медикаментозных средств два раза в год (весной и осенью), физиолечение, санаторно-курортное лечение, трудоустройство.

При сборе информации медицинская сестра установила: пациент жалоб не предъявляет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. ЧДД 18 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс 74 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 120/85 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

*Задания:*

1. Поставьте краткосрочную цель диспансерного наблюдения пациента.
2. Поставьте долгосрочную цель диспансерного наблюдения пациента.
3. Составьте план выполнения программы диспансерного наблюдения пациента с мотивировкой.

Эталон ответов:

1. Краткосрочная цель: пациент пройдет обследование согласно программы и получит полный курс профилактического лечения.

2. Долгосрочная цель: пациент отметит отсутствие признаков обострения язвенной болезни желудка в текущем году.

3. План выполнения программы диспансерного наблюдения пациента с мотивировкой:

| План  | Мотивировка   |
|---|---|
| 1. Обеспечить подготовку пациента и дать направления на консультации к терапевту, гастроэнтерологу, онкологу, хирургу   | Для профилактического осмотра   |
| 2. Обеспечить подготовку к исследованиям и дать направления в лабораторию на: общий анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, желудочное фракционное зондирование | Для лабораторной диагностики состояния внутренних органов             |
| 3. Обеспечить подготовку пациента к исследованию и дать направление на ФГС (при необходимости рентгенологическое)   | Для установления функционального и морфологического состояния желудка |
| 4. Обеспечить проведение пациентом нелекарственных методов лечения: устранение вредных привычек, физическая активность, правильный режим питания, фитотерапия       | Для эффективного профилактического лечения                            |
| 5. По указанию врача выписать пациенту рецепты на лекарственные препараты согласно индивидуальной программы лечения   | Для выполнения программы предупредительного лечения                   |
| 6. Обеспечить выполнение программы ЛФК  | Для восстановления функций желудочно-кишечного тракта                 |
| 7. Осуществить контроль за соблюдением предписанного врачом режима физической активности  | Для эффективного лечения  |
| 8. Провести с пациентом беседу о диетическом питании при язвенной болезни   | Для эффективного лечения  |
| 9. Своевременно и правильно выполнять назначения врача  | Для эффективного лечения  |

*Оценка эффективности:* пациент прошел обследование и получил профилактическое лечение по полной программе. Признаков обострения заболевания не отмечено. Цель достигнута.

## Приложение 4

### Иллюстрации к темам занятий

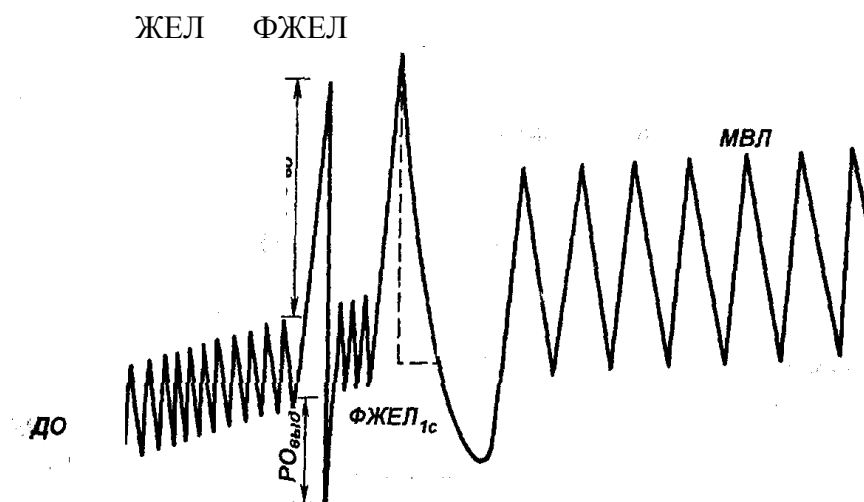


Рис. 1    Схема спирограммы здорового пациента

ДО-дыхательный объем; РО<sub>вд</sub> – резервный объем вдоха; РО<sub>выд</sub> – резервный объем выдоха; ЖЕЛ- жизненная емкость легких; ФЖЕЛ - форсированная жизненная емкость легких; ФЖЕЛ<sub>1с</sub>- форсированная жизненная емкость легких в 1 с; МВЛ - максимальная вентиляция легких.

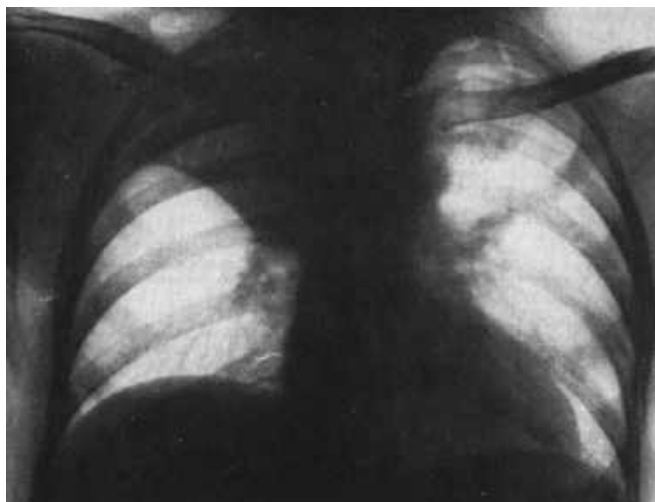


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции больного пневмонией. Тема: Сестринский уход при пневмонии.

На рентгенограмме представлено негомогенное интенсивное затемнение верхней доли правого легкого.



Рис. 3. Пикфлоуметр. Тема: Сестринский уход при бронхиальной астме.

Пикфлоуметр применяется для определения пиковой скорости выдоха с целью самоконтроля пациентами, страдающими бронхиальной астмой, и для определения степени проходимости бронхов. Правила ухода за прибором включают мытье в разобранном виде в горячей воде (температура не выше 74°C) с мылом, тщательное ополаскивание, самостоятельное высушивание.

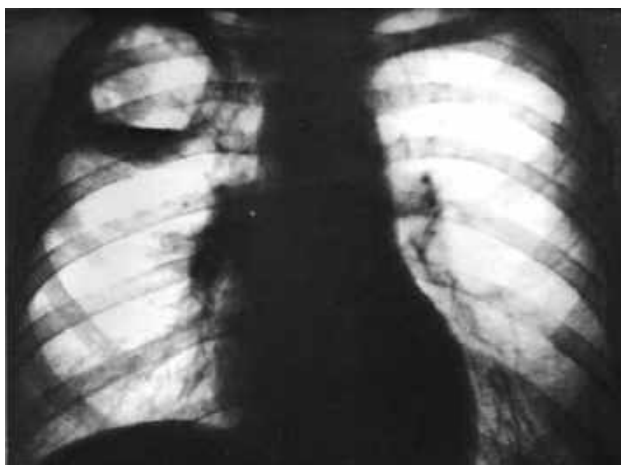
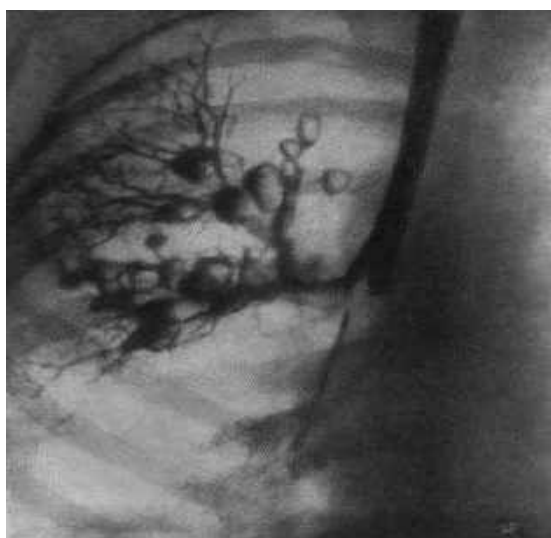
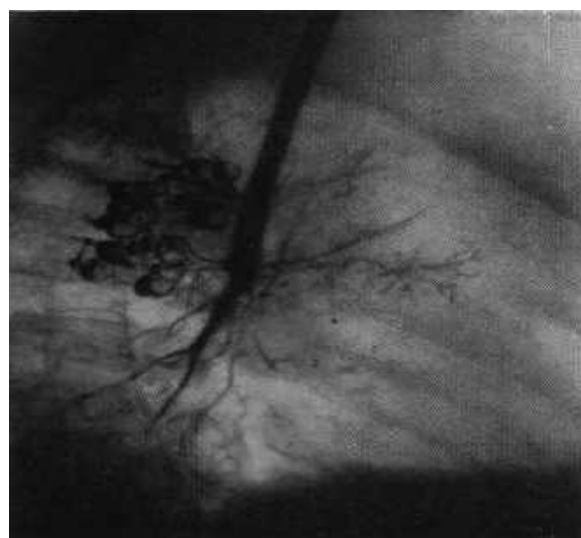


Рис. 4. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции больного абсцессом легкого. Тема: Сестринский уход при абсцессе легкого.

Ведущий рентгенологический признак абсцесса легкого – наличие полости с горизонтальным уровнем жидкости. На рентгенограмме представлена полость с горизонтальным уровнем жидкости в верхней доле правого легкого.



А



Б



В

Рис. 5. На рентгенограммах А и Б представлены мешотчатые бронхоэктазы в виде округлых и овальных полостей, располагающиеся по ходу соответствующих бронхов.

В. Пальцы кисти больного бронхоэктатической болезнью. Имеют вид «барабанных палочек», а ногти – «часовых стекол». Это связано с хронической гнойной интоксикацией и гипоксемией. Тема: Сестринский уход при бронхоэктатической болезни.

Основные рентгенологические изменения при бронхоэктатической болезни – локальные расширения бронхов различной формы (цилиндрические, мешотчатые, веретенообразные и смешанные).

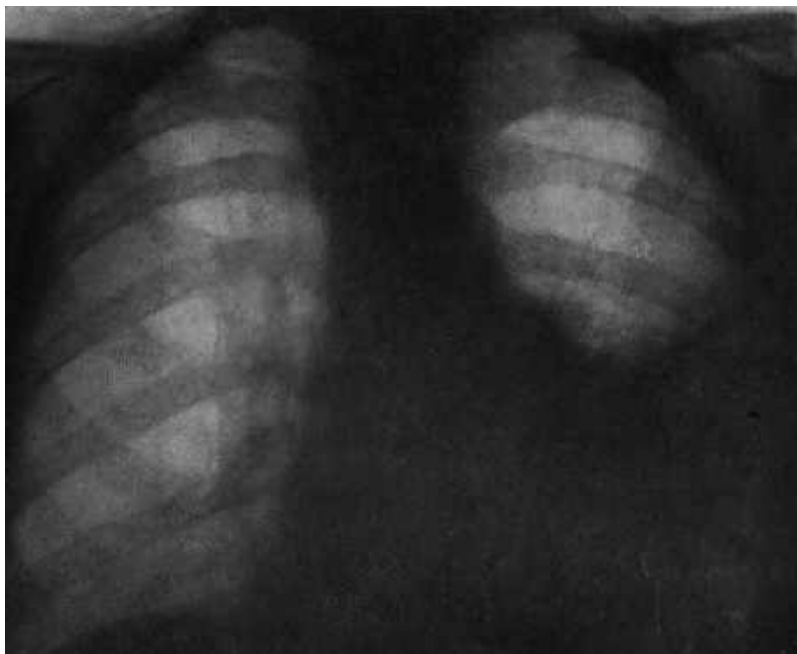


Рис. 6. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции больного экссудативным плевритом. Тема: Сестринский уход при плевритах. На рентгенограмме представлены типичные рентгенологические признаки экссудативного плеврита - затемнение нижнего левого легочного поля с кривой границей, смещение органов средостения в здоровую сторону.

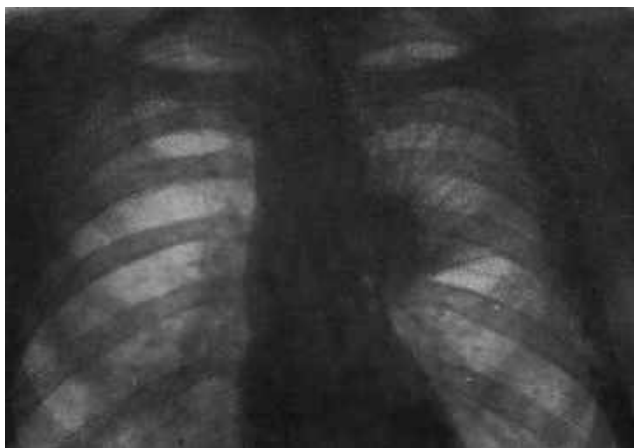


Рис. 7. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции больного раком легкого. Тема: Сестринский уход при раке легкого. На рентгенограмме представлены основные рентгенологические признаки центрального рака левого легкого — прикорневая тень с «лучистыми краями» из-за распространения опухоли по интерстициальной ткани.

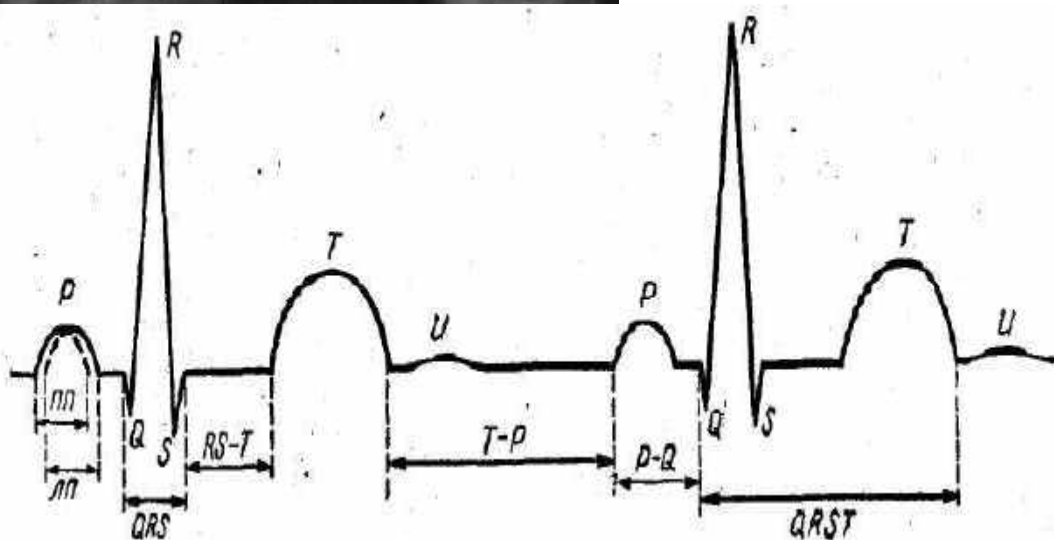


Рис. 8. Схема электрокардиограммы.

Зубцы ЭКГ записываются в течение фаз электрической систолы сердца. Каждый зубец начинается от изолинии, имеет восходящее колено, вершину, нисходящее колено и заканчивается при переходе в изолинию. Зубец положительный, если он направлен вверх от изолинии, и отрицательный — если идет вниз. На нормальной ЭКГ имеются зубцы P, Q, R, S, T, U. Зубец R всегда положительный. Зубцы P, T, U в большинстве случаев также положительны.



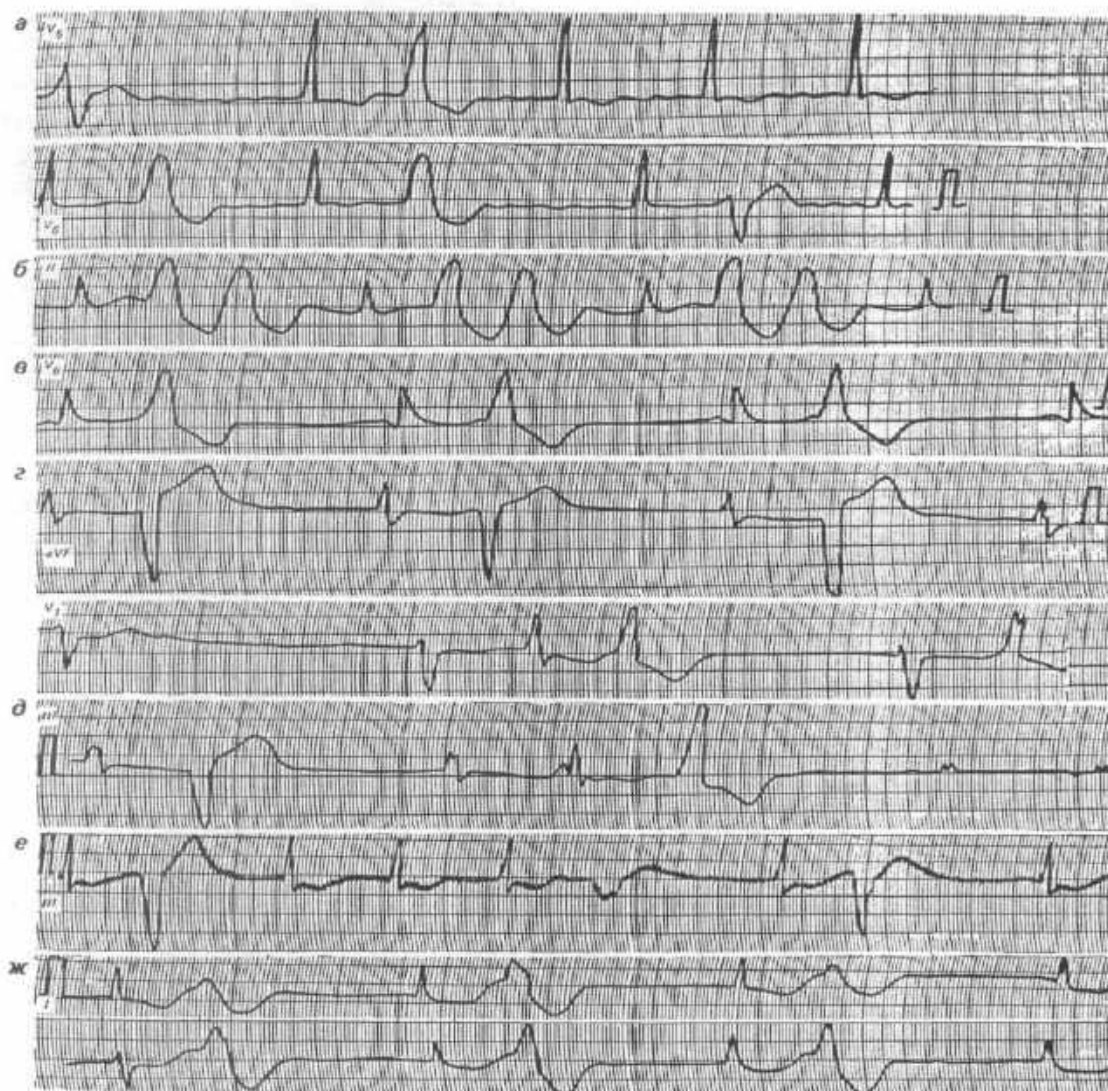


Рис. 9. Электрокардиограмма больного ревматизмом.

Тема: Сестринский уход при ревматизме. На представленной ЭКГ желудочковая экстрасистолия. Об этом свидетельствуют измененный комплекс QRS, интервал –T- P, изменение в продолжительности цикла R-R.

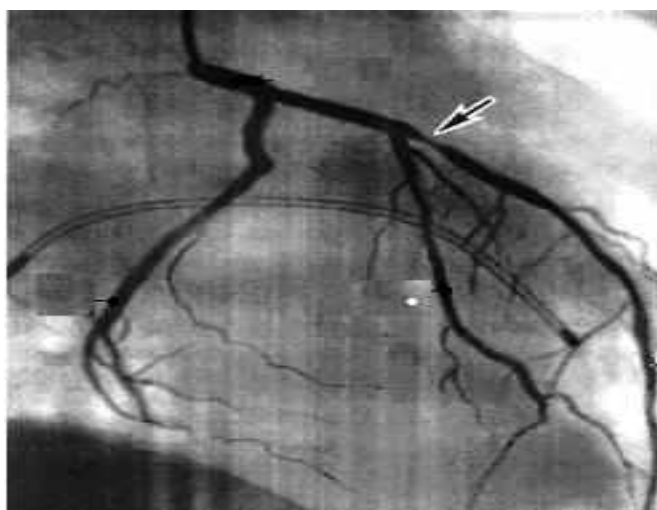


Рис. 10. Ангиограмма коронарных сосудов больного атеросклерозом. Тема: Сестринский уход при атеросклерозе.

Ангиография при облитерирующих заболеваниях сосудов позволяет определить степень сужение артерии. На ангиограмме стрелкой указано сужение просвета артерии, что является типичным признаком атеросклероза коронарных артерий сердца.



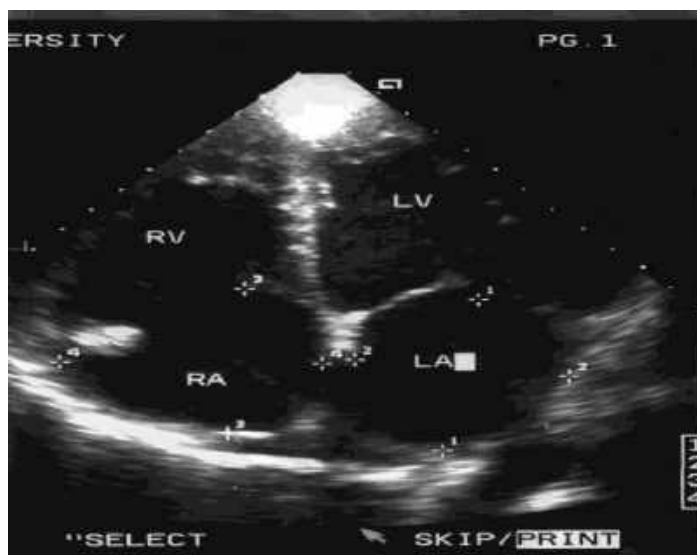


Рис. 11. Эхокардиограмма. Тема: Сестринский уход при пороках сердца.

Метод позволяет оценить состояние клапанов и полостей сердца, стенок желудочков и предсердий, выявить изменения крупных сосудов, наличие жидкости в полости перикарда; оценить сократительную функцию миокарда.

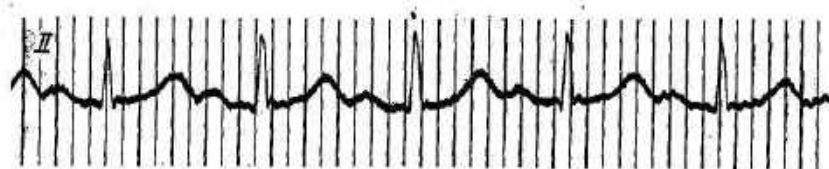


Рис. 12. Электрокардиограмма больного ревматизмом. Синусовая тахикардия. Соотношение и последовательность зубцов сердечного комплекса не изменены. Укорочены интервалы. Тема: Сестринский уход при ревматизме. ЭКГ - функциональное исследование сердца, основанное на графической регистрации изменения разности потенциалов электрического поля сердца.

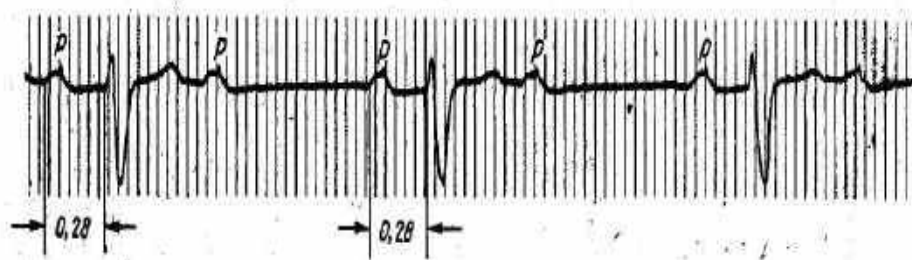
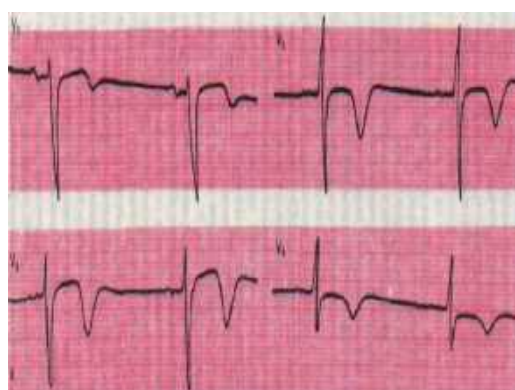


Рис. 13. Электрокардиограмма больного ИБС. Неполная атриовентрикулярная блокада II степени 2-го типа. На ЭКГ интервал P—Q постоянно удлинён и периодически после каждого второго сокращения «выпадает» желудочковый комплекс (2:1).



А

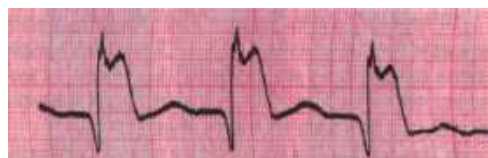
Рис. 14. Электрокардиограмма больного стенокардией. Тема: Сестринский уход при стенокардии.

А. Характерные электрокардиографические признаки острой коронарной недостаточности (приступ стенокардии) - смещение сегмента – S-T кверху от изоэлектрической линии. Форма сегмента – S-T уплощена, стала выпуклой в сторону смещения; зубец T стал равнобедренным, заостренным, отрицательным «коронарным».



Б

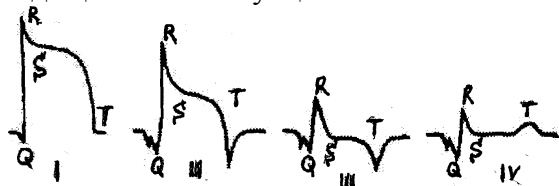
Б. Нормализация показателей ЭКГ - отсутствие смещения сегмента – S-T и значительное уменьшение и глубины зубца Т.



А

Рис. 15. Электрокардиограмма больного острым инфарктом миокарда. ЭКГ – функциональное исследование сердца, основанное на графической регистрации изменения разности потенциалов электрического поля сердца. Тема: Сестринский уход при инфаркте миокарда.

А. Характерные электрокардиографические признаки острого инфаркта миокарда: патологический зубец Q и монофазная кривая: сегмент - ST начинает записываться от верхней части нисходящего колена зубца R и вместе с волной Т образует единую волну.



Б

Б. Схема стадий развития инфаркта миокарда. I - ишемическая стадия. Характеризуется она появлением монофазной кривой («кошачья спинка»). Патологический зубец Q еще не успел возникнуть. II стадия называется острой. Характеризуется она

формированием патологического широкого и глубокого зубца Q и постепенным снижением сегмента ST к изоэлектрической линии. III стадия называется подострой. В эту стадию сохраняется патологический зубец Q, сегмента ST снижается к изоэлектрической линии, формируется глубокий отрицательный зубец Т («коронарный»). IV стадия, рубцевания, характеризуется только постоянным патологическим зубцом Q.



Рис. 16. ТРОПТ-сенситив. Тема: Сестринский уход при инфаркте миокарда.

ТРОПТ-сенситив применяют для экспресс-определения кардиоспецифического тропонина-Т, как специфического маркера повреждений сердца при инфаркте миокарда. Для исследования берется кровь из вены. Достоверный результат может быть получен в срок до 14

суток от начала развития инфаркта миокарда.



Рис. 17. Ингаляционный антиангинальный препарат «Нитроминт» в форме дозированного аэрозоля. Тема: Сестринский уход при стенокардии.

Нитроминт применяют в положении пациента сидя или лежа. Необходимо снять колпачок; направить отверстие клапана в рот; поднять язык; задержать дыхание; впрыснуть одну дозу лекарства. Лекарство нельзя вдыхать и глотать. Преимущества использования нитроминта при приступе стенокардии: быстрота

действия, хорошая переносимость, экономичность, удобство применения, гарантированная стабильность в течение 3-х лет, сверхточный дозирующий клапан.



Рис. 18. Рентгенограмма желудка больного язвенной болезнью. Тема: Сестринский уход при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Основной метод рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта – искусственное контрастирование путем введения в полость контрастного вещества или газа. Наиболее распространено введение водной взвеси сульфата бария. На рентгенограмме язвенный дефект («ниша») локализуется на желудочной дорожке малой кривизны.



А



Б

Рис. 19. Рентгенограммы больных раком желудка. Тема: Сестринский уход при раке желудка.

Чаще всего раком поражается антральный отдел желудка. При опухолях полых органов наиболее информативна контрастная рентгенография, при которой выступающая в просвет органа опухоль создает на его контуре «дефект наполнения». На рентгенограммах А и Б изображен желудок с «дефектом наполнения» в области антрального отдела желудка.

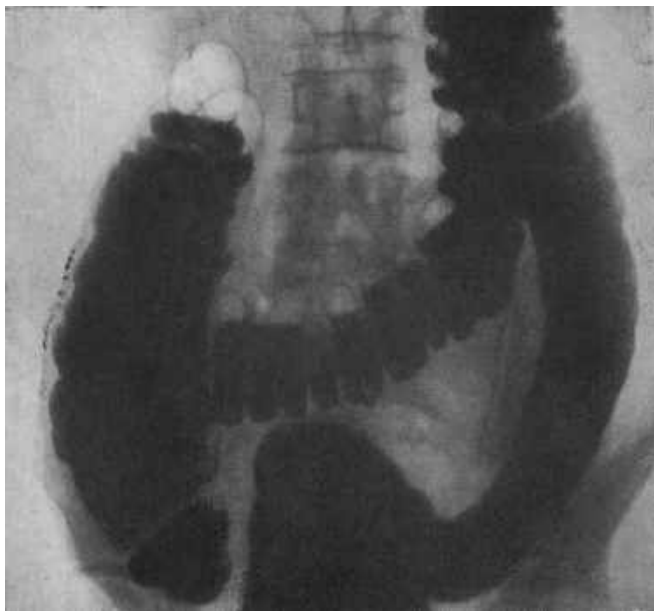


Рис. 20. Рентгенограмма толстого кишечника больного хроническим колитом. Тема: Сестринский уход при заболеваниях кишечника.

Основной метод рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта – искусственное контрастирование путем введения в полость контрастного вещества или газа. Наиболее распространено введение водной взвеси сульфата бария. Ирригоскопия – метод рентгенологического исследования толстой кишки путем ретроградного (с помощью клизмы) заполнения ее рентгеноконтрастным веществом.

Данная методика позволяет оценить равномерность наполнения, положение, тонус, выявить аномалии развития, после опорожнения сделать заключение о рельефе слизистой оболочки толстого кишечника.



Рис. 21. Холецистограмма больного желчнокаменной болезнью. Тема: Сестринский уход при холециститах.

На холецистограмме видны тени конкрементов в просвете желчного пузыря.



Рис. 22. Экскреторная урограмма здорового пациента. Тема: Сестринский уход при заболеваниях мочевыводящей системы.

Основной метод рентгенологического исследования мочевыделительной системы – экскреторная (внутривенная, выделительная) урография. На экскреторной урограмме изображены почки, чашечки, лоханки, мочеточники и мочевой пузырь.





А



Б



В

Рис. 23. А. Обзорная рентгенограмма брюшной полости и малого таза больного мочекаменной болезнью. В лоханке правой почки стрелкой указана округлая тень камня.

Б. Экскреторная урограмма того же больного. Видны расширенные чашечки и лоханка правой почки, стрелкой указан дефект наполнения, обусловленный камнем. Тема: Сестринский уход при мочекаменной болезни.

В. Компьютерная томограмма больного мочекаменной болезнью. Стрелками указаны камни.

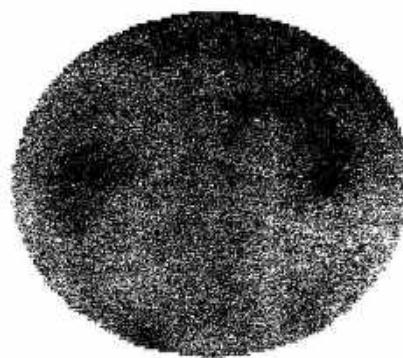


Рис. 24. Больной В., 28 лет. Диагноз: Острый диффузный гломерулонефрит. Тема: Сестринский уход при остром диффузном гломерулонефрите.

Отеки располагаются преимущественно в области глаз.



А. Почки в норме



Б. Почки при ХПН

Рис. 25. Почечные скintiграммы. Тема: Сестринский уход при ХПН.

Один из методов радиоизотопного исследования – метод сканирования почек (почечная скintiграфия). Данный метод позволяет оценить не только особенности функционирования почек, но и их топоику, размеры и макроструктуру. А – почки в норме. Б – почки при ХПН. Почки практически не поглощают радиоизотоп из крови и не выводят его из организма.

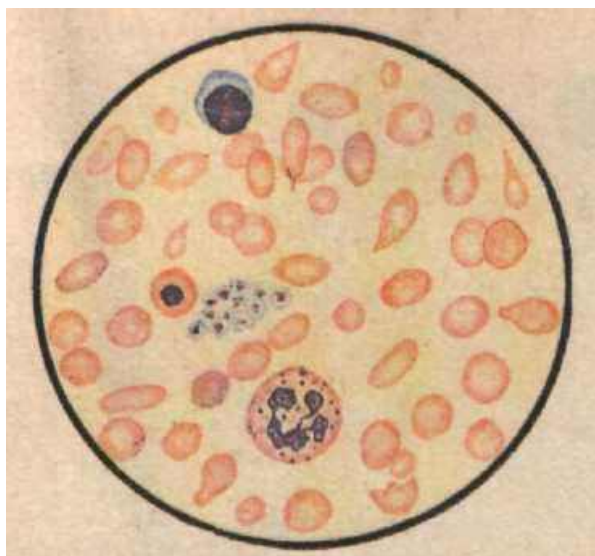


Рис. 26. Мазок крови больного железодефицитной анемией. Форменные элементы. Тема: Сестринский уход при анемиях.

Характерные гематологические признаки железодефицитной анемии: снижение уровня гемоглобина; уменьшение содержания эритроцитов, цветового показателя; изменение состава эритроцитов – анизоцитоз (микроциты), пойкилоцитоз (планоциты, анулциты), анизохромия (гипохромия).

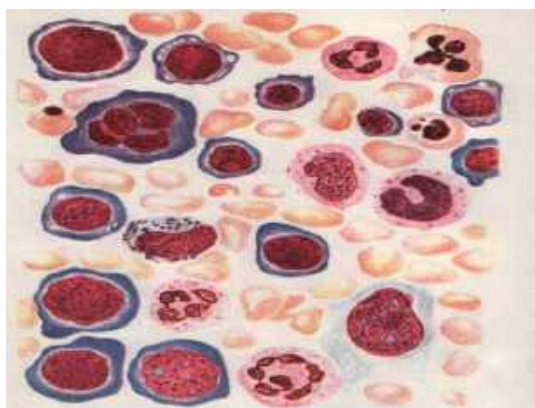


Рис. 27. Мазок крови больного  $B_{12}$  и фолиево-дефицитной анемией. Форменные элементы. Тема: Сестринский уход при анемиях.

Характерные гематологические признаки  $B_{12}$  и фолиево-дефицитной анемией: уменьшение содержания эритроцитов; увеличение цветового показателя, среднего содержания гемоглобина в эритроците и среднего объема эритроцита, увеличение количества макроцитов и появление мегалоцитов, изменение формы эритроцитов – пойкилоцитоз.



Рис. 28. Кисти больной ревматоидным артритом. Тема: Сестринский уход при болезнях опорно-двигательного аппарата.

Характерные изменения суставов кисти при ревматоидном артрите: отклонение всей кисти в локтевую сторону, сгибательная контрактура проксимального межфалангового сустава, укорочение фаланг, ульнарная девиация кисти.



Рис. 29. Поверхностная язва левой стопы. Сахарный диабет. Синдром диабетической стопы. Тема: Сестринский уход при сахарном диабете.



Рис. 30. Глюкометры. Тема: Сестринский уход при сахарном диабете.

Глюкометры применяются для определения глюкозы крови с целью самоконтроля пациентами, страдающими сахарным диабетом, и для экспресс-диагностики неотложных состояний.





Рис. 31. Больная Е., 74 лет. Диагноз: гипотиреоз. Тема: Сестринский уход при заболеваниях щитовидной железы.

Лицо большое, заплывшее, с бедной мимикой, безразличным взглядом; глазные щели узкие, блеск глаз отсутствует, брови редкие, выражена отечность верхних век, губ, щек.



Рис. 32. Рисунок кожи при анафилактическом шоке. Тема: Сестринский уход при острых аллергических заболеваниях.

При анафилактическом шоке изменяется цвет кожных покровов: может быть гиперемия, цианоз, реже бледность; на коже может быть уртикарная сыпь, склонная к слиянию.

Морфологическим элементом сыпи при анафилактическом шоке является волдырь — внезапно возникающее, четко отграниченное, непустое зудящее, склонное к слиянию, выступающее над поверхностью кожи образование.



Рис. 33. Отек Квинке. Тема: Сестринский уход при острых аллергических заболеваниях.

Типичная локализация отека Квинке — места с рыхлой клетчаткой (губы, веки, мошонка, слизистые оболочки органов полости рта). Опасным для жизни пациента является отек гортани.



~~~~~  
 ~~~~~

1. Балаболкин М.И. Эндокринология: Учебное пособие.- М.: Медицина, 1989.
2. Внутренние болезни в вопросах и ответах: Учебное пособие для мед. вузов / Под ред. Ковалева Ю.Р.- СПб, 2004.
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.) / под ред. А.С. Белевского. – М., 2012.
4. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. – М., 2012.
5. Гнездилов А.В., Губачев Ю.М. Терминальные состояния и паллиативная терапия. – СПб: Гиппократ, 1997.
6. Давлицарова К.Е., Миронова С.Н. Манипуляционная техника: Учебное пособие.- М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2005.
7. Дедов И.И., Майоров А.Ю., Суркова Е.В. Сахарный диабет 1 типа. Книга для пациентов.- М.: ГУ Эндокринологический научный центр РАМН, 2003.
8. Дедов И.И., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. Сахарный диабет 2 типа. Книга для пациентов.- М.: ГУ Эндокринологический научный центр РАМН, 2003.
9. Диагностика и лечение стабильной стенокардии Российские рекомендации (второй пересмотр) / Журнал «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2008. - № 7.
10. Карманова Т.Т., Лычев В.Г. Основы поликлинической пульмонологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
11. Лычев В.Г. Основы клинической гастроэнтерологии.- М.: Мед книга, 2000.
12. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи: Учебное пособие.- М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2007.
13. Мухина С.А., Тарновская И.И. Общий уход за больными: Учеб. пособие. - М.: Медицина, 1989.
14. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учеб. пособие в 2-х частях.- М.: Родник, 1998.
15. Основы клинической ревматологии: Учеб. пособие / Под ред. В.Г. Лычева.- М.: Мед. книга; 2004.
16. Планы ведения больных / Под ред. О.Ю. Атькова, Е.И. Полубенцевой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
17. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) / Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2008. – № 7.
18. Руководство для средних медицинских работников / Под ред. Ю.П. Никитина, В.М. Чернышева.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
19. Руководство по гастроэнтерологии: В 3 т. / Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева.- М.: Медицина, 1995.
20. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
21. Стандарты практической деятельности медицинской сестры.- М., 1998.- Т. 1, 2.
22. Стандарт медицинской помощи больным пневмонией. Приложение к приказу Минздравсоцразвития РФ от 23.11.2004г. № 263 // Врач, 2005. - № 5.
23. Стандарт медицинской помощи больным хронической обструктивной болезнью легких. Приложение к приказу Минздравсоцразвития РФ от 23. 11. 2004 г. № 271 // Врач, 2005.

№ 5.

24. Укрепление здоровья / Пер. с англ. Под ред. Г.М. Перфильевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001.

25. Федюкович Н.И. Анатомия и физиология: Учебное пособие.- Ростов-н/Д.: Феникс, 2000.

### **Инструктивно-методические документы**

1. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 060501 Сестринское дело (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 12 ноября 2009 г. № 589).
2. О многоуровневой системе подготовки специалистов сестринского дела и их использовании в практическом здравоохранении // Приказ Минздравсоцразвития РФ № 331 от 05.08. 2003.
3. О введение в действие отраслевого классификатора. Простые медицинские услуги. Приказ МЗ РФ от 10.04.2001 г. № 113 // Проблемы стандартизации в здравоохранении.- № 4. – 2001.
4. О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране. Приказ МЗ РФ от 12.07.89 г. № 408.
5. О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации. Приказ МЗ РФ от 05.08. 2003 г. № 330.
6. ОСТ 91500. II. 0001-2002. «Протокол ведения больных. Пролежни».
7. ОСТ 91500. II. 0003-2002. «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность».

ВАЛЕРИЙ ГЕРМАНОВИЧ ЛЫЧЕВ

ВИТАЛИЙ КОНСТАНТИНОВИЧ КАРМАНОВ