

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Отделение Сестринское дело

Основы терапии

**Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по
34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по
зрению) (очная форма обучения)**

Красноярск

2022

Основы терапии : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по 34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению) (очная форма обучения) / сост. Т.В. Овчинникова. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022.

Составители:

преподаватель Т.В. Овчинникова

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС СПО 2021 по 34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению) (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2022 г.) и СТО СМК 8.3.12-21. Выпуск 5.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 9 от 24 мая 2022 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2022

1. Тема № 1. Пневмония (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Заболевания бронхо-легочной системы (БЛС) очень распространены в мире, в России и в Красноярском крае. Статистика на 2016 год: в мире заболеваемость БЛС на 3 месте, в России и в Красноярском крае на 4 месте, после травм и отравлений, заболеваний сердечнососудистой системы, заболеваний онкологических. В Красноярском крае заболеваемость БЛС особенно велика из-за сложных экологических условий: резко континентальный климат на большой территории края, большое количество промышленных предприятий с недостаточной очисткой окружающей среды, увеличивающееся с каждым годом количество аллергических заболеваний БЛС, высокая заболеваемость туберкулезом. Все эти факторы делают очень сложной работу медицинской сестры и в амбулаторных условиях, и в стационаре. От работы медицинской сестры зависит качество жизни пациентов, поскольку в современных условиях вся обучающая работа законодательно возложена на плечи медсестры. Она обязана обучать население правилам ЗОЖ, она обучает пациентов и их окружение правилам адекватного питания, правилам адекватной физической нагрузки, правилам приема медикаментов, назначенных врачом. Медицинская сестра обязана быть компетентным специалистом, который может оказать неотложную сестринскую помощь и обеспечить достойное качество жизни пациентам, обучая их необходимым правилам санитарии, гигиены, правилам приема медикаментов, назначенных врачом

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, методику физикального обследования пациентов, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при различных терапевтических заболеваниях., **уметь** осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях, собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, выполнять различные виды инъекций, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Алгоритм пальпации периферических лимфатических узлов:

1. Медицинская сестра обязана уметь пальпировать следующие лимфоузлы: Подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые, подколенные.

2. У здорового человека периферические лимфоузлы не пальпируются.

3. Если медсестра определила наличие лимфоузла, то она должна охарактеризовать его по следующим параметрам: локализация, размер, консистенция, болезненность, связь с кожей. Например: «В правой подмышечной области пальпируется лимфоузел, размером 1.5см. на 2 см., мягко-эластической консистенции, безболезненный, с кожей не спаянный».

Правила пальпации грудной клетки (определение голосового дрожания)

1. Пальпация грудной клетки проводится одновременно двумя руками, чистыми и теплыми

2. Руки медсестры должны быть расположены на симметричных участках грудной клетки

3. Пациента нужно попросить сказать низким голосом слова, содержащие букву «Р»: «тридцать три» или «раз, два, три»

4. У здорового человека голосовое дрожание проводится равномерно над всеми легочными полями

5. При наличии воспаления в БЛС голосовое дрожание усилено

6. При наличии жидкости в плевральной полости или ателектаза легкого голосовое дрожание ослаблено или вообще не проводится.

Правила перкуссии БЛС:

1. Перкуссию БЛС необходимо проводить в тихой обстановке, руки медсестры должны быть чистыми и теплыми

2. Перкуссия над здоровым легким характеризуется нормальным, ясным легочным звуком.
3. При воспалении в БЛС определяется укорочение легочного звука⁴. Над жидкостью и ателектазом звук тупой.

Порядок проведения перкуссии представлен на рисунке №29

Правила аускультации БЛС:

1. Везикулярное дыхание - это дыхание над здоровым легким. При этом хорошо слышен вдох, но не слышно выдоха
2. Дыхание жесткое - это дыхание над воспаленным легким. При этом хорошо слышен и вдох, и выдох.
3. Дыхание ослабленное или не проводится вообще-это дыхание над жидкостью и над ателектазом.

Рис №1 Места выслушивания при проведении аускультации.

Правила подготовки пациента к общему анализу мокроты

1. Написать направление пациенту
2. Обеспечить его чистой сухой баночкой
3. Объяснить, что утром натощак пациенту следует почистить зубы, прополоскать рот
4. Откашлянуть мокроту в баночку
5. Объяснить пациенту, куда отнести баночку с мокротой (в клиническую лабораторию).

Правила подготовки пациента к анализу мокроты на посев МБТ и антибиограмму

1. Написать направление пациенту.
2. Накануне объяснить пациенту правила обращения со стерильной посудой
3. Утром, в день исследования, натощак пациент должен хорошо почистить зубы, прополоскать полость рта
4. Взять в левую руку за дно стерильную баночку
5. Правой рукой снять крышку стерильной баночки, откашлянуть в неё мокроту, быстро закрыть баночку крышкой
6. Отнести баночку в бактериологическую лабораторию.

Самостоятельная работа:

- отработка алгоритма пальпации периферических лимфатических узлов
- отработка алгоритма пальпации грудной клетки (определение голосового дрожания)
- отработка алгоритма перкуссии БЛС:
- отработка алгоритма аускультации БЛС
- отработка алгоритма подготовки пациента к общему анализу мокроты
- отработка алгоритма подготовки пациента к анализу мокроты на МБТ, посеву мокроты на антибиограмму
- составление плана беседы для получения информированного согласия на проведение бронхографии.

8. Вопросы по теме занятия

1. Рассказать правила пальпации грудной клетки
 - 1) 1. Пальпация грудной клетки проводится одновременно двумя руками, чистыми и теплыми 2. Руки медсестры должны быть расположены на симметричных участках грудной клетки 3. Пациента нужно попросить сказать низким голосом слова, содержащие букву «Р»: «тридцать три» или «раз, два, три» 4. У здорового человека голосовое дрожание проводится равномерно над всеми легочными полями 5. При наличии воспаления в БЛС голосовое дрожание усилено 6. При наличии жидкости в плевральной полости или ателектаза легкого голосовое дрожание ослаблено или вообще не проводится.;

Компетенции: ОК-1

2. Рассказать о правилах проведения сравнительной перкуссии грудной клетки

- 1) 1. Перкуссию БЛС необходимо проводить в тихой обстановке, руки медсестры должны быть чистыми и

теплыми 2. Перкуссия над здоровым легким характеризуется нормальным, ясным легочным звуком. 3. При воспалении в БЛС определяется укорочение легочного звука 4. Над жидкостью и ателектазом звук тупой.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

3. Охарактеризовать виды дыхания, выслушиваемого над легкими

- 1) 1. Везикулярное дыхание - это дыхание над здоровым легким. При этом хорошо слышен вдох, но не слышно выдоха 2. Дыхание жесткое - это дыхание над воспаленным легким. При этом хорошо слышен и вдох, и выдох. 3. Дыхание ослабленное или не проводится вообще - это дыхание над жидкостью и над ателектазом.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

4. Назвать алгоритм подготовки пациента к общему анализу мокроты

- 1) Правила подготовки пациента к общему анализу мокроты 1. Написать направление пациенту 2. Обеспечить его чистой сухой баночкой 3. Объяснить, что утром натощак пациенту следует почистить зубы, прополоскать рот 4. Откашлянуть мокроту в баночку 5. Объяснить пациенту, куда отнести баночку с мокротой (в клиническую лабораторию).;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

5. Назвать алгоритм подготовки пациента к исследованию мокроты на микобактерии туберкулеза.

- 1) 1. Написать направление пациенту. 2. Накануне объяснить пациенту правила обращения со стерильной посудой 3. Утром, в день исследования, натощак пациент должен хорошо почистить зубы, прополоскать полость рта 4. Взять в левую руку за дно стерильную баночку 5. Правой рукой снять крышку стерильной баночки, откашлянуть в неё мокроту, быстро закрыть баночку крышкой 6. Отнести баночку в бактериологическую лабораторию.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА - ЭТО ЗАТРУДНЕННЫЙ:

- 1) вдох;
- 2) выдох;
- 3) вдох и выдох;
- 4) ничего не затруднено;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

2. ЕМКОСТЬ ДЛЯ СБОРА МОКРОТЫ НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ:

- 1) сухая пробирка;
- 2) сухая банка;
- 3) стерильная пробирка;
- 4) стерильная банка;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

3. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРМАННАЯ ПЛЕВАТЕЛЬНИЦА ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПОЛНЕНА НА 1/4:

- 1) полиглюкином;
- 2) физраствором;
- 3) глюкозой;
- 4) дезраствором;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

4. РАЗРАСТАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА МЕСТЕ РАЗРУШЕННЫХ АЛЬВЕОЛ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) инфильтрация;
- 2) пневмосклероз;
- 3) амилоидоз;
- 4) анкилоз;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

5. ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ:

- 1) астеническая;
- 2) гиперстеническая;
- 3) нормостеническая;
- 4) бочкообразная;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациент Н, 30 лет. обратился в массажный салон для проведения медицинского массажа. На руках имеет выписку из стационара: в течение 2 недель лечился по поводу внебольничной пневмонии, средней степени тяжести, не осложненной. Рекомендовано диспансерное наблюдение по месту жительства в течение 6 месяцев. Хронических заболеваний в анамнезе не отмечает. Объективно: голосовое дрожание проводится по всем полям, перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное. Число дыханий 18 в минуту, пульс 64 уд. В мин, АД 120/80 мм.рт.ст.

Вопрос 1: Определите показания или противопоказания к проведению классического массажа данному пациенту.;

1) Пациент перенес внебольничную пневмонию и в период рассасывания проведение массажа ему показано.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

2. Пациент обратился для прохождения массажа по поводу дорсопатии. На момент осмотра отмечает сильные боли в спине. В течение 3 дней боли усилились и с тали появляются при глубоком вдохе. Кроме того, при расспросе выяснилось, что в течение последних 3 дней у пациента поднималась температура по вечерам до 38* и появился небольшой кашель с мокротой слизисто-гнойного характера. При объективном исследовании: притупление перкуторного звука справа ниже угла лопатки, здесь же выслушивается небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов и единичные сухие хрипы.

Вопрос 1: Каков предположительный диагноз у пациента;

Вопрос 2: Обоснуйте решение относительно проведения массажа данному пациенту.;

1) У пациента, предположительно, внебольничная пневмония, период лихорадки;

2) Проведение массажа на фоне лихорадки данному пациенту противопоказано;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

3. Задача №3 В пульмонологическое отделение госпитализирован пациент с диагнозом: внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония. Диагноз подтвержден рентгенологически и лабораторно. При посещении больного массажистом (для решения вопроса о проведении массажа) медицинская сестра зафиксировала: • снижение АД до 80/40 мм.рт. ст. • пульс нитевидный 110 уд/мин. • больной в контакт вступает с трудом, жалуется на усилившуюся слабость. • Пациент наощупь горячий, влажность кожных покровов повышена

Вопрос 1: Обоснуйте, развитие какого осложнения можно предположить у пациента;

Вопрос 2: Составьте алгоритм неотложной помощи;

Вопрос 3: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту;

1) у пациента развивается инфекционно-токсический шок;

2) необходимо немедленно вызвать врача;

3) проведение массажа в данной ситуации противопоказано;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

4. В массажный кабинет обратился пациент для проведения классического массажа с целью общего оздоровления. Полгода назад перенес внебольничную пневмонию. Сохраняется небольшая слабость. После очередного диспансерного осмотра дано направление на консультацию фтизиатра, направление на руках. Объективно: голосовое дрожание не изменено, перкуторный звук легочный, дыхание жесткое, хрипов нет Число дыханий 22 в мин. Со стороны других органов- без патологии.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту.;

1) проведение массажа данному пациенту противопоказано, т.к. он нуждается в дообследовании, возможно у него будет выявлен туберкулез;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

5. В массажный кабинет обратился пациент для проведения массажа по поводу дорсопатии. В анамнезе за последние 5 лет- дважды пневмония: 5 лет назад-внебольничная правосторонняя нижнедолевая, тяжелое течение; 2 года назад-внебольничная сегментарная с локализацией в верхней доле левого легкого. Объективно: температура 36,6 С, голосовое дрожание проводится равномерно по всем полям, перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 16 в минуту. Со стороны других органов- без патологии.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту;

1) Перенесенная пневмония в анамнезе не является противопоказанием к проведению массажа и у данного пациента массаж может быть проведен.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

Лопатина, Т. Н. [Современные антисептики](#) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 64 с.

Повх, Л. А. [Сестринский уход в терапии. Сборник задач](#) : учебное пособие для СПО / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 116 с. - Текст : электронный.

[Сестринский уход за пациентами терапевтического профиля](#) : учебное пособие для СПО / Т. А. Трилешинская, Е. А. Ткаченко, И. Ю. Костина, Г. В. Алексеева. - 5-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 56 с. - Текст : электронный.

Матвеева, С. И. [Пропедевтика клинических дисциплин](#) : учебно-методическое пособие для СПО / С. И. Матвеева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2020. - 48 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Сестринский уход в кардиологии](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 2-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 228 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Сестринский уход в пульмонологии](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 144 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Проведение сестринского ухода в терапии. Инструментальные методы исследования](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 84 с. - Текст : электронный.

[Алгоритмы парентерального введения лекарственных препаратов](#) : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело / сост. Т. В. Овчинникова, А. А. Черемисина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2020. - 36 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Аудиокнига <https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html>
Основы лечебного массажа
Массаж при заболеваниях органов дыхания (<https://yandex.ru/video/preview/?filmId>)

1. Тема № 2. Хроническая обструктивная болезнь легких. Бронхиальная астма. Основные клинические проявления, методы диагностики и лечения. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Актуальность проблемы бронхиальной астмы обусловлена ее социально-экономической составляющей, так как, являясь хроническим заболеванием, данная болезнь значительно снижает качество жизни и приводит к потере работоспособности. В современных условиях целью лечения является достижение контроля бронхиальной астмы и улучшение качества жизни пациентов. Распространенность бронхиальной астмы, по данным зарубежных эпидемиологических исследований, колеблется от 4 до 8% (10-15% детей и около 5% взрослых). В нашей стране заболеваемость регистрируется на меньшем уровне (1-2%), что не отражает истинной ситуации. Бронхиальная астма может развиваться в любом возрасте, однако почти у половины больных она начинается в детском возрасте. За последние несколько десятилетий во всем мире происходит рост числа больных бронхиальной астмой. К 2006 году это число составляло больше 300 миллионов человек. В разных странах распространенность бронхиальной астмы в популяции варьирует от 1 до 18%. В России этот показатель составляет 5,6-7,3% в популяции, а у детей — 5,6-12,1%. Увеличивается число больных бронхиальной астмой в сочетании с другими аллергическими заболеваниями.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях, собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** производить стандартное разведение антибиотиков 1:1 и 1:2., выполнять различные виды инъекций, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Хроническая обструктивная болезнь легких -это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы, но маркером воспаления являются нейтрофилы, а основным проявлением- неуклонно прогрессирующее снижение жизненной емкости легких на 50 и более мл. в год. Хроническое воспаление обуславливает развитие ремоделирование стенки бронхов и неуклонное нарастание одышки. Одним из основных терминов ХОБЛ является термин «Ограничение скорости воздушного потока». Эта скорость воздушного потока в бронхах определяется спирометрией, такими показателями, как ОФВ-1, объем форсированного выдоха за 1 минуту, ФЖЕЛ - форсированная жизненная ёмкость лёгких, отношение ОФВ-1/ФЖЕЛ - индекс Тифно. Определение ХОБЛ: «ХОБЛ - это воспалительное заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, которое полностью необратимо. Ограничение скорости воздушного потока (ОСВП) является прогрессирующим и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемых патогенных частиц или газов». Таким образом, ХОБЛ - это широкое понятие, которое охватывает все патологические процессы в бронхо-лёгочной системе: хронический бронхит, эмфизему, пневмосклероз, легочную гипертензию и формирование «Лёгочного сердца».

Факторами риска ХОБЛ являются: курение (на90%), профессиональные вредности, наследственный дефицит А1 -антитрипсина.

Клинически ХОБЛ проявляется появлением кашля, мокроты, одышки. Кроме того, больных беспокоит снижение физической активности, нарушения сна, ежегодные сезонные ОРВИ. В дальнейшем у пациентов формируется т.н. «легочное сердце», при декомпенсации которого присоединяются отеки, боли в правом подреберье, могут появиться нарушения сердечного ритма.

В диагностике ХОБЛ основное место занимает спирография, при которой выявляется необратимая бронхообструкция (снижение ОФВ1 и отсутствие прироста после применения бронхолитика).

В лечении применяются немедикаментозные методы (прежде всего, отказ от курения) и бронходилатационная терапия: бронхолитики различных групп, прежде всего- ипратропиума бромид, к нему возможно присоединение

сальбутамола или метилксантинов.

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой либо спонтанно, либо под действием лечения.

Основным клиническим проявлением бронхиальной астмы является приступ удушья. Приступ развивается внезапно: появляется затруднение дыхания больного. Тяжелее всего ему дается выдох. Грудная клетка больного во время приступа расширена, шейные вены вздуты. могут быть, слышны свистящие хрипы. Приступ может сопровождаться чувством испуга, потливостью, слабостью, может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Больной мучительно пытается откашляться, наконец появляется кашель, при котором выделяется небольшое количество вязкой «стекловидной» мокроты.

Вне приступа может не быть никаких проявлений заболевания. Основным методом диагностики бронхиальной астмы является спирометрия с бронходилатационным тестом.

Принципы лечения бронхиальной астмы: используются препараты базисной и симптоматической терапии. Препараты базисной терапии- препараты, контролирующие течение заболевания, предотвращающие приступы удушья.. Используются ингаляционные глюкокортикостероиды (Флутиканоза пропионат, беклометазон, будесонид), антилейкотриеновые препараты- (монтелукаст, зафирлукаст) и стабилизаторы мембран тучных клеток (кромогликат натрия, недокромил натрия) Принимаются больным постоянно.

Системные глюкокортикостероиды применяются только для лечения тяжелых обострений (преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон)

Препараты симптоматической терапии-препараты, устраняющие симптомы заболевания. Применяются только при появлении этих симптомов(удушья) Для симптоматической терапии используют бронхолитики различных групп(В-2-агонисты, холинолитики, теофиллины) и Муколитики

8. Вопросы по теме занятия

1. Охарактеризовать лечение ХОБЛ

- 1) В лечении применяются немедикаментозные методы (прежде всего, отказ от курения) и бронходилатационная терапия: бронхолитики различных групп, прежде всего- ипратропиума бромид, к нему возможно присоединение сальбутамола или метилксантинов.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

2. Охарактеризовать основной метод диагностики ХОБЛ

- 1) В диагностике ХОБЛ основное место занимает спирография, при которой выявляется необратимая бронхообструкция (снижение ОФВ1 и отсутствие прироста после применения бронхолитика).;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

3. Охарактеризовать клинические проявления ХОБЛ

- 1) Клинически ХОБЛ проявляется появлением кашля, мокроты, одышки. Кроме того, больных беспокоит снижение физической активности, нарушения сна, ежегодные сезонные ОРВИ. В дальнейшем у пациентов формируется т.н. «легочное сердце», при декомпенсации которого присоединяются отеки, боли в правом подреберье, могут появиться нарушения сердечного ритма.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

4. Назвать достоверные факторы риска ХОБЛ

- 1) Факторами риска ХОБЛ являются: курение (на90%), профессиональные вредности, наследственный дефицит А1 -антитрипсина.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

5. Дать определение ХОБЛ

- 1) ХОБЛ – это воспалительное заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, которое полностью необратимо. Ограничение скорости воздушного потока (ОСВП) является прогрессирующим и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемых патогенных частиц или газов;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

6. Расскажите, как интерпретировать данные пикфлоуметрии

- 1) Зеленая зона- показатель нормы. Она сигнализирует, что астма находится под контролем. Нет выраженных

симптомов астмы, больной физически активен, не имеет проблем со сном и может принимать лекарственные средства, как обычно. Желтая зона- показатель находится в интервале от 50% до 80% от лучших личных или прогнозируемых значений ПСВ пациента, и сигнализирует об обострении заболевания уже имеющимся или надвигающемся. Пациенту необходимо проконсультироваться с лечащим врачом по поводу этого состояния. Красная зона- сигнал тревоги. В красной зоне показатели ПСВ находятся в интервале ниже 50 % от лучших личных значений пациента. Вероятнее всего, вскоре разовьется приступ астмы. Пациенту необходимо обратиться к лечащему врачу, если показания ПСВ не вернуться к желтой или зеленой зоне в короткий срок, то возможно, потребуется госпитализация;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

7. Рассказать показания для использования спейсера

1) Спейсер - это прибор, с помощью которого ингалируются маленькие дети и глубокие старики. Спейсер необходимо присоединить к карманному ингалятору. Колпачок спейсера закрыть. Нажать 2 раза на баллончик карманного ингалятора. Поднести спейсер ко рту. Быстро снять колпачок спейсера, поместить мундштук спейсера в рот и ингалировать. Эффективность ингаляции при этом мала, т.к. пациент не делает глубоких вдохов. В спейсер помещается двойная доза лекарства, поскольку очень велики потери медикамента в окружающую среду.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

8. Рассказать о правилах пользования карманным ингалятором

1) Правила пользования карманным ингалятором: 1. Принять сидячие положение 2. Встряхнуть ингалятор перед использованием. 3. Сделать глубокий выдох. 4. Мягко обхватить мундштук ингалятора губами (зубы как бы прикусывают ингалятор). 5. Начать медленно вдыхать. 6. Сразу после начала вдоха один раз нажать на ингалятор. 7. Медленно продолжить вдох до максимума. 8. Задержать дыхание на 10 секунд или при невозможности так долго - задержать дыхание насколько возможно, желательнее не вынимать ингалятор изо рта. 9. Сделать выдох через рот. 10. Повторная ингаляция не ранее чем через 30 секунд. 11. Прополоскать рот водой.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

9. Охарактеризовать базисное лечение бронхиальной астмы

1) Базисная терапия бронхиальной астмы: • Ингаляционные глюкокортикостероиды (Флютиканоза пропионат, беклометазон, будесонид (пульмикорт). • Антилейкотриеновые препараты Монтелукаст, Зафирлукаст (Аколат) • Стабилизаторы мембран тучных клеток:Кромогликат натрия, Недокромил натрия;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

10. Рассказать об основных клинических проявлениях бронхиальной астмы

1) Основным клиническим проявлением бронхиальной астмы является приступ удушья. Приступ развивается внезапно: появляется затруднение дыхания больного. Тяжелее всего ему дается выдох. Грудная клетка больного во время приступа расширена, шейные вены вздуты. могут быть, слышны свистящие хрипы. Приступ может сопровождаться чувством испуга, потливостью, слабостью, может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Больной мучительно пытается откашляться, наконец появляется кашель, при котором выделяется небольшое количество вязкой «стекловидной» мокроты. Вне приступа может не быть никаких проявлений заболевания.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

11. Охарактеризовать понятие "Бронхиальная астма"

1) Бронхиальная астма - это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой либо спонтанно, либо под действием лечения.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

12. Охарактеризовать виды дыхания, выслушиваемого над легкими

1) 1. Везикулярное дыхание - это дыхание над здоровым легким. При этом хорошо слышен вдох, но не слышно выдоха 2. Дыхание жесткое - это дыхание над воспаленным легким. При этом хорошо слышен и вдох, и выдох. 3. Дыхание ослабленное или не проводится вообще-это дыхание над жидкостью и над ателектазом.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РАЗРАСТАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА МЕСТЕ РАЗРУШЕННЫХ АЛЬВЕОЛ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) инфильтрация;
- 2) пневмосклероз;
- 3) амилоидоз;
- 4) анкилоз;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

2. НАСТОЯЩИЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНОГО С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ:

- 1) увеличение количества и усиление гнойности мокроты;
- 2) усиление одышки;
- 3) все перечисленное;
- 4) ничего из перечисленного;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

3. ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ:

- 1) выздоровление;
- 2) замедление прогрессирования;
- 3) уменьшение количества мокроты;
- 4) снять приступы удушья;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

4. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА БОЛЬНОГО ХОБЛ:

- 1) «легочное сердце»;
- 2) Амилоидоз;
- 3) Все перечисленное;
- 4) Ничего из перечисленного;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

5. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ХОБЛ:

- 1) недомогание;
- 2) повышение температуры;
- 3) одышка;
- 4) головная боль;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

6. ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ Б.А.:

- 1) «грудь сапожника»;
- 2) Бочкообразная;
- 3) Гиперстеническая;
- 4) Астеническая;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

7. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО ВЫДЕЛЕНИЕ МОКРОТЫ.:

- 1) гнойной;
- 2) стекловидной;
- 3) слизисто-гнойной;
- 4) розовой пенистой;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

8. ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ:

- 1) астеническая;
- 2) гиперстеническая;
- 3) нормостеническая;
- 4) бочкообразная;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

9. ПИКФЛОУМЕТРИЯ - ЭТО ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- 1) 1. дыхательного объема 2. жизненной емкости легких 3. остаточного объема 4. пиковой скорости выдоха;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В терапевтическом отделении пациент И, 42 лет, страдающий бронхиальной астмой, предъявляет жалобы на внезапный приступ удушья. Больной сидит, опираясь руками о края кровати, грудная клетка в состоянии максимального вдоха, лицо цианотичное, выражает испуг, частота дыхательных движений 38 в минуту, одышка

экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие, свистящие хрипы.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту;

- 1) В данный момент у пациента приступ удушья и массаж не может быть проведен. Пациенту необходимо вызвать медицинскую сестру отделения для оказания неотложной помощи;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

2. Пациент М, 70 лет, госпитализирован в пульмонологическое отделение с диагнозом: ХОБЛ, декомпенсированное «легочное сердце». Эмфизема. Пневмосклез. Пациента беспокоит выраженная одышка в покое, кашель с гнойной мокротой, отечность голеней, тяжесть в правом подреберье. Курит с 15 лет, в последние 10 лет постоянно беспокоит одышка, часто простывает. При сестринском осмотре выявлено: диффузный теплый цианоз лица, кожи туловища. Грудная клетка бочкообразная, перкуторный звук коробочный. При аускультации-дыхание ослаблено, большое количество сухих хрипов, по лопаточной линии симметрично с обеих сторон -небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие. Печень ниже реберной дуги на 2 см, на голенях- отек. Число дыханий 28 в мин, ч.с.с.-100 с мин, АД120/70 мм.рт.ст.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту;

- 1) Пациенту можно проводить классический массаж, т.к. ХОБЛ вне обострения не является противопоказанием для проведения массажа;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

3. Задача №3 В массажный кабинет обратился пациент 30 лет, страдающий бронхиальной астмой для проведения массажа. Пациент получает будесонид, при приступах- сальбутамол. Посещает плавательный бассейн 2 раза в неделю. Приступ удушья был приблизительно полгода назад. Объективно: голосовое дрожание не изменено. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 20 в минуту. Со стороны других органов- без патологии.

Вопрос 1: Определите возможность проведения массажу данному пациенту;

- 1) контролируемая бронхиальная астма не является противопоказанием для проведения массажа. Таким образом, массаж данному пациенту может быть проведен.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

4. Пациент М, 60 лет, обратился в массажный кабинет для проведения классического массажа. В анамнезе-ХОБЛ, дыхательная недостаточность 2 степени, «легочное сердце», декомпенсированное. Эмфизема. Пневмосклез. Пациента беспокоит выраженная одышка в покое, кашель с гнойной мокротой, отечность голеней, тяжесть в правом подреберье. Ухудшение в течение недели, и пациент решил срочно провести массаж для улучшения отхождения мокроты. Старается проводить курс массажа ежегодно, так как отмечает некоторое уменьшение одышки и улучшение отхождения мокроты после курса массажа. Объективно выявлено: грудная клетка бочкообразная, голосовое дрожание равномерно проводится на всех участках. Перкуторный звук коробочный. При аускультации-дыхание ослаблено, большое количество сухих хрипов, по лопаточной линии симметрично с обеих сторон -небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие. Печень ниже реберной дуги на 2 см, на голенях- отек. Число дыханий 28 в мин, ч.с.с.-100 с мин, АД120/70 мм.рт.ст. Температура-37.50 С

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту.;

- 1) проведение массажа данному пациенту противопоказано, так как на данный момент у него обострение ХОБЛ. Для улучшения отхождения мокроты ему можно рекомендовать проведение постурального дренажа в домашних условиях.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

1. Тема № 3. Бронхоэктатическая болезнь. Абсцесс легкого. Плевриты. Основные клинические проявления заболевания, методы диагностики и лечения. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Нагноительные заболевания лёгких- это болезни, которые характеризуются наличием в бронхах и легких гноя, наличием гнойной интоксикации организма, осложнениями, характерными для гнойного поражения бронхо-лёгочной системы. К нагноительным относятся следующие заболевания БЛС: бронхоэктатическая болезнь, острый абсцесс легкого, хронический абсцесс легкого, гангрена легкого. Наличие гноя в организме приводит к развитию дистрофических процессов в тканях всех органов, к развитию гнойной интоксикации организма. С гнойной мокротой пациент теряет белок, необходимый для всех жизненных процессов. Все нагноительные заболевания могут осложниться лёгочным кровотечением. В связи с этим, работа медицинской сестры с пациентом, страдающим НХЛ и его окружением, должна быть очень грамотной: необходимо обучить пациентов правильно питаться, чтобы восполнить потерю белка, необходимо обучить правилам инфекционной безопасности, правилам дезинфекции плевательниц. Для лучшего отхождения мокроты каждый пациент должен принимать положение постурального дренажа, которое индивидуально и которое каждый пациент должен найти для себя. Обучить его так же должна медицинская сестра. Плевриты достаточно часто осложняют течение заболеваний бронхо-легочной системы, онкологические заболевания, туберкулез, заболевания соединительной ткани. Одним из мероприятий в лечении экссудативного плеврита является проведение плевральной пункции. Плевральная пункция- это врачебная манипуляция, медицинская сестра ему ассистирует. От слаженной работы и врача медицинской сестры во многом зависит качество проведенной манипуляции.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

План изучения темы:

1. Охарактеризовать понятие «Плевральная полость», объяснить, почему плевральные листки не соприкасаются между собой у здорового человека.
2. Охарактеризовать понятия «Плеврит», «Сухой плеврит», «Экссудативный плеврит».
3. Назвать симптомы сухого плеврита. Назвать симптомы экссудативного плеврита.
4. Назвать показания к плевральной пункции.
5. Перечислить возможные осложнения во время плевральной пункции.
6. Охарактеризовать этиологию и клинику Бронхоэктатической болезни лёгких.
7. Охарактеризовать этиологию и клинику острого и хронического абсцесса лёгкого, гангрены лёгкого
8. Охарактеризовать клинику интоксикационного синдрома при НЗЛ, назвать принципы лечения и медикаменты для дезинтоксикационной терапии.
9. Назвать принципы лечения НЗЛ.
10. Назвать принципы соблюдения инфекционной безопасности персонала, пациента и его окружения

Содержание темы:

Нагноительные заболевания лёгких – это болезни, которые характеризуются наличием в бронхах и легких гноя, наличием гнойной интоксикации организма, осложнениями, характерными для гнойного поражения бронхо-лёгочной системы.

К нагноительным относятся следующие заболевания БЛС: бронхоэктатическая болезнь, острый абсцесс легкого, хронический абсцесс легкого, гангрена легкого. Наличие гноя в организме приводит к развитию дистрофических

процессов в тканях всех органов, к развитию гнойной интоксикации организма. С гнойной мокротой пациент теряет белок, необходимый для всех жизненных процессов. Все нагноительные заболевания могут осложниться лёгочным кровотечением. Для лучшего отхождения мокроты каждый пациент должен принимать положение постурального дренажа, которое индивидуально и которое каждый пациент должен найти для себя. Обучить его должна медицинская сестра.

Положение постурального дренажа – это такое положение тела пациента, при котором хорошо откашливается мокрота. Это положение индивидуально для каждого пациента.

Если пациенту проведена бронхография и известно место расположения бронхоэктазов, то определить положение постурального дренажа легко: нужно лечь на противоположный бок с головой, опущенной вниз и сильно кашлять. Перед принятием ППД рекомендуется принять отхаркивающую микстуру или отвар отхаркивающих трав, или просто теплое питьё. Принимать положение ППД нужно не менее 4 -5 раз в день.

Если неизвестно расположение бронхоэктазов, то ППД должен определить сам пациент. Для этого ему нужно лечь на спину и сильно кашлять. Если мокрота не отходит, то менять положение тела до тех пор, пока не будет найдено ППД.

Для обеспечения инфекционной безопасности пациента и персонала, пациент обязательно должен уметь пользоваться карманной плевательницей

Карманная плевательница- это емкость с широким горлом, закрывающаяся крышкой, заполненная на $\frac{1}{4}$ любым дез. раствором. В такую емкость пациент сплевывает мокроту при кашле. При наполнении емкости на $\frac{3}{4}$ ее заливают до верха дез.раствором. Экспозиция- в соответствии с инструкцией к дез. раствору. Затем содержимое выливают в унитаз, емкость промывают, просушивают, заполняют дез.раствором и используют повторно.

Плеврит – это воспаление плевральных листков. Различают плеврит сухой и экссудативный. Плеврит редко бывает самостоятельным заболеванием. В большинстве случаев – это вторичное заболевание, которое развивается как реакция плевры на патологические изменения в лёгких, в сердце, при системных заболеваниях.

При экссудативных плевритах в полости плевры накапливается большое количество жидкости. С диагностической и с лечебной целью эту жидкость эвакуируют с помощью плевральной пункции. Пункция – это врачебная манипуляция, но медицинская сестра assisteрует врачу во избежание осложнений, особенно пневмоторакса.

8. Вопросы по теме занятия

1. Цель наблюдения за пациентом после проведения плевральной пункции

- 1) При проведении плевральной пункции возможно повреждение печени или селезенки, внутреннее кровотечение. При динамическом наблюдении за пациентом медицинская сестра отметит снижение АД, нарастание тахикардии, усиление бледности, появление головокружения и слабости у пациента. Своевременно оказанная помощь спасет жизнь пациента, даже если повреждение печени или селезенки не было замечено при проведении плевральной пункции;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

2. Рассказать алгоритм неотложной помощи при пневмотораксе

- 1) Алгоритм неотложной сестринской помощи при спонтанном пневмотораксе (У пациента появилась внезапная резчайшая боль в области грудной клетки, прогрессирует одышка, развивается клиника коллапса: головокружение, темно в глазах, резкая слабость, бледность, падение артериального давления) 1. Немедленно вызвать врача и процедурную медсестру с медикаментами через помощника. 2. Обеспечить доступ свежего воздуха или подачу кислорода. 3. Приготовить и, по назначению врача, ввести внутримышечно 50% раствор Анальгина 2 мл, 2.4% раствор Эуфиллина внутривенно струйно, раствор Промедола 1% - 1мл подкожно, 0,1% раствора Адреналина 0,5 мл подкожно. 4. Быть готовой сопровождать пациента в хирургическое отделение для дренирования плевральной полости;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

3. Охарактеризовать виды плеврита

- 1) Плеврит – это воспаление плевральных листков. Различают плеврит сухой и экссудативный. Плеврит редко бывает самостоятельным заболеванием. В большинстве случаев – это вторичное заболевание, которое развивается как реакция плевры на патологические изменения в лёгких, в сердце, при системных заболеваниях. При экссудативных плевритах в полости плевры накапливается большое количество жидкости. С диагностической и с лечебной целью эту жидкость эвакуируют с помощью плевральной пункции. Пункция – это врачебная манипуляция, но медицинская сестра assisteрует врачу во избежание осложнений, особенно пневмоторакса;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

4. Охарактеризовать значение плевральной жидкости

1) У здорового человека в полости плевры находится 1 - 2 мл жидкости, которая капиллярным слоем разделяет поверхности плевральных листков. Благодаря этой жидкости происходит сцепление двух поверхностей, находящихся под действием противоположных сил: инспираторного растяжения грудной клетки и эластической тяги лёгких. Наличие двух противоположных сил создаёт давление в полости плевры. Если грудную клетку вскрыть, то лёгкие спадаются из-за уравнивания атмосферного давления как на наружную поверхность, так и изнутри, со стороны бронхов.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

5. Рассказать об анатомии и функции плевральной полости

1) Плевра – это висцеральная оболочка, покрывающая лёгкие. Она состоит из 2 листков: висцерального, который прилежит к лёгкому, практически срастается с ним, входит в междолевую щель, отделяет каждый сегмент лёгкого друг от друга, и париетального, который прилежит к грудной клетке. Листки плевры не соприкасаются между собой. Щелевидное пространство между висцеральным и париетальным листками называется полостью плевры.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

6. Охарактеризовать антибактериальную терапию при абсцессе и гангрене легкого

1) дозах, при одновременном внутримышечном и внутривенном введении через катетер, продолжительность антибактериальной терапии до 6-8 недель.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

7. Рассказать о правилах пользования карманной плевательницей.

1) Карманная плевательница: Емкость с широким горлом, закрывающаяся крышкой, заполненная на $\frac{1}{4}$ любым дез. раствором. В такую емкость пациент сплевывает мокроту при кашле. При наполнении емкости на $\frac{3}{4}$ ее заливают до верха дез.раствором. Экспозиция- в соответствии с инструкцией к дез. раствору. Затем содержимое выливают в унитаз, емкость промывают, просушивают, заполняют дез.раствором и используют повторно.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

8. Охарактеризовать неотложную сестринскую помощь при легочном кровотечении

1) Алгоритм неотложной помощи при лёгочном кровотечении (У пациента при каждом кашлевом толчке выделяется алая пенная кровь) 1. Немедленно вызвать врача через помощника. 2. Запретить пациенту есть, пить и разговаривать. 3. Наложить холод на грудную клетку. 4. К приходу врача приготовить кровеостанавливающие медикаменты: 10% раствор Аминокапроновой кислоты - 200мл для капельного внутривенного введения, 1% раствор Викасола 1 мл для внутримышечного введения. 5. Быть готовой транспортировать пациента в бронхологический кабинет для проведения бронхоскопии, приготовить пациента к бронхоскопии. 6. Быть готовой сопровождать пациента в хирургическое отделение для оперативного лечения.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

9. Охарактеризовать диету при нагноительных заболеваниях легких

1) Диета пациентов при нагноительных заболеваниях легких Назначается стол №15 по Певзнеру, учитывается то, что с гнойной мокротой теряется большое количество белка. Поскольку у таких больных гнойная мокрота отделяется постоянно, в рационе больного должно быть увеличено количество белка.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

10. Рассказать о правилах проведения сравнительной перкуссии грудной клетки

1) 1. Перкуссия БЛС необходимо проводить в тихой обстановке, руки медсестры должны быть чистыми и теплыми 2. Перкуссия над здоровым легким характеризуется нормальным, ясным легочным звуком. 3. При воспалении в БЛС определяется укорочение легочного звука 4. Над жидкостью и ателектазом звук тупой.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

11. Рассказать правила пальпации грудной клетки

1) 1. Пальпация грудной клетки проводится одновременно двумя руками, чистыми и теплыми 2. Руки медсестры должны быть расположены на симметричных участках грудной клетки 3. Пациента нужно попросить сказать низким голосом слова, содержащие букву «Р»: «тридцать три» или «раз, два, три» 4. У здорового человека голосовое дрожание проводится равномерно над всеми легочными полями 5. При наличии воспаления в БЛС голосовое дрожание усилено 6. При наличии жидкости в плевральной полости или ателектаза легкого голосовое дрожание ослаблено или вообще не проводится.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

12. Что означает термин "Постуральный дренаж"?

1) Положение постурального дренажа (ППД) – это такое положение тела пациента, при котором хорошо откашливается мокрота. Это положение индивидуально для каждого пациента. Если пациенту проведена бронхография и известно место расположения бронхоэктазов, то определить положение постурального дренажа легко: нужно лечь на противоположный бок с головой, опущенной вниз и сильно кашлять. Перед принятием ППД рекомендуется принять отхаркивающую микстуру или отвар отхаркивающих трав, или просто теплое питьё. Принимать положение ППД нужно не менее 4 -5 раз в день. Если неизвестно расположение

бронхоэктазов, то ППД должен определить сам пациент. Для этого ему нужно лечь на спину и сильно кашлять.
Если мокрота не отходит, то менять положение тела до тех пор, пока не будет найдено ППД.;
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПАЦИЕНТА, ВЫДЕЛЯЮЩЕГО ГНОЙНУЮ МОКРОТУ, НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ:

- 1) 1. сухой банкой
2. стерильной банкой
3. индивидуальной плевательницей
4. стерильной пробиркой;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ:

- 1) ранение печени;
- 2) острый инфаркт миокарда;
- 3) ларингоспазм;
- 4) острая почечная недостаточность;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. МЕСТО ПРОКОЛА ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ:

- 1) по верхнему краю ребра;
- 2) 7-8 межреберье;
- 3) по задней лопаточной линии;
- 4) все перечисленное;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ СУХОМ ПЛЕВРИТЕ:

- 1) головная боль;
- 2) слабость;
- 3) лихорадка;
- 4) боль в грудной клетке;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ПРИ ПЛЕВРИТЕ НАД ОБЛАСТЬЮ ЭКССУДАТА:

- 1) коробочный;
- 2) легочный;
- 3) тупой;
- 4) не определяется;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. МОКРОТА ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО:

- 1) гнойная;
- 2) слизистая;
- 3) стекловидная;
- 4) ржавая;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. РАЗРАСТАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА МЕСТЕ РАЗРУШЕННЫХ АЛЬВЕОЛ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) инфильтрация;
- 2) пневмосклероз;
- 3) амилоидоз;
- 4) анкилоз;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРМАННАЯ ПЛЕВАТЕЛЬНИЦА ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПОЛНЕНА НА 1/4:

- 1) полиглюкином;
- 2) физраствором;
- 3) глюкозой;
- 4) дезраствором;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА - ЭТО ЗАТРУДНЕННЫЙ:

- 1) вдох;
- 2) выдох;
- 3) вдох и выдох;
- 4) ничего не затруднено;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. ЕМКОСТЬ ДЛЯ СБОРА МОКРОТЫ НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

- 1) 1. сухая пробирка 2. сухая банка 3. стерильная пробирка 4. стерильная банка;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ:

- 1) 1. слабость 2. снижение аппетита 3. недомогание 4. кашель с гнойной мокротой;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

12. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ:

- 1) 1. слабость 2. снижение аппетита 3. недомогание 4. кашель с гнойной мокротой;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Задача №1: Пациентка 65 лет обратилась для проведения массажа. При объективном исследовании выявлено: число дыханий 25 в мин. При перкуссии легких слева ниже 7 ребра по лопаточной линии, по задней и средне-подмышечной линиям- тупой перкуторный звук. Хрипов не выслушивается. Тоны сердца ритмичные, ч.с.с.64 в мин., АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена. В анамнезе мастэктомия по поводу рака молочной железы 5 лет назад. Наблюдается в онкодиспансере. Сформулируйте предположительный диагноз пациентки. Задание: 1. Обоснуйте решение относительно проведения массажа данной пациентке.

- 1) Проведение массажа данной пациентке противопоказано, т.к. у нее выявлены симптомы экссудативного плеврита, возможно, метастатической природы.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

2. Задача №2: В массажный кабинет обратилась пациентка Ф, 23 лет с диагнозом: бронхоэктатическая болезнь с локализацией бронхоэктазов в верхних долях обоих легких, ремиссия. Предъявляет жалобы на сильный кашель с отделением гнойной мокроты, слабость, небольшую одышку при ходьбе. Кашель появляется утром, после того, как больная встает и начинает собираться на работу. В течение всего дня кашель беспокоит незначительно. При объективном исследовании определяется рассеянные сухие хрипы и влажные средне-мелкопузырчатые хрипы в верхних долях обоих легких по передней и задней поверхности грудной клетки. Число дыханий 22 в мин.

- Вопрос 1:** х долях обоих легких, ремиссия. Предъ легких по передней и задней поверхности груднОбоснуйте решение относительно проведения массажа данной пациентке.;

- 1) Проведение массажа не противопоказано, т.к. бронхоэктатическая болезнь в данный момент вне обострения.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

3. В массажный кабинет обоптился пациент Т, 60 лет, для проведения массажа по поводу дорсопатии. Другие хронические заболевания отрицает. Предъявляет жалобы на сильную одышку, слабость. При детальном опросе вспомнил, что 10 лет назад перенес внебольничную пневмонию, осложнившуюся гнойным плевритом, несколько раз проводили плевральную пункцию. Одышка с тех пор сохраняется. Объективно: голосовое дрожание одинаково проводится по всем полям, перкуторный звук легочный. При аускультации дыхание жесткое, выслушивается шум трения плевры справа-начиная от парастернальной линии до паравертебральной ниже 3-4 ребра. Число дыхания 26 в минуту. Тоны сердца ритмичны, ч.с.с. 76 в минуту. АД 130/ 90 мм.рт.ст. Со стороны органов брюшной полости без патологии.

- Вопрос 1:** Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту.;

- Вопрос 2:** Объясните происхождение шума трения плевры у данного пациента;

- 1) Наличие гнойного плеврита в анамнезе не является противопоказанием к проведению массажа;
- 2) Шум трения плевры у данного пациента объясняется образовавшимися у него спайками в плевральной полости вследствие самого гнойного процесса или вследствие нарушения правил проведения плевральной пункции (пациенту не проводилась дыхательная гимнастика после пунктирования).;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

Лопатина, Т. Н. [Современные антисептики](#) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 64 с.

Повх, Л. А. [Сестринский уход в терапии. Сборник задач](#) : учебное пособие для СПО / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 116 с. - Текст : электронный.

[Сестринский уход за пациентами терапевтического профиля](#) : учебное пособие для СПО / Т. А. Трилешинская, Е. А. Ткаченко, И. Ю. Костина, Г. В. Алексеева. - 5-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 56 с. - Текст : электронный.

Матвеева, С. И. [Пропедевтика клинических дисциплин](#) : учебно-методическое пособие для СПО / С. И. Матвеева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2020. - 48 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Сестринский уход в пульмонологии](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 144 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Проведение сестринского ухода в терапии. Инструментальные методы исследования](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 84 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Аудиокнига <https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html>
Основы лечебного массажа
Массаж при заболеваниях органов дыхания (<https://yandex.ru/video/preview/?filmId>)

1. Тема № 4. Атеросклероз, как основная причина ишемической болезни сердца. Основные формы ишемической болезни сердца: стенокардия, острый инфаркт миокарда. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): В современных условиях во всем мире заболеваемость и смертность от ишемической болезни сердца стоит на первом месте. Ученые объясняют этот факт многими причинами: распространением и прогрессированием атеросклероза из-за неправильного питания, из-за обилия стрессов в жизни современного человека, из-за гиперхолестеринемии. Патогенез тромбоза коронарной артерии подвергся детальному изучению. Если неотложную помощь оказать очень быстро, то этот тромб может рассосаться, разрушиться. В этом случае инфаркта может не произойти, а коронарное событие трактуется как «острый коронарный синдром». Если помощь очень быстро не оказана, тромб в коронарной артерии не разрушился, то наступает ишемия, а затем некроз участка сердечной мышцы, часто приводящий к смерти пациента. Правильно оценить состояние пациента и грамотно оказать неотложную помощь – вот основные проблемы, которые стоят перед современной кардиологией.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

План изучения темы:

1. Дать определение атеросклероза. Охарактеризовать лабораторную диагностику атеросклероза
2. Дать определение ишемической болезни сердца. Назвать основную причину развития острого инфаркта миокарда и его клинические проявления.
3. Охарактеризовать понятия «Ишемическая болезнь сердца», «Стенокардия»
4. Рассказать о клинических проявлениях стенокардии
5. Какова классификация стабильной стенокардии напряжения
6. Охарактеризовать неотложную сестринскую помощь при приступе стенокардии
7. Назвать основные медикаменты, применяющиеся для лечения стенокардии
8. Охарактеризовать понятия: «Острая ишемия миокарда», «Некроз миокарда»
9. Неотложная сестринская помощь при остром коронарном синдроме, при остром инфаркте миокарда
 - Охарактеризовать антитромботическую терапию при остром коронарном синдроме.
 - Охарактеризовать современные высокие технологии при лечении острого инфаркта

Содержание темы:

Атеросклероз – это поражение внутренней оболочки артерий в виде очагового разрастания в ней соединительной ткани и последующей инфильтрацией липидами с образованием атеросклеротической бляшки.

Факторы риска атеросклероза подразделяются на немодифицированные

(возраст старше 45 лет у мужчин, старше 55 лет у женщин.; мужской пол;

Наследственность) и модифицируемые факторы риска:

(гиперхолестеринемия; артериальная гипертензия; сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе; абдоминальное ожирение; курение;

стресс). Лабораторным критерием диагностики атеросклероза является повышение общего холестерина выше 5.0 ммоль/л

Ишемическая болезнь - патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий, т.е. миокард нуждается в большем количестве кислорода, чем его поступает с кровью

Для диагностики ИБС используются дополнительные инструментальные методы-ЭКГ и ее модификации: велоэргометрия (или тредмил-тест) и Холтеровское мониторирование. Характерными изменениями при стенокардии являются депрессия сегмента ST более 1-2 мм(в зависимости от отведения) косонисходящая или горизонтальная.

Изменения регистрируются и на ЭхоКГ-участки гипокинезии. Медикаментозное лечение ИБС: существует целый ряд групп препаратов, которые могут быть показаны к применению при той или иной форме ИБС. Существует формула лечения ИБС: «А-В-С». Она подразумевает применения триады препаратов, а именно антиагрегантов, β-адреноблокаторов и гиполипидемических препаратов(статинов).

При стенокардии применяются так же нитраты пролонгированного действия (монокинкве, нитронг), при наличии сопутствующей артериальной гипертензии, необходимо обеспечить достижение целевых уровней артериального давления

Развивается применение эндоваскулярных вмешательств (коронароангиопластики) при различных формах ИБС. К таким вмешательствам относятся баллонная ангиопластика и стентирование под контролем коронарной ангиографии. Во многих случаях такие вмешательства помогают предотвратить развитие или прогрессирование инфаркта миокарда возможно также хирургическое лечение ИБС: аорто-коронарное шунтирование.

Во время работы сердца возникают звуковые явления, которые называются сердечными тонами. По своему происхождению тоны сердца являются суммой различных звуковых явлений, обусловленных колебаниями различных отделов сердца.

У здоровых людей над всей областью сердца выслушиваются два тона: I тон, который возникает в начале систолы желудочков и именуется систолическим, и II тон, возникающий в начале диастолы и именуемый диастолическим. Иногда, особенно у детей и у молодых худощавых субъектов, кроме I и II тонов, удается выслушать еще два тона III и IV

Правила проведения аускультации сердца

1. При аускультации сердца необходимо соблюдать тишину, помещение должно быть теплым.
2. Аускультация сердца проводится в горизонтальном и вертикальном положении больного, а при необходимости и после физической нагрузки. Звуковые явления, связанные с патологией митрального клапана, лучше выслушивать в положении на левом боку, а аортального - в вертикальном и несколько наклоненном положении с поднятыми вверх руками.
3. Выслушивают сердце, как при спокойном поверхностном дыхании пациента, так и при задержке дыхания после максимального вдоха.
4. Фонендоскоп ставят на места наилучшего выслушивания клапанов сердца в определенной последовательности.
5. Аускультация сердца проводится в определенной последовательности. Фонендоскоп ставится на указанные ниже точки.

1 точка - верхушка сердца, здесь лучше проводятся звуковые явления, связанные с деятельностью митрального клапана.

2 точка - II- межреберье справа от грудины - выслушиваются звуки, проводимые с аортального клапана.

3 точка - II- межреберье слева от грудины - выслушиваются звуки, проводящиеся с клапана легочной артерии.

4 точка - основание мечевидного отростка, а также слева и справа от него лучше определяются звуковые явления, возникающие на трехстворчатом клапане.

5 точка - точка **Боткина-Эрба**, расположена в четвертом межреберье, - служит для дополнительного выслушивания аортального клапана.

8. Вопросы по теме занятия

1. Дать определение атеросклероза

- 1) Атеросклероз - это изменения внутренней выстилки артерий, которые включают в себя накопление липидов, сложных углеводов, фиброзной ткани, компонентов крови, солей кальция и сопутствующие изменения меди;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.2

2. Охарактеризовать немедикаментозное лечение сердечной недостаточности

- 1) К общим мероприятиям относятся: ограничение физической нагрузки и соблюдение диеты с ограничением поваренной соли и воды;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Назвать клинические проявления левожелудочковой недостаточности

- 1) Левожелудочковая сердечная недостаточность характеризуется задержкой жидкости в легочном круге кровообращения, вследствие чего количество поступающего в кровь кислорода снижается. В итоге возникают одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, а также слабость и быстрая утомляемость.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. Назвать дополнительные (инструментальные и лабораторные) методы диагностики острого инфаркта миокарда

- 1) Диагностика ОИМ 1. Электрокардиография 2. Анализ крови на кардиотропные белки (сердечные тропонины, МВ-КФК, АсАТ, ЛДГ);

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. Охарактеризовать клинические проявления типичного острого коронарного синдрома

- 1) Основной клинический признак — интенсивная боль за грудиной (ангинозная боль) Болевой синдром сохраняется более 15 минут (могут длиться 1 час) и не купируется нитроглицерином.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. Назвать основную причину развития острого инфаркта миокарда

- 1) Главная причина острого инфаркта миокарда - тромбоз коронарной артерии на фоне атеросклероза коронарных артерий сердца.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. Охарактеризовать медикаментозное лечение стенокардии

- 1) Существует целый ряд групп препаратов, которые могут быть показаны к применению при той или иной форме ИБС. Существует формула лечения ИБС: «А-В-С». Она подразумевает применения триады препаратов, а именно антиагрегантов, β-адреноблокаторов и гиполипидемических препаратов(статинов). При стенокардии применяются так же нитраты пролонгированного действия (монокинкве, нитронг), при наличии сопутствующей артериальной гипертензии, необходимо обеспечить достижение целевых уровней артериального давления;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. Рассказать о методах диагностики стенокардии

- 1) Для диагностики ИБС используются дополнительные инструментальные методы-ЭКГ и ее модификации: велоэргометрия (или тредмил-тест) и Холтеровское мониторирование. Характерными изменениями при стенокардии являются депрессия сегмента ST более 1-2 мм(в зависимости от отведения) косонисходящая или горизонтальная. Изменения регистрируются и на ЭхоКГ-участки гипокинезии.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Назвать факторы риска ИБС

- 1) Ишемическая болезнь -патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий, т.е. миокард нуждается в большем количестве кислорода, чем его поступает с кровью;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Дать определение ишемической болезни сердца

- 1) Ишемическая болезнь -патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий, т.е. миокард нуждается в большем количестве кислорода, чем его поступает с кровью;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Рассказать о лечении атеросклероза

- 1) В лечении атеросклероза используются немедикаментозные методы(нормализация массы тела отказ от курения, расширение режима двигательной активности и тд,) и медикаменты-прежде всего, статины. Статины снижают синтез холестерина в печени, понижают уровень холестерина в крови, кроме того они укрепляют атеросклеротическую бляшку, делая ее более плотной и не подверженной разрушению. В РФ зарегистрированы следующие препараты: 1) Аторвастатин (Липримар) 2) Симвастатин (Зокор) 3) Ловастатин (Мевакор) 4) Правастатин (Липостат) 5) Розувастатин Все статины назначают однократно в вечернее время и требуют контроля за применением. Препараты хорошо переносятся при длительном лечении. Из побочных эффектов,

выявляются диспепсические расстройства, более редко наблюдается повышение печеночных проб (АЛТ, АСТ) обычно это наблюдается при высокой дозе статинов;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

12. Охарактеризовать лабораторную диагностику атеросклероза

1) Лабораторная диагностика атеросклероза - это прежде всего определение липидного профиля: общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов. в норме холестерин - до 5,0 ммоль/л, ЛПНП - менее 3,0 ммоль/л, ЛПВП - не менее 1 ммоль/л, триглицериды - менее 1,5-1,7 ммоль/л;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

13. Рассказать о клинических проявлениях атеросклероза сосудов головного мозга

1) Атеросклероз сосудов головного мозга - Поражаются чаще сонные и позвоночные артерии. Жалобы на головную боль, головокружение, шум в голове, снижение памяти на ближайшие события, снижение работоспособности. Возможно развитие инсульта;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

14. Рассказать о факторах риска развития атеросклероза

1) В настоящее время выделяют следующие факторы риска атеросклероза: 1.Не модифицируемые (наследственность, пол, возраст) и 2.Модифицируемые: -гиперхолестеринемия -артериальная гипертензия -сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе -абдоминальное ожирение (окружность талии у женщин свыше 88 лет, у мужчин свыше 94 см) -курение -стресс;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СИНЮШНОЕ ОКРАШИВАНИЕ ГУБ И КОНЧИКОВ ПАЛЬЦЕВ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) гиперемия;
- 2) истеричность;
- 3) диффузный цианоз;
- 4) акроцианоз;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ЗАМЕДЛЕНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПО МИОКАРДУ::

- 1) Экстрасистолия;
- 2) Блокада;
- 3) Реполяризация;
- 4) Брадикардия;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЗДОРОВОГО СЕРДЦА МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ:

- 1) Систолический шум;
- 2) 1-2-3-4 тоны сердца;
- 3) 1-2 тоны сердца;
- 4) 1 тон сердца;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. ЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА - ВВЕДЕНИЕ:

- 1) стрептокиназы;
- 2) пентамина;
- 3) контрикала;
- 4) супрастина;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА:

- 1) загрудинная боль, купирующаяся нитроглицерином;
- 2) загрудинная боль, не купирующаяся нитроглицерином;
- 3) колющая боль в области сердца;
- 4) ноющая боль в области сердца;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ СТЕНОКАРДИИ:

- 1) загрудинные боли;
- 2) сердечная недостаточность;

- 3) головная боль;
- 4) снижение работоспособности;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ:

- 1) нитраты, бета-адреноблокаторы;
- 2) анальгетики, наркотики;
- 3) гипотензивные, диуретики;
- 4) все перечисленное;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ:

- 1) не более 5 мин.;
- 2) не более 20 мин.;
- 3) 2 часа.;
- 4) 3 часа.;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА:

- 1) атеросклероз коронарных артерий;
- 2) гипертоническая болезнь;
- 3) пороки сердца;
- 4) ревматизм;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. МЕРОПРИЯТИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА:

- 1) занятие физической культурой;
- 2) курение;
- 3) злоупотребление алкоголем;
- 4) не сбалансирование питания;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. ДИЕТА, РЕКОМЕНДОВАННАЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ:

- 1) 1. №1;
- 2) 2. №9;
- 3) 3. №10;
- 4) 4. №15;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. У пациента 40 лет, инвалида по зрению, на медосмотре выявлено повышение холестерина до 6,5 ммоль/л. Семейный анамнез отягощен: отец пациента умер в возрасте 40 лет от мозгового инсульта, у его родного брата ОИМ произошел в возрасте 50 лет. Пациент курит, в силу обстоятельств редко выходит из дома. Вес пациента 95 кг, рост-170 см. Соматической патологии не выявлено.

Вопрос 1: Разработайте рекомендации для этого пациента по профилактике атеросклероза.;

- 1) Пациенту необходим отказ от курения, гипохолестериновая диета и расширение режима физической активности: рекомендовано приобрести домой велотренажер;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. На приеме в поликлинике пациентка 75 лет, наблюдается по ИБС: стенокардии 2 функционального класса. Получает аторвастатин, бисопролол, асирин-кардио, нитроминт при загрудинных болях(беспокоят очень редко). Холестерин 5,6 ммоль/л. Рост пациентки 160 см, вес 60 кг, АД 120/70 мм.рт.ст. Не курит, алкоголь не употребляет.

Вопрос 1: Составьте рекомендации для данной пациентки по немедикаментозному лечению атеросклероза.;

- 1) Пациентке рекомендовано: пешие прогулки не реже 3 раз в неделю, продолжительностью не менее 45 мин, исключить из питания продукты, богатые холестерином(животные жиры) и добавить продукты, содержащие большое количество клетчатки(овощи, темные крупы, черный хлеб); ▲ Правильный ответ: 1;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Во время медосмотра у сотрудника фирмы, 37 лет, программиста, выявлено повышение холестерина крови до 6,8 ммоль/л.(ХС ЛПНП-4.3; ХС ЛПВП-0.6) Изменений в результатах других исследованиях нет. Жалоб на момент осмотра нет. Вес-110 кг, рост-178 см, АД 130/85 мм.рт.ст., ч.с.с.-76 уд/мин, ч.д.-18 в мин. В ходе беседы медицинская сестра

выяснила: пациент проводит много времени на работе, за компьютером. Возвращается домой на личном автомобиле, предпочитает пользоваться лифтом, хотя живет на 5 этаже. Любит острую жирную пищу, предпочитает мясо. В выходные дни обычно много спит, т.к. очень устает в рабочие.

Вопрос 1: Составьте рекомендации для данного пациента по профилактике атеросклероза.;

1) Пациенту необходимо изменить пищевые привычки и расширить режим физической активности: прекратить прием фаст-фуда и жирной пищи, добавить в рацион овощи и крупы; начать посещать спортивный зал, силовые тренажеры;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. В приёмное отделение больницы скорой помощи поступил пациент 55 лет. После физической нагрузки возникли сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией по всей грудной клетке, которые длятся 1,5 часа. Самостоятельно принимал валидол, корвалол, эффекта не наступило. Объективно: состояние тяжёлое, пациент мечется от боли, возбуждён, кожные покровы бледные, покрытые каплями пота, пульс 100 в минуту аритмичный, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 100/70 мм.рт.ст.

Вопрос 1: Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.;

Вопрос 2: Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.;

1) У пациента развился острый коронарный синдром;

2) Необходимо вызвать врача, уложить и успокоить пациента, дать увлажненный кислород(при возможности), измерить АД, дать разжевать 1 таблетку аспирина, под язык- 1 таблетку нитроглицерина;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

Повх, Л. А. [Сестринский уход в терапии. Сборник задач](#) : учебное пособие для СПО / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 116 с. - Текст : электронный.

[Сестринский уход за пациентами терапевтического профиля](#) : учебное пособие для СПО / Т. А. Трилещинская, Е. А. Ткаченко, И. Ю. Костина, Г. В. Алексеева. - 5-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 56 с. - Текст : электронный.

Матвеева, С. И. [Пропедевтика клинических дисциплин](#) : учебно-методическое пособие для СПО / С. И. Матвеева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2020. - 48 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Сестринский уход в кардиологии](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 2-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 228 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Проведение сестринского ухода в терапии. Инструментальные методы исследования](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 84 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Аудиокнига [Основы лечебного массажа](https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html) (https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html)

Массаж при заболеваниях органов дыхания (https://yandex.ru/video/preview/?filmId)

1. Тема № 5. Эссенциальная артериальная гипертензия. Основные причины и клинические проявления пороков сердца. Сердечная недостаточность. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Среди заболеваний сердечнососудистой системы особое место занимает гипертоническая болезнь, в связи с тем, что она часто приводит к развитию ИБС, мозгового инсульта, а они в свою очередь к инвалидности и смерти. Гипертония одно из самых распространенных заболеваний сердечнососудистой системы. Установлено, что ей страдает 20-30 % взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50-65 % у лиц старше 65 лет. По данным статистики, в России неуклонно растет первичная обращаемость по поводу болезней системы кровообращения. На фоне гипертонической болезни у больных отмечается рост таких тяжелых осложнений, как инфаркт миокарда и инсульт (рост в 2,5 раза). Так же заболевание поражает лиц всё более молодого возраста. В нашей стране положение усугубляется тем, что только 37% мужчин и 58% женщин информированы о наличии у них заболевания, а из них лечатся лишь 21% и 46%, в том числе эффективно 6% и 18% соответственно. Многочисленными исследованиями ВНОК убедительно показано, что снижение повышенного систолического и диастолического АД даже на 5-10 мм рт. ст. приводит к уменьшению частоты мозговых инсультов у мужчин на 34% и у женщин на 56%, а ИБС на 21% и 37% соответственно. Благоприятного успеха в лечении и профилактике гипертонической болезни можно достичь, если пациент будет иметь четкое представление о своей болезни, уметь самостоятельно контролировать течение заболевания и осмысленно выполнять рекомендации лечащего врача по изменению образа жизни.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при различных терапевтических заболеваниях., **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

План изучения темы:

1. Рассказать алгоритм исследования артериального давления
2. Рассказать алгоритм исследования частоты пульса
3. Дать определение артериальной гипертензии,
4. Охарактеризовать медикаментозное лечение АГ
5. Охарактеризовать клинику АГ
6. Рассказать об осложнениях АГ
7. Дать определение сердечной недостаточности и ее классификацию
8. Рассказать об основных сердечной недостаточности.
9. Охарактеризовать медикаментозное лечение сердечной недостаточности

Содержание темы:

Гипертоническая болезнь - хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления (АД). Согласно рекомендациям ВОЗ, нормальным является артериальное давления, не превышающее 140/90 мм рт.ст.

Единственным проявлением гипертонической болезни на протяжении многих лет является повышение АД, что затрудняет раннее распознавание болезни. Диагноз гипертоническая болезнь ставят при выявленном повышении АД двукратно с интервалом 1 неделя или при впервые выявленном повышении АД с одновременно выявленным поражением «органов-мишеней». Медикаментозное лечение подразумевает под собой применение

антигипертензивных препаратов из следующих групп: диуретики,

В-блокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II блокируют рецепторы ангиотензина II, блокаторы кальциевых каналов.

Течение гипертонической болезни нередко осложняется гипертоническими кризами - периодическими кратковременными подъемами АД. Развитию кризов могут предшествовать эмоциональное или физическое перенапряжение, стресс, перемена метеорологических условий и т. д. При гипертоническом кризе наблюдается внезапный подъем АД, который может продолжаться несколько часов или дней и сопровождаться головокружением, резкими головными болями, чувством жара, сердцебиением, рвотой, кардиалгией, расстройством зрения. Пациенты во время гипертонического криза испуганы, возбуждены либо заторможены, сонливы, при тяжелом течении криза могут терять сознание.

На фоне гипертонического криза и имеющихся органических изменений сосудов нередко могут возникать инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения, острая недостаточность левого желудочка. Развитие острых неотложных состояний на фоне гипертонической болезни требует снижения АД в первые минуты и часы, т. к. может привести к гибели пациента.

При развитии гипертонического криза медицинская сестра должна измерить АД, вызвать врача, придать больному положение с возвышенным головным концом, расстегнуть стесняющую одежду, дать увлажненный кислород (при отсутствии его-организовать доступ свежего воздуха), сделать горчичники на икроножные мышцы и воротниковую зону, к приходу врача подготовить фуросемид, эналаприлат или нитропруссид натрия и по назначению врача ввести препараты. Методика измерения АД:

- в течение 30 мин до измерения АД надо воздержаться от курения, приема пищи, кофе и крепкого чая. Лекарственных препаратов, способных повысить АД;
- использовать стандартную манжету (длина - 12-13 см, ширина - 35 см), но иметь большую и маленькую манжеты соответственно для толстой и тонкой руки;
- измерять АД надо в положении сидя, после 5-минутного отдыха, не напрягая мышц ног и рук, без задержки дыхания во время процедуры, не разговаривая с окружающими; рука, на которой измеряется АД должна находиться на уровне сердца;
- 1-е измерение АД следует проводить на обеих руках; при обнаружении разницы, равной или превышающей 10 мм рт. Ст., последующие регистрации АД должны проводиться на руке с большим давлением;
- при измерении АД нагнетание давление в манжетке, предварительно укрепленной на 2 см выше локтевого сгиба, необходимо производить равномерно до уровня, превышающего обычное САД на 30 мм рт. ст.;; последующее снижение давления в манжетке надо осуществлять медленно;
- для регистрации тонов, по которым оценивается уровень АД, капсулу стетоскопа следует зафиксировать в локтевой ямке; появление тонов свидетельствует уровню САД, их исчезновение - уровню ДАД;
- измерять АД 2 раза с интервалом в 1-2 мин; при большой разнице первых 2 показателей выполнить дополнительные измерения;

8. Вопросы по теме занятия

1. Рассказать о факторах риска АГ, «органах мишенях» и стратификации риска развития фатальных событий при ГБ 1) . Возникновению и прогрессированию АГ способствуют следующие факторы(факторы риска): • наследственная предрасположенность; • возраст мужчин старше 55 лет, женщин - старше 65 лет; • низкая физическая активность (гиподинамия); • избыточная масса тела (ожирение); • сахарный диабет; • повышение потребления поваренной соли; • злоупотребление алкоголем; • курение; • хронические психоэмоциональные перенапряжения (стрессы).;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Назвать алгоритм сестринской помощи при острой левожелудочковой недостаточности

- 1) Алгоритм неотложной сестринской помощи при отеке легких: 1.Усадить пациента, расстегнуть стесняющую одежду 2.Вызвать врача через помощника 3.Организовать доступ свежего воздуха (или дать кислород, пропущенный через слой пеногасителя) 4.Наложить жгуты на конечности для задержки жидкости на периферии и уменьшения венозного притока крови к сердцу. 5.Приготовить к приходу врача и по его назначению ввести фуросемид 2.0 на 10.0 физ.раствора внутривенно струйно.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. охарактеризовать медикаментозное лечение сердечной недостаточности

- 1) В настоящее время именно ингибиторы АПФ являются основными препаратами, применяемыми для лечения хронической сердечной недостаточности. В результате действия ингибиторов АПФ значительно увеличивается переносимость физической нагрузки, улучшается кровенаполнение сердца и сердечный выброс, усиливается мочеотделение. Как альтернатива ингибиторам АПФ используются так называемые блокаторы рецепторов

ангиотензина II (лосартан, валсартан и др.). Для уменьшения задержки избытка жидкости в организме назначают различные мочегонные препараты (диуретики), отличающиеся по силе и продолжительности действия. Для уменьшения частоты сердечных сокращений применяют так называемые β-(бета)-адреноблокаторы. За счет оказываемого этими препаратами воздействия на сердце улучшается его кровенаполнение, а, следовательно, повышается сердечный выброс. Для лечения хронической сердечной недостаточности создан β-адреноблокатор карведилол, назначаемый поначалу в минимальных дозах, в конечном итоге способствующий повышению сократительной функции сердца;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. Назвать клинические проявления левожелудочковой недостаточности

1) Левожелудочковая сердечная недостаточность характеризуется задержкой жидкости в легочном круге кровообращения, вследствие чего количество поступающего в кровь кислорода снижается. В итоге возникают одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, а также слабость и быстрая утомляемость.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. Охарактеризовать понятие "сердечная недостаточность"

1) Сердечная недостаточность — неспособность сердечно-сосудистой системы адекватно обеспечить органы и ткани организма кровью и кислородом в количестве, достаточном для поддержания нормальной жизнедеятельности. В основе сердечной недостаточности лежит нарушение насосной функции одного или обоих желудочков;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. охарактеризовать понятие "миокардит"

1) Миокардиты- воспалительные заболевания миокарда, чаще-вирусной этиологии(гриппа, аденовирусы, в.Коксаки) или аутоиммунного генеза при системных заболеваниях соединительной ткани.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. Рассказать о диете и физических нагрузках пациента с протезированным клапаном

1) Образ жизни после замены клапана требует изменения. Прежде всего, следует отказаться от курения, и лучше это сделать еще до операции. Диета не диктует существенных ограничений, но количество употребляемой соли и жидкости лучше сократить, чтобы не увеличивать нагрузку на сердце. Кроме этого, следует уменьшить долю продуктов, содержащих кальций, а также количество животных жиров, жареных блюд, копченостей в пользу овощей, нежирных видов мяса и рыбы. Качественная реабилитация после протезирования клапана сердца невозможна без адекватной двигательной активности. Упражнения помогают повысить общий тонус и натренировать сердечно-сосудистую систему. В первые недели не стоит слишком усердствовать. Лучше начинать с посильных упражнений, которые будут служить профилактикой осложнений, не перегружая при этом сердце. Постепенно объем нагрузок можно увеличить.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. Охарактеризовать наиболее частые причины формирования порока сердца

1) Клапанные поражения в современном мире наиболее распространены среди людей пожилого возраста, причина чему – атеросклероз, сопровождающийся отложением в створках жиро-белковых масс, их уплотнением, кальцификацией. Разрастание соединительной ткани приводит в конечном счете к деформации, укорочению, уплотнению и снижению подвижности клапанных створок – формируется порок. Причиной порока сердца может являться ревматизм. В результате необратимого склероза клапан изменяет свою анатомическую конфигурацию и становится неспособным выполнять свою функцию. Кроме того, очень часто к формированию порока сердца приводит бактериальный эндокардит;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Как проводится профилактика повторных ревматических атак?

1) Противорецидивное лечение проводится в течение 5 лет по какой -либо схеме: бициллином-5 круглогодично 1 раз в месяц или бициллином-3 весной и осеньюЮ 1 раз в неделю в течение 2 месяцев.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Охарактеризовать ревматическое поражение сердца при ревматизме

1) Ревмокардит (ревматизм сердца) — воспалительный процесс в сердце. Если сердце поражается полностью, это воспаление называется – ревмопанкардит, если только миокарда – ревмомиокардит. Ревматизм сердца характеризуется ноющими и колющими болями в области сердца, тахикардией, повышенной температурой, умеренной гипотонией, симптомами интоксикации (слабостью, повышенной потливостью, снижением аппетита), изменениями границ сердца, шумом в работе сердца, приглушенность тонов сердца.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Рассказать об ультразвуковом методе исследования сердца

1) ЭХО-кардиография – это ультразвуковое сканирование сердца, это метод визуализации полостей сердца, внутрисердечных структур и оснований магистральных сосудов с помощью ультразвуковых волн. Метод не инвазивный, позволяет определить характер движения внутренних структур сердца, клапанов, определить степень их нарушения, внутрисердечные образования, динамику эволюции порока сердца.

Допплерокардиография определяет нормальные и патологические внутрисердечные и внутрисосудистые потоки. Противопоказаний для проведения ЭХО-кг нет;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

12. Рассказать алгоритм исследования артериального давления

1) Алгоритм исследования артериального давления (рекомендации ВОЗ) • использовать стандартную манжету (длина - 12-13 см, ширина - 35 см), но иметь большую и маленькую манжеты соответственно для толстой и тонкой руки; • измерять АД надо в положении сидя, после 5-минутного отдыха, не напрягая мышц ног и рук, без задержки дыхания во время процедуры, не разговаривая с окружающими; рука, на которой измеряется АД, должна находиться на уровне сердца; • 1-е измерение АД следует проводить на обеих руках; при обнаружении разницы, равной или превышающей 10 мм рт. Ст., последующие регистрации АД должны проводиться на руке с большим давлением; • при измерении АД нагнетание давление в манжетке, предварительно укрепленной на 2 см выше локтевого сгиба, необходимо производить равномерно до уровня, превышающего обычное САД на 30 мм рт. ст.; последующее снижение давления в манжете надо осуществлять медленно; • для регистрации тонов, по которым оценивается уровень АД, капсулу стетоскопа следует зафиксировать в локтевой ямке; появление тонов свидетельствует уровню САД, их исчезновение - уровню ДАД; • измерять АД 2 раза с интервалом в 1-2 мин; при большой разнице первых 2 показателей выполнить дополнительные измерения.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

13. Охарактеризовать медикаментозное лечение АГ

1) Медикаментозное лечение подразумевает под собой применение антигипертензивных препаратов из следующих групп: 1. Диуретики(мочегонные) Уменьшают объем циркулирующей крови, вследствие чего уменьшается давление на сосуды. Минусы группы: вызывают гипокалиемию, ухудшают углеводный обмен. Плюсы: эффективные, хорошо действуют у людей старческого возраста, хорошо сочетаются с ингибиторами АПФ, т.к. ингибиторы АПФ повышают уровень калия, а диуретики его снижают 2. В-блокаторы уменьшают частоту сокращений и сердечный выброс и таким образом облегчают работу сердца и снижают потребность миокарда в кислороде (метапролол, бисопролол и др.) Минусы: неселективные В-блокаторы вызывают спазм бронхов Плюсы: эффективные при наличии поражений сердца(стенокардия, сердечная недостаточность, аритмия, тахикардия) 3. Ингибиторы АПФ(эналаприл, фозиноприл,моэксиприл и др) Блокируют превращение ангиотензинаI в ангиотензинII, не давая действовать ему на ангиотензиновые рецепторы, вследствие чего происходит расширение сосудов Плюсы: эффективно применяются при СД, имеют кардио- и нефропротективное действие. Минусы: вызывают сухой кашель, гиперкалиемию. 4. Блокаторы рецепторов ангиотензина II блокируют рецепторы ангиотензина II в сосудах, тем самым предупреждают эффекты ангиотензина II, в результате ангиотензин II не может реализовать свое прессорное действие, что ведет к снижению АД. Применяют препараты: Лозартан, Ирбесартан, Валсартан и др. 5. Блокаторы кальциевых каналов(БКК) Плюсы: применяются при аритмии Минусы: вызывают отеки нижних конечностей, запоры, учащают ч.с.с. Применяют нифедипин пролонгированного действия, амлодипин, фелодипин и др.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

14. Охарактеризовать немедикаментозное лечение АГ

1) Немедикаментозное лечение направлено на устранение или уменьшение действия факторов риска, способствующих прогрессированию заболевания и развитию осложнений и включают в себя: • отказ от курения; • нормализацию массы тела (индекс массы тела < 25 кг/м²); • снижение потребления алкогольных • увеличение физической нагрузки • снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут; • изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, уменьшением потребления растительных жиров, увеличением в рационе калия, кальция, содержащихся в овощах, фруктах, зерновых, и магния, содержащегося в молочных продуктах;;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

15. Дать определение артериальной гипертензии

1) Гипертоническая болезнь - хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления (АД). Согласно рекомендациям ВОЗ, нормальным является артериальное давление, не превышающее 140/90 мм рт.ст.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДИЕТА, РЕКОМЕНДОВАННАЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ:

- 1) №1;
- 2) №9;
- 3) №10;
- 4) №15;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ВИДЫ ПОРОКА СЕРДЦА ::

- 1) недостаточность клапана;

- 2) искривление перегородки;
- 3) гипертрофия миокарда;
- 4) расширение камер сердца;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:

- 1) сердцебиение;
- 2) отёки;
- 3) головная боль;
- 4) кровохарканье;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЗМА:

- 1) анальгин;
- 2) корвалол;
- 3) ацетилсалициловая кислота;
- 4) лазикс;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. К «БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ» РЕВМАТИЗМА ОТНОСИТСЯ.:

- 1) Артрит;
- 2) Хорея;
- 3) Все перечисленное;
- 4) Ничего из перечисленного;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. НОРМА ЧИСЛА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.:

- 1) 60-90 ударов в мин.;
- 2) 60-80 ударов в мин.;
- 3) Меньше 100 ударов в мин.;
- 4) От 70 до 90 ударов в мин.;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. ГРАФИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА.:

- 1) ЭХО-кардиография;
- 2) Электрокардиография;
- 3) Коронарография;
- 4) Фонокардиография;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. МАНЖЕТА ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АД ДОЛЖНА БЫТЬ НАЛОЖЕНА ВЫШЕ ЛОКТЕВОГО СГИБА:

- 1) на 10 см.;
- 2) на 1 см.;
- 3) на 4-5 см.;
- 4) это не имеет значения;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:

- 1) эналаприл;
- 2) дигоксин;
- 3) корвалол;
- 4) креон;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ:

- 1) вызвать врача;
- 2) ввести фуросемид в/мышечно;
- 3) дать горячее питье;
- 4) уложить на кушетку с приподнятым ножным концом;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ:

- 1) инсульт;
- 2) боль в животе;
- 3) хроническая почечная недостаточность;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. К медсестре массажного кабинета обратилась пациентка 68 лет, с диагнозом: Эссенциальная артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. для проведения массажа. Записана на массаж 2 недели назад, очень ждала процедуру. На момент осмотра беспокоят сильные головные боли в затылочной области, звон в ушах, тошнота. Головную боль связывает с недосыпанием из-за беспокойных соседей. Принимает (нерегулярно) лазартан 50 мг и гипотиазид 12.5 мг. Объективно: пациентка несколько заторможена, артериальное давление 180/110 мм.рт.ст., пульс напряжен, ритмичен 78 в минуту.

Вопрос 1: Определите показания и противопоказания к массажу данной пациентке на момент осмотра;

- 1) Пациентке массаж на фоне гипертонического криза, по поводу которого она госпитализирована, противопоказан;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Для проведения массажа обратилась пациентка В, 40 лет. Врожденный порок аортального клапана, 2 года назад проведена операция по замене клапана. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Объективно: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 16 в минуту. Перкуторно границы сердца не изменены. Тоны ритмичны, над аортой слышен дополнительный звук- звук работы искусственного клапана. Шумов нет. Ч.с.с. 68 в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено. Отеков нет.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данной пациентке.;

- 1) наличие искусственного клапана сердца не является противопоказанием для проведения массажа.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. В отделении кардиологии находится пациент И, 80 лет с диагнозом ИБС, постинфарктный кардиосклероз, редкая желудочковая экстрасистолия, СН VI функционального класса по NYHA. Объективно: положение пациента ортопное; в легких дыхание жесткое, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах обоих легких. Число дыханий 30 в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево на 2 см, тоны глухие, неритмичные, шумов нет. Ч.с.с.62-70 ударов в минуту. АД 100/ 60 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 4-5 см. На ногах отеки.

Вопрос 1: решите вопрос о проведении массажа данному пациенту для улучшения трофики тканей и уменьшения явлений сердечной недостаточности.;

- 1) Проведение массажа с любой целью данному пациенту противопоказано и технически невозможно.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ;

1. Тема № 6. Основные проявления патологии почек: гломерулонефрит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь, хроническая почечная болезнь. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Из всех заболеваний почек наиболее часто встречаются острый и хронический пиелонефрит. Острый пиелонефрит может быть излечен при условии правильного лечения. Огромную роль при этом имеет правильная работа медицинской сестры с пациентами. Хронический пиелонефрит (ХП) - неизлечим. Исходом ХП является наступление хронической почечной недостаточности (ХПН), которая приводит пациента к смерти. Качество жизни пациентов с ХПН низкое. Адекватная работа медицинской сестры с пациентами значительно улучшает качество их жизни и способствует продлению жизни пациентов

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** библиотека, читальный зал, кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде, читальный зал оснащён компьютерной техникой с подключением к сети интернет и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета

7. Аннотация (краткое содержание темы)

План изучения темы

1. Охарактеризовать термины: полиурия, анурия, изогипостенурия, никтурия, альбуминурия, пиурия, кетонурия
2. Дать определение понятию «Гломерулонефрит»
3. Назвать причину развития острого гломерулонефрита (ОГН), Рассказать о патогенезе ОГН
4. Назвать клинические симптомы ОГН
5. Назвать принципы лечения ОГН
6. Охарактеризовать клинику острого пиелонефрита, методику определения симптома Пастернацкого
7. Назвать причину хронического пиелонефрита (ХП).
8. Перечислить клинические симптомы при ХП
9. Охарактеризовать принципы лечения ХП
 - Назвать осложнения при ХП. Дать определение хронической почечной недостаточности (ХПН)
 - Рассказать о патогенезе ХПН
 - Назвать клинические симптомы ХПН
 - Охарактеризовать принципы лечения ХПН

Содержание темы:

Хронический гломерулонефрит (ХГН) – заболевание аутоиммунное, где аутоаллерген – это сама, уже повреждённая базальная мембрана почек. Как и любое аутоиммунное заболевание – ХГН неизлечим.

Существует 5 клинических вариантов хронического диффузного гломерулонефрита.

- Гипертонический (20 % случаев)
- Нефротический (20 %) —
- Сочетанная форма.
- Гематурическая форма

- Латентная (мочевая) форма.

В первую очередь, основа лечения гломерулонефрита состоит из нескольких компонентов. Их необходимо придерживаться в обязательном порядке, чтобы терапия была результативной. Это режим, диета, медикаментозное лечение.

Из медикаментозных средств для лечения гломерулонефрита в зависимости от варианта ХГН, используются следующие:

- глюкокортикоиды (гормоны надпочечников с выраженным противовоспалительным действием);
- цитостатики;
- нестероидные противовоспалительные средства
- дезагреганты и антикоагулянты (гепарин, курантил);
- мочегонные препараты (фуросемид, верошпирон, гипотиазид);
- гипотензивные средства (при выраженной артериальной гипертензии).

Если заболевание имеет тяжелое течение с интоксикацией организма, возможно применение экстракорпоральных методов очищения крови: гемодиализа, плазмафереза или гемосорбции.

Исходом ХГН является наступление хронической почечной недостаточности (ХПН), которая приводит пациента к смерти. Строго е соблюдение постельного режима, бессолевой диеты, адекватное лечение (в том числе и применение преднизолона при необходимости, и применение малых цитостатиков : метатрексата, 6-меркаптопурина, азатиоприна) дает возможность затормозить иммунный процесс в клубочках. Пиелонефрит - это заболевание почек воспалительного характера, которое при неблагоприятных условиях вызывается рядом микроорганизмов. Пиелонефрит- это воспаление в чашечно - лоханочной системе почек с поражением паренхимы почек.

Пиелонефрит по течению может быть острый и хронический, по локализации-односторонний и двусторонний.

Причина пиелонефрита - инфекция: кишечная палочка, стрептококк и другие кокки. Инфекция часто попадает в почки прямым восходящим путем их уретры и мочевого пузыря. Возможен гематогенный и лимфогенный путь попадания инфекции в почки при сепсисе или при травмах почек и мочевых путей

По своему течению пиелонефрит может быть острым и хроническим.

Острый пиелонефрит часто начинается внезапно, резко повышается температура до 39-40°C, появляются слабость, головная боль, обильное потоотделение, возможны тошнота и рвота. Одновременно с температурой появляются боли в пояснице, как правило, с одной стороны. Боли носят тупой характер, но интенсивность их может быть различной. Характерно сочетание лихорадки с частым и болезненным мочеиспусканием.

При хроническом пиелонефрите возможны жалобы на общую слабость, головную боль, отсутствие аппетита, учащённое мочеиспускание, могут постоянно беспокоить тупые ноющие боли в пояснице. С развитием заболевания удельный вес мочи снижается, часто выявляется гипертония. Прогрессирование двустороннего пиелонефрита приводит к почечной недостаточности. Кроме того, хронический пиелонефрит время от времени обостряется, и тогда у больного появляются все признаки острого процесса

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) - это синдром необратимого нарушения функции почек, которое наблюдается в течение 3 и более месяцев. Возникает в результате прогрессирующей гибели нефронов, как следствие хронического заболевания почек. Характеризуется нарушением выделительной функции почек, формированию уремии, связанного с накоплением в организме и токсическим действием продуктов азотистого обмена (мочевина, креатинин, мочевиная кислота).

Алгоритм определения симптома XII ребра. Симптом поколачивания - это возникновение боли при легком постукивании кулаком или ребром ладони в поясничной области. Врач выполняет постукивания ребром ладони или кулаком по другой руке, расположенной в области проекции почек (реберно-позвоночный угол) поочередно справа и слева. Иногда просто постукивают ребром ладони по поясничной области. Симптом считается положительным, если такое постукивание вызывает у пациента боль.

8. Вопросы по теме занятия

1. Расскажите о симптоме пастернацкого.

1) Симптом Пастернацкого - это поколачивание в поясничной области на уровне 12 ребра. В норме это безболезненно. При патологии почек (пиелонефрит и т.д.) поколачивание резко болезненно.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Охарактеризовать изменения в биохимическом анализе крови при хронической почечной недостаточности

1) Биохимические анализы крови - увеличение уровня продуктов азотистого обмена (мочевина, креатинин, остаточного азота в крови), нарушение электролитного обмена (повышение уровня калия, фосфора и снижение кальция), уменьшается общий белок в крови, гипокоагуляция (снижение свертываемости крови), повышение в крови холестерина, общих липидов;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Рассказать о клинических проявлениях хронической почечной недостаточности

1) Начальная хроническая почечная недостаточность малосимптомна и может быть выявлена только при лабораторном исследовании. Только при потере 80-90% нефронов появляются признаки хронической почечной недостаточности. Ранними клиническими признаками могут быть слабость, утомляемость. Появляется никтурия (учащенное ночное мочеиспускание), полиурия (выделение 2-4 литра мочи в сутки), с возможным обезвоживанием. По мере прогрессирования почечной недостаточности в процесс вовлекаются практически все органы и системы. Слабость нарастает, появляются тошнота, рвота, кожный зуд, мышечные подергивания. Пациенты жалуются на сухость и горечь во рту, отсутствие аппетита, боли и тяжесть в подложечной области, жидкий стул. Беспокоят одышка, боли в области сердца, повышается артериальное давление. Нарушается свертываемость крови, в результате чего появляются носовые и желудочно-кишечные кровотечения, кожные кровоизлияния. В поздних стадиях возникают приступы сердечной астмы и отека легких, нарушения сознания, вплоть до коматозного состояния. Больные склонны к инфекциям (простудным заболеваниям, пневмониям), которые в свою очередь ускоряют развитие почечной недостаточности.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. Рассказать о наиболее частых причинах развития хронической почечной недостаточности

1) Причины хронической почечной недостаточности 1. Хронический гломерулонефрит (поражение клубочкового аппарата почек). 2. Вторичные поражения почек (сахарным диабетом 1 и 2 типа; артериальной гипертензией; системными заболеваниями соединительной ткани); 3. Хронический пиелонефрит. 4. Мочекаменная болезнь, обструкция мочевыводящих путей. 6. Поликистоз почек.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. Дать определение хронической почечной недостаточности

1) Хроническая почечная недостаточность (ХПН) - это синдром необратимого нарушения функции почек, которое наблюдается в течение 3 и более месяцев. Возникает в результате прогрессирующей гибели нефронов, как следствие хронического заболевания почек. Характеризуется нарушением выделительной функции почек, формированию уремии, связанного с накоплением в организме и токсическим действием продуктов азотистого обмена (мочевина, креатинин, мочевая кислота).;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. Охарактеризовать медикаментозное лечение пиелонефрита

1) Основной лечебной мерой является воздействие на возбудителя заболевания антибиотиками в соответствии с данными антибиогаммы, дезинтоксикационная терапия, увеличение пассажа мочи с помощью мочегонных и спазмолитиков. Первоначальный непрерывный курс антибактериального лечения составляет 6-8 недель, в течение этого времени необходимо добиться подавления инфекционного агента в почке и разрешения гнойного воспалительного процесса в ней без осложнений;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. Охарактеризовать изменения в моче при пиелонефрите

1) С помощью анализа мочи обнаруживают бактерии, увеличение числа лейкоцитов. Посев мочи позволяют идентифицировать бактерии, обусловившие воспаление в мочевыводящих путях;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. Охарактеризовать клинику острого пиелонефрита

1) Острый пиелонефрит часто начинается внезапно, резко повышается температура до 39-40°C, появляются слабость, головная боль, обильное потоотделение, возможны тошнота и рвота. Одновременно с температурой появляются боли в пояснице, как правило, с одной стороны. Боли носят тупой характер, но интенсивность их может быть различной. Характерно сочетание лихорадки с частым и болезненным мочеиспусканием.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Охарактеризовать термины: полиурия, анурия, изогипостенурия, никтурия, альбуминурия, пиурия, кетонурия

1) изостенурия - монотонный удельный вес : 1007—1009 в течение суток. гипоизостенурия : монотонный и низкий удельный вес : 1002 - 1003 в течение суток никтурия- преобладание ночного диуреза над дневным гематурия - кровь в моче лейкоцитурия-большое количество лейкоцитов в моче пиурия - гной в моче (сплошь лейкоциты) протеинурия - белок в моче глюкозурия - сахар в моче ацетонурия, кетонурия - наличие в моче

ацетона и кетоновых тел;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Дать определение острого гломерулонефрита

1) Острый гломерулонефрит (ОГН) заболевание иммуноопосредованное. Причина его неизвестна. Как правило, заболеванию предшествует инфекция, вызванная В-гемолитическим стрептококком Повреждается базальная мембрана клубочков почек, организм начинает вырабатывать антитела к собственной ткани почек и разрушать ее. Исходом острого гломерулонефрита при правильном лечении чаще всего является выздоровление;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Охарактеризовать наиболее распространенную форму хронического гломерулонефрита

1) Латентная или мочевая форма. Самая частая форма. (до 50% случаев) Проявляется лишь в изменении анализа мочи — микрогематурия, умеренная протеинурия — следы белка. Течение длительное — более 15 лет. При этом варианте отёков нет, повышение артериального давления незначительное. В среднем 10-25 лет сохраняется функция почек, но всегда неуклонно прогрессирует и приводит к хронической почечной недостаточности. Течёт циклически с периодами обострений, ремиссий. В периоде ремиссии больные не предъявляют никаких жалоб, и только артериальная гипертензия, изменения в анализе мочи позволяет говорить о болезни. Изменения в анализе мочи остаются всегда, только в период ремиссии они меньше. Обострения вызываются переохлаждениями, инфекцией, употреблением алкогольных напитков. Во время обострений клиника такая же, как при остром гломерулонефрите;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

12. Рассказать о нефротической форме хронического гломерулонефрита

1) Нефротическая форма гломерулонефрита встречается достаточно часто. Для нее свойственно сочетание нефротического синдрома(большая потеря белка с мочой до 10-20 граммов в сутки, в крови гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, выраженные отеки конечностей, гидроторакс, асцит, анасарка) с признаками воспалительного поражения почек. Заболевание может долгое время иметь симптомы только нефротического синдрома, прежде чем появятся признаки развития гломерулонефрита.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

13. Рассказать о диагностике хронического гломерулонефрита

1) Диагностика ХГН: По возможности диагноз ХГН должен быть морфологическим, т.е. необходимо провести биопсию почки с морфологичким исследованием биоптата. При невозможности проведения биопсии ориентируются на клинический вариант ХГН. Исследуется кровь(общий белок, холестерин, креатинин), моча(наличие белка, цилиндров, эритроцитов,почечного эпителия)на общий анализ, анализ мочи по Зимницкому(изо-гипостенурия, никтурия)анализ мочи по Нечипоренко(большое количество эритроцитов), проводится УЗИ почек для определения размеров почек и их структуры, СКТ с той же целью.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

14. Рассказать о исходе хронического гломерулонефрита

1) Исходом ХГН является наступление хронической почечной недостаточности (ХПН), которая приводит пациента к смерти Строго е соблюдение постельного режима, бессолевой диеты, адекватное лечение (в том числе и применение преднизолона при необходимости, и применение малых цитостатиков : метатрексата, 6- меркаптопурина, азатиоприна) дает возможность затормозить иммунный процесс в клубочках.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

15. Дать определение пиелонефрита

1) Пиелонефрит - это заболевание почек воспалительного характера, которое при неблагоприятных условиях вызывается рядом микроорганизмов. Пиелонефрит- это воспаление в чашечно - лоханочной системе почек с поражением паренхимы почек.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

- 1) кожный зуд, боли в костях;
- 2) желтуха, асцит;
- 3) боли в правом подреберье ,тахикардия;
- 4) экзофтальм, резь в глазах;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ЛЕЧЕНИЕ УРЕМИИ:

- 1) гемодиализ;
- 2) удаление почки;
- 3) переливание крови;
- 4) лучевая терапия;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. ГИПОИЗОСТЕНУРИЯ В ПРОБЕ ЗИМНИЦКОГО – ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВО:

- 1) снижения ночного диуреза;
- 2) снижения дневного диуреза;
- 3) затрудненного мочеиспускания;
- 4) почечной недостаточности;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. ДИЕТА, РЕКОМЕНДОВАННАЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК:

- 1) №7;
- 2) №9;
- 3) №15;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. МЕСТО ИРРАДИАЦИИ БОЛИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ 1. 2. 3. 4.:

- 1) под правую лопатку;
- 2) в правое плечо;
- 3) в левое плечо;
- 4) в паховую область;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. ПРЕПАРАТЫ. ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА:

- 1) нифедипин, атенолол;
- 2) цефтриаксон, имипенем;
- 3) дибазол, диакарб;
- 4) метформин, акарбоза;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У ПАЦИЕНТА 400МЛ – ЭТО:

- 1) анурия;
- 2) олигурия;
- 3) полиурия;
- 4) протеинурия;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК:

- 1) эритропоез;
- 2) выделительная;
- 3) пищеварительная;
- 4) образование антител;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. СОЕДИНЕНИЯ, КОНЕЧНЫМ МЕТАБОЛИТОМ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ МОЧЕВИНА:

- 1) белки;
- 2) витамины;
- 3) жиры;
- 4) углеводы;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА МОЧИ В НОРМЕ НАХОДЯТ.:

- 1) лейкоциты;
- 2) эритроциты;
- 3) бактерии;
- 4) почечный эпителий;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ 2500 МЛ – ЭТО:

- 1) анурия;

- 2) олигурия;
- 3) полиурия;
- 4) никтурия;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

12. ДИЗУРИЯ-ЭТО:

- 1) отсутствие мочи;
- 2) количество мочи более 2 л. в сутки;
- 3) учащенное, болезненное мочеиспускание;
- 4) изменение цвета мочи;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

13. ПРИЧИНА ПОЯВЛЕНИЯ МОЧИ ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ»:

- 1) бактерии;
- 2) лейкоциты;
- 3) цилиндры;
- 4) эритроциты;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациент 36 лет находится в нефрологическом отделении с диагнозом: хроническая почечная недостаточность. Предъявляет жалобы на резкую слабость, утомляемость, жажду и сухость во рту, тошноту, периодическую рвоту, снижение аппетита, плохой сон. Сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледные, сухие, на спине в области крестца имеется участок гиперемии. Лицо одутловатое, небольшие отеки в области стоп и голеней. Рост 166 см, вес 58 кг. Частота дыхания 24 в минуту, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, АД 150/90 мм рт. ст.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту;

- 1) Проведение классического массажа данному пациенту показано для улучшения трофики тканей, профилактики пролежней.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Массажный кабинет посещает пациент 30 лет с диагнозом дорсопатия. На очередной сеанс массажа он опоздал, объясняя это тем, что после начала массажа у него сильнее стала болеть спина, сегодня он всю ночь не спал, пытался уменьшить боль в горячей ванне и приняв большую дозу обезболивающих препаратов. Наличие хронических заболеваний у себя отрицает. При детальном расспросе выяснилось, что кроме боли в спине, у пациента ночью было болезненное мочеиспускание и моча имела примесь крови. Объективно: температура 36.6 С, со стороны легких и сердца патологии не выявлено. При пальпации живота определяется болезненность слева в подреберье и слева от пупка. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом XII ребра резко (+) слева.

Вопрос 1: Определите возможность проведения массажа данному пациенту;

Вопрос 2: Составьте алгоритм действий массажиста;

- 1) Проведение массажа в данной ситуации противопоказано. У пациента подозрение на мочекаменную болезнь, почечную колику. Возможно, движение камня было спровоцировано началом массажа.;
- 2) Пациенту нужно вызвать скорую помощь и госпитализировать его.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. В массажный кабинет обратилась женщина М, 20 лет, для проведения массажа т.к. готовится к поездке на море и хотела бы «привести себя в форму» В анамнезе острый гломерулонефрит в возрасте 17 лет. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Объективно: температура 36.6 С, В легких дыхание везикулярное, число дыханий 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ч.с.с 62 удара в минуту. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Симптом XII ребра (-) с обеих сторон. Отеков нет.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данной пациентке.;

- 1) После перенесенного острого гломерулонефрита диспансерное наблюдение проводится в течение 1 года. Поскольку пациентка не состоит под наблюдением, у нее нет подозрений на переход гломерулонефрита в хроническую форму. Данной пациентке массаж не противопоказан.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В.

Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

Лопатина, Т. Н. [Современные антисептики](#) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 64 с.

Повх, Л. А. [Сестринский уход в терапии. Сборник задач](#) : учебное пособие для СПО / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 116 с. - Текст : электронный.

[Сестринский уход за пациентами терапевтического профиля](#) : учебное пособие для СПО / Т. А. Трилешинская, Е. А. Ткаченко, И. Ю. Костина, Г. В. Алексеева. - 5-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 56 с. - Текст : электронный.

Матвеева, С. И. [Пропедевтика клинических дисциплин](#) : учебно-методическое пособие для СПО / С. И. Матвеева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2020. - 48 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Сестринский уход в кардиологии](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 2-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 228 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Сестринский уход в пульмонологии](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 144 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Проведение сестринского ухода в терапии. Инструментальные методы исследования](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 84 с. - Текст : электронный.

[Алгоритмы парентерального введения лекарственных препаратов](#) : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело / сост. Т. В. Овчинникова, А. А. Черемисина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2020. - 36 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Аудиокнига <https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html>
Основы <https://yandex.ru/video/preview/?filmId> лечебного массажа

Массаж при заболеваниях органов дыхания (<https://yandex.ru/video/preview/?filmId>)

1. Тема № 1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Причины, клинические проявления, методы диагностики и лечения. Осложнения язвенной болезни. Хронический гастрит и функциональная диспепсия. Основные клинические проявления, методы диагностики и лечения. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) очень распространены в мире, в России и в Красноярском крае. Статистика свидетельствует: в мире заболевания ЖКТ на 4 месте (после заболеваний ССС, онкологических, заболеваний БЛС), в России и в Красноярском крае на 5 месте, после травм и отравлений, заболеваний сердечнососудистой системы, заболеваний онкологических и заболеваний БЛС. В Красноярском крае заболеваемость ЖКТ особенно велика из-за сложных экологических условий: резко континентальный климат на большой территории края, большое количество промышленных предприятий с недостаточной очисткой отходов. Всё это ведет к нарушению характера питания населения и способствует росту желудочно-кишечной патологии.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, оказывать сестринскую помощь при неотложных состояниях (проводить сердечно-легочную реанимацию), вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

План изучения темы:

1. Дать определение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, назвать основные причины развития язвенной болезни.
 2. Рассказать об этиологии и патогенезе язвенной болезни желудка и ДПК
 3. Охарактеризовать клинические проявления язвенной болезни желудка и ДПК.
 4. Рассказать об осложнениях язвенной болезни желудка и ДПК
 5. Охарактеризовать принципы лечения Язвенной болезни в стадии обострения и в стадии ремиссии
 6. Дать определение хронического гастрита, методам диагностики
 7. Дать определение функциональной диспепсии: синдрому эпигастральной боли, постпрандиальному дистресс-синдрому
 8. Рассказать о лечении функциональной желудочной диспепсии
 9. Охарактеризовать медикаменты, применяющиеся для лечения неатрофического гастрита
- Охарактеризовать диетическое питание при хронических гастритах

Содержание темы:

Алгоритм пальпации живота

Пальпация живота является самым важным методом физикального исследования органов брюшной полости. Для ощупывания живота исследующий садится справа от больного на стуле. Сиденье стула должно находиться на одном уровне с койкой или кушеткой. Больной лежит на спине с низко расположенной головой, руки его вытянуты вдоль туловища, мышцы брюшного пресса должны быть расслабленными, дыхание ровное, спокойное. Сначала проводится поверхностная (ориентировочная) пальпация живота.

При поверхностной пальпации ладонь правой руки ложится плашмя со слегка согнутыми кончиками пальцев на живот больного. Нежно, без всякого давления ощупывается мякотью концевых фаланг пальцев стенка живота,

постепенно передвигая ладонь с одного места на другое. Обычно начинают с левой подвздошной области, передвигая ладонь против хода часовой стрелки, доходят до правой подвздошной и паховой области, а затем по средней линии, идя сверху вниз (от эпигастрия до надлобковой области). Поверхностную пальпацию можно проводить и по симметричным участкам живота, начиная сверху. В норме живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Язвенная болезнь-это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся образованием дефектов в стенке желудка. Основной причиной развития язвенной болезни считают хеликобактер пилори. Кроме того, имеют значение такие факторы, как пол: мужчины болеют в 4 раза чаще; наследственность-у больных язвенной болезнью выявляют повышенное количество обкладочных клеток, продуцирующих соляную кислоту; нарушение равновесия в регуляции тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы; курение; злоупотребление алкоголем.

В патогенезе развития заболевания важная роль принадлежит нарушению равновесия между факторами агрессии(продуцирование гастрина, повышенное количество париетальных клеток, повышение чувствительности париетальных клеток к вагусным импульсам) и факторами защиты слизистой желудка(снижение выработки защитной слизи, ухудшение кровотока и снижение темпов регенерации эпителия, снижение выработки простагландина E, который тормозит секрецию соляной кислоты и так же защищает слизистую).

Основным клиническим проявлением язвенной болезни(ЯБ) является боль. Боль имеет такие характеристики: ритмичность, периодичность, сезонность.

Боль появляется через 15-30 мин. После еды при локализации язвы в желудке; через 1.5-2 часа при локализации язвы в 12-перстной кишке, а также через 6-7 часов и натощак при язве 12-перстной кишки. Боли, как правило, интенсивные, локализуются в подложечной области, заставляют человека принять вынужденное положение-согнувшись вперед, прижав ноги к животу(«поза эмбриона») боли проходят после приема антацидов, между приемами пищи период без боли. Характерно обострение болей весной и осенью. Кроме болей пациентов беспокоит изжога, отрыжка кислым, тошнота, рвота(которая приносит облегчение), могут быть запоры или чередование запоров и поносов. При объективном исследовании определяется болезненность в эпигастрии или чуть левее-в месте проекции луковицы 12-перстной кишки.

Основным методом диагностики является ФГДС: определяется наличие язвенного дефекта, его локализация, размеры, стадия (острая, рубцевания) наличие деформации; проводится также биопсия. Дополняют диагностику анализ кала на скрытую кровь, общий анализ крови, R-графия желудка.

Медикаментозное лечение предусматривает эрадикацию хеликобактер пилори. Рекомендованы несколько схем совместного применения антибиотиков, ингибиторов протонной помпы, антацидов(амоксциллин, кларитромицин, омепразол). После такой схемы продолжают лечение с применением омепразола, де-нола, альмагеля или др. антацидов.

Осложнением ЯБ чаще всего бывает кровотечение, перфорация. Может развиваться пенетрация язвы в соседние органы, стеноз привратника, малигнизация язвы.

8. Вопросы по теме занятия

1. Дать определение язвенной болезни желудка

- 1) Язвенная болезнь-это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся образованием дефектов в стенке желудка.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Назвать основные причины развития язвенной болезни желудка

- 1) Основной причиной развития язвенной болезни считают хеликобактер пилори.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Рассказать о патогенезе развития язвенной болезни желудка

- 1) В патогенезе развития заболевания важная роль принадлежит нарушению равновесия между факторами агрессии(продуцирование гастрина, повышенное количество париетальных клеток, повышение чувствительности париетальных клеток к вагусным импульсам) и факторами защиты слизистой желудка(снижение выработки защитной слизи, ухудшение кровотока и снижение темпов регенерации эпителия, снижение выработки простагландина E, который тормозит секрецию соляной кислоты и так же защищает слизистую).;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. Рассказать о диагностике язвенной болезни

- 1) Основным методом диагностики является ФГДС: определяется наличие язвенного дефекта, его локализация, размеры, стадия (острая, рубцевания) наличие деформации; проводится также биопсия.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. Дать общую характеристику диеты №1

1) Диета №1 предполагает механическое, химическое, термическое щажение желудка: -приготовление пищи путем варки продуктов и их готовки на пару, допускается запекание без образования корочки. -употребление соли должно быть ограничено до 6-8 граммов, -исключаются стимуляторы желудочной секреции и вещества, которые длительно задерживаются в желудке -исключаются из рациона очень холодные и горячие блюда. - ежедневный прием пищи должен составлять 5-7 раз.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РЕАКЦИЯ ГРЕГЕРСЕНА ОСНОВАНА НА ОПРЕДЕЛЕНИИ В КАЛЕ:

- 1) алюминия;
- 2) железа;
- 3) калия;
- 4) магния;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ:

- 1) Отрыжка кислым;
- 2) Отрыжка тухлым;
- 3) Запор;
- 4) Изжога;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА:

- 1) Рак желудка;
- 2) Холецистит;
- 3) Цирроз печени;
- 4) Язвенная болезнь;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. ДЛЯ ЭРРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕАТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ ИСПОЛЬЗУЮТ.:

- 1) моксифлоксацин;
- 2) амоксициллин;
- 3) линкомицин;
- 4) пенициллин;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕАТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ ::

- 1) Тошнота;
- 2) Отрыжка тухлым;
- 3) Боль в эпигастральной области;
- 4) Все перечисленное;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В массажный кабинет обратился пациент А, 35 лет для проведения классического массажа. Пациент занимался бодибилдингом, ежедневно посещал спортивный зал. Восемь месяцев назад был госпитализирован с желудочным кровотечением, кровотечение остановлено эндоскопически. После выписки чувствовал себя удовлетворительно, выполнял все рекомендации. В настоящее время решил заняться восстановлением физической формы.

Вопрос 1: Определите возможность проведения массажа данному пациенту.;

- 1) Язвенная болезнь вне обострения не является противопоказанием для проведения массажа, т.о. данному пациенту массаж может быть проведен;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Для проведения массажа обратился пациент М, 25 лет, по поводу дорсопатии. На момент осмотра беспокоят периодические боли в эпигастрии после приема острой пищи через 15-20 минут. Провел ФГДС, патологии не выявлено.

Вопрос 1: Каков предположительный диагноз у пациента;

Вопрос 2: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту.;

- 1) У пациента, предположительно, функциональная желудочная диспепсия, синдром эпигастральной боли;
- 2) Функциональное нарушение системы пищеварения не является противопоказанием для проведения массажа;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. В массажный кабинет обратился пациент для проведения классического массажа. В анамнезе хронический атрофический гастрит. Беспокоят ощущение «мурашек» на коже, жжение языка. Объективно: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, ч.с.с 68 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом ребра (-) с обеих сторон

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту;

Вопрос 2: Дайте рекомендации пациенту по поводу дообследования;

1) У пациента имеются проявления В-12 дефицитной анемии, что не является противопоказанием для проведения массажа;

2) Пациенту необходимо обратиться к участковому терапевту для уточнения диагноза и проведения коррекции анемии;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

Лопатина, Т. Н. [Современные антисептики](#) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 64 с.

[Сестринский уход за пациентами терапевтического профиля](#) : учебное пособие для СПО / Т. А. Трилещинская, Е. А. Ткаченко, И. Ю. Костина, Г. В. Алексеева. - 5-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 56 с. - Текст : электронный.

Матвеева, С. И. [Пропедевтика клинических дисциплин](#) : учебно-методическое пособие для СПО / С. И. Матвеева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2020. - 48 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Проведение сестринского ухода в терапии. Инструментальные методы исследования](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 84 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Аудиокнига <https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html>

Основы <https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html>

лечебного <https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html>

массажа

Массаж при заболеваниях органов дыхания (<https://yandex.ru/video/preview/?filmId>)

1. Тема № 2. Язвенный колит. Болезнь Крона. Синдром раздраженного кишечника. Основные проявления заболеваний, методы диагностики и лечения. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Актуальность проблемы заболеваний кишечника, неспецифического язвенного колита на сегодня не подлежит сомнению, учитывая многообразие механизмов развития заболевания, а также недостаточную эффективность используемых средств медикаментозной коррекции, что приводит зачастую к развитию серьезных осложнений и стойкой инвалидности больного. Неспецифический язвенный колит – серьезная проблема гастроэнтерологии, по распространенности и социальной значимости НЯК занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения, имеет рецидивирующее течение и неблагоприятный медико-социальный прогноз. Неспецифический язвенный колит чаще встречаются в развитых странах, в основном в городах, а не в сельской местности, в северных (а не южных) широтах. Приблизительно 880 тысяч человек в России являются пациентами с НЯК. Средний возраст пациентов с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона составляет 20-30 и 50-60 лет, хотя заболевание может возникнуть в любом возрасте. При этом согласно эпидемиологическим исследованиям, проведенными в разных странах мира, а также статистической отчетности по госпитализации в России, число пациентов увеличивается от года к году.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, пути введения лекарственных препаратов, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

1. План изучения темы:

1. Рассказать об основных проблемах пациентов, страдающих неспецифическим язвенным колитом
2. Рассказать о методах диагностики и лечения язвенного колита
3. Рассказать о проблемах пациентов, страдающих болезнью Крона.
4. Назвать основные методы диагностики и препараты для лечения болезни Крона
5. Охарактеризовать основные проявления синдрома раздраженного кишечника с преобладанием диареи.
6. Охарактеризовать основные проявления синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запоров.
7. Охарактеризовать основные проявления синдрома раздраженного кишечника с преобладанием боли и метеоризма.
8. Рассказать о препаратах для лечения синдрома раздраженного кишечника

Содержание темы: Неспецифический язвенный колит – хроническое заболевание воспалительной природы с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишок, характеризующееся прогрессирующим течением и осложнениями (сужение просвета кишок, перфорация, кровотечения, сепсис и др.) Механизм воспаления аутоиммунный.

Основные кишечные симптомы заболевания:

1. Диарея. Понос или кашицеобразный стул может быть с примесью крови, гноя и слизи, иногда в сочетании с тенезмами (болезненные, ложные позывы к дефекации). Частота стула может варьировать от 4-5 до 20-30 раз в сутки.

2. Боли в животе, режущего и ноющего характера, чаще всего в левом боку.

3. Вздутие живота.

4. Заметное снижение аппетита и, как следствие, потеря массы тела.

5. Лихорадка.

Внекишечные проявления язвенного колита включают артриты, спондилиты, поражения органа зрения (ириты, конъюнктивиты и блефариты), заболевания полости рта (стоматиты), печени и желчевыводящих путей (холангит, цирроз и холелитиаз), а также заболевания кожи и подкожной клетчатки (гангренозная пиодермия, узловатая эритема,

Легкая и средняя степени тяжести характеризуются наличием у больного общих симптомов язвенного колита кишечника: недомогания, слабости, повышения температуры тела до 38°C, и местных признаков: учащения стула до пяти раз в сутки, появления примеси крови в кале и схваткообразных болей в животе. Тяжелое течение заболевания проявляется: лихорадкой более 38°C, тахикардией, бледностью кожных покровов из-за развившейся анемии, головокружением, слабостью, потерей веса, учащенным стулом более шести раз в сутки, наличием в кале большого количества крови, иногда кровь выделяется сгустками, интенсивной схваткообразной болью в животе, предшествующей акту дефекации. Количество выделяемой крови колеблется от нескольких капель до двадцати миллилитров.

Дифференцировать язвенный колит необходимо с дизентерией, сальмонеллезом, болезнью Крона. Основным отличием является то, что болезнь Крона характеризуется поражением всей толщи кишечной стенки, а язвенный колит — только слизистой оболочки

МЕТОДИЧЕСКАЯ ГЛУБОКАЯ, СКОЛЬЗЯЩАЯ ПАЛЬПАЦИЯ

ПО ОБРАЗЦОВУ-СТРАЖЕСКО

После поверхностной пальпации живота производят методическую глубокую, скользящую пальпацию по Образцову-Стражеско. В.П. Образцов впервые показал, что можно пропальпировать органы брюшной полости и у здоровых людей. Методической пальпация называется потому, что проводится она в определенной последовательности.

Последовательность пальпации органов брюшной полости.

1. Сигмовидная кишка.
2. Слепая кишка.
3. Терминальный отдел подвздошной кишки.
4. Поперечно-ободочная кишка.
5. Восходящая часть толстой кишки.
6. Нисходящая часть толстой кишки.
7. Большая и малая кривизна желудка.
8. Пальпация привратника.
9. Пальпация печени.
10. Пальпация селезенки.
11. Пальпация поджелудочной железы.

Синдром Раздраженного Кишечника(СРК) - это устойчивая совокупность функциональных расстройств, проявляющихся болью (или дискомфортом) в животе, изменением частоты и консистенции стула и продолжающиеся не менее 12 недель за последние 12 месяцев.

Клинические варианты СРК:

- С преобладанием диареи
- С преобладанием запора
- С преобладанием боли и метеоризма

СРК является диагнозом исключения, в связи с этим пациентам проводится полное обследование и при отсутствии патологии можно сделать заключение о функциональном расстройстве.

Лечение СРК с преобладанием диареи

- Режим- амбулаторный
- Диета №4
- Лоперамид-ситуационно
- Адсорбенты(смекта, энтерос-гель, полифепан, активированный уголь

- Антидепрессанты

Лечение СРК с преобладанием запоров спастических:

- но-шпа, папаверин, бускопан, галидор, дицетел.
- Масляные микроклизмы
- Физиолечение(УФО, леч.грязь, йодо-бромные ванны, леч. Физкультура)
- Диета № 3
- Слабительные не применяются

Лечение СРК с преобладанием запоров гипомоторных

- диета №3
- Слабительные средства:
- Осмотические-лактолоза
- Растительные: морская капуста, лист сенны, кора крушины, ревеня, жостер, бузина
- Бисакодил, кафитол, гуталакс

Лечение СРК с преобладанием боли и метеоризма

- Адсорбенты
- Пеноасители(эспумизан)
- Лечение дисбактериоза

8. Вопросы по теме занятия

1. Рассказать о консервативной терапии язвенного колита

- 1) Неспецифический язвенный колит – хроническое заболевание воспалительной природы с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишок, характеризующееся прогрессирующим течением и осложнениями (сужение просвета кишок, перфорация, кровотечения, сепсис и др.) Механизм воспаления-аутоиммунный.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Рассказать о лечении СРК с преобладанием боли и метеоризма

- 1) Лечение СРК с преобладанием боли и метеоризма • Адсорбенты • Пеноасители(эспумизан) • Лечение дисбактериоза;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Рассказать о лечении гипомоторных запоров

- 1) Лечение СРК с преобладанием запоров гипомоторных • диета №3 • Слабительные средства: • Осмотические-лактолоза • Растительные: морская капуста, лист сенны, кора крушины, ревеня, жостер, бузина • Бисакодил, кафитол, гуталакс;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. Охарактеризовать лечение СРК с преобладанием спастических запоров

- 1) Лечение СРК с преобладанием запоров спастических: • но-шпа, папаверин, бускопан, галидор, дицетел. • Масляные микроклизмы • Физиолечение(УФО, леч.грязь, йодо-бромные ванны, леч. Физкультура) • Диета № 3 • Слабительные не применяются;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. Охарактеризовать лечение СРК с преобладанием диареи

- 1) Лечение СРК с преобладанием диареи • Режим- амбулаторный • Диета №4 • Лоперамид-ситуационно • Адсорбенты(смекта, энтерос-гель, полифепан, активированный уголь • Антидепрессанты;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. Охарактеризовать клинические проявления синдрома раздраженного кишечника с преобладанием диареи

- 1) - отработка алгоритма постановки масляной клизмы (по чек-листу) - отработка алгоритма постановки гипертонической клизмы (по чек-листу) -отработка алгоритма постановки газоотводной трубки.(по чек-листу) - ролевая игра «На приеме в поликлинике пациент с синдромом раздраженного кишечника»-разработка рекомендаций по диете;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. Рассказать о лечении синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запоров

- 1) Запоры при СРК могут быть спастическими и атоническими. Назначается диета №3: пища должна содержать большое количество клетчатки (овощи в сыром виде и отварные) должны приниматься холодной (это стимулирует деятельность кишечника). При спастических запорах применяют спазмолитики(но-шпа,

папаверин), маслянные клизмы, физиолечение. При атонических запорах применяют слабительные средства различных групп (лактолоза, лист сенны, бисакодил и т.д.);

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. Охарактеризовать синдром раздраженного кишечника

1) Синдром раздраженного кишечника-это устойчивая совокупность функциональных расстройств кишечника, продолжающиеся не менее 3 месяцев в году. Морфологические изменения в кишечнике отсутствуют.

Клинически выделяют: • СРК с преобладанием диареи; • СРК с преобладанием запоров; • СРК с преобладанием боли и метеоризма;;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Охарактеризовать болезнь Крона

1) Болезнь Крона-гранулематоз кишечника, это морфологический субстрат заболевания. Механизм воспаления-аутоиммунный. Локализация гранулем у 60% больных в конечных отделах тонкого кишечника и в слепой кишке, но возможно поражение от желудка до прямой кишки;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Охарактеризовать неспецифический язвенный колит

1) Неспецифический язвенный колит – хроническое заболевание воспалительной природы с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишок, характеризующееся прогрессирующим течением и осложнениями (сужение просвета кишок, перфорация, кровотечения, сепсис и др.) Механизм воспаления-аутоиммунный.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СРК С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ::

- 1) Асцит «сосудистые звездочки»;
- 2) Боль в правом подреберье;
- 3) Чувство тяжести и распираия в животе;
- 4) Рвота «кофейной гущей»;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ПРИ ЗАПОРЕ МЕДСЕСТРА РЕКОМЕНДУЕТ ПАЦИЕНТУ УПОТРЕБЛЯТЬ:

- 1) Белый хлеб;
- 2) Горох;
- 3) Картофель;
- 4) Свеклу;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРК С ПРЕОБЛАДАНИЕМ СПАСТИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ МЕДСЕСТРА ИСПОЛЬЗУЕТ:

- 1) Но-шпу;
- 2) Месалазин;
- 3) Смекту;
- 4) Эритромицин;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАЛ:

- 1) Дегтеобразный;
- 2) С примесью чистой крови;
- 3) Обесцвеченный;
- 4) Сухой, фрагментированный;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ::

- 1) Параректальные свищи;
- 2) Перфорация кишечника;
- 3) Боли в правой подвздошной области;
- 4) Боли в левой подвздошной области;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В массажный кабинет обратилась пациентка И, 68 лет, для проведения рекомендованного участковым терапевтом

массажа. Пациентку в течение нескольких лет беспокоят запоры по 3-5 дней. Обратилась к терапевту, прошла рекомендованное обследование. Был диагностирован СРК с преобладанием атонических запоров.

Вопрос 1: Определите возможность проведения массажа данной пациентке;

1) Массаж данной пациентке показан ар ее заболеванию и может быть проведен;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Для проведения массажа обратилась пациентка 30 лет с диагнозом: язвенный колит ремиссия. В течение последнего месяца отмечает появление болей в животе и учащение дефекации до 5 раз в сутки. Стул не оформленный, без патологических примесей.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данной пациентке.;

1) В данный момент проведение массажа пациентке противопоказано, т.к. у нее имеются признаки обострения заболевания. Пациентка должна обратиться к гастроэнтерологу для исключения обострения язвенного колита и только после этого может быть решен вопрос о проведении ей массажа;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Пациентка 34 лет выписана из гастроэнтерологического отделения с диагнозом: язвенный колит, средней степени тяжести, обострение 2 недели назад. В настоящее время получает преднизолон 10 мг, рекомендовано снижение дозы по ½ таблетки в неделю до полной отмены. Обратилась для проведения массажа. При объективном обследовании: t-36* С, пульс 76 уд. в мин, АД 120/80 мм.рт.ст, ч.д.-18 в мин, живот при пальпации мягкий, безболезненный

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данной пациентке;

1) Проведени массажа данной пациентке противопоказано, т.к. обострение язвенного колита не полностью купировано, пациентка пока еще получает гормоны;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

Лопатина, Т. Н. [Современные антисептики](#) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 64 с.

Повх, Л. А. [Сестринский уход в терапии. Сборник задач](#) : учебное пособие для СПО / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 116 с. - Текст : электронный.

[Сестринский уход за пациентами терапевтического профиля](#) : учебное пособие для СПО / Т. А. Трилешинская, Е. А. Ткаченко, И. Ю. Костина, Г. В. Алексеева. - 5-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 56 с. - Текст : электронный.

Матвеева, С. И. [Пропедевтика клинических дисциплин](#) : учебно-методическое пособие для СПО / С. И. Матвеева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2020. - 48 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Проведение сестринского ухода в терапии. Инструментальные методы исследования](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 84 с. - Текст : электронный.

[Алгоритмы парентерального введения лекарственных препаратов](#) : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело / сост. Т. В. Овчинникова, А. А. Черемисина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2020. - 36 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 3. Хронический гепатит. Цирроз печени. Хронический холецистит. Желчно-каменная болезнь. Основные проявления заболеваний, методы диагностики и лечения. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): В экономически развитых странах цирроз входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до 60 лет, составляя 14—30 случаев на 100 тыс. населения. Ежегодно в мире умирают 40 млн человек от вирусного цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, развивающейся на фоне носительства вируса гепатита «В». В странах СНГ цирроз встречается у 1 % населения. Обучающая работа медицинских сестер по диете, правилам приема препаратов улучшает качество жизни пациентов. При развитии осложнений цирроза печени медицинская сестра должна уметь оказать доврачебную помощь. Профилактика вирусного гепатита «В» - это еще одно направление в работе любой медсестры, имеющей дело с кровью пациента

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, пути введения лекарственных препаратов, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

План изучения темы:

1. Дать определение хронического гепатита,
2. Назвать наиболее характерные клинические проявления хронического гепатита и рассказать о лечении хронических гепатитов.
3. Охарактеризовать клинические проявления хронического холецистита, назвать характерные для хронического холецистита изменения при объективном исследовании.
4. Дать определение и охарактеризовать современную классификацию циррозов печени
5. Рассказать об основных синдромах цирроза печени
6. Назвать осложнения портальной гипертензии
7. Рассказать о диагностике циррозов
8. Рассказать о диете и режиме физических нагрузок при циррозе печени.

Содержание темы:

Определение границ печени проводится с соблюдением всех общих правил топографической перкуссии - положение пальца плессиметра должно быть параллельным границе печени в направлении изменения перкуторного звука от ясного к тупому. При определении верхней границы печени применяется тихая перкуссия, при определении нижней - тишайшая. При определении верхней границы печени палец - плессиметр устанавливается параллельно ребрам и его перемещение осуществляется сверху вниз до перехода ясного легочного звука в тупой (абсолютная печеночная тупость). Печень как плотный орган, дает при перкуссии тупой звук; правое легкое, граничащее с печенью-ясный легочный. Аналогично определяют нижнюю границу печени- органы брюшной полости дают тимпанический звук, печень- тупой. Верхнюю границу печени отмечают по краю пальца плессиметра, обращенного к ясному звуку, а нижнюю - к тимпаническому. Цирроз печени— хроническое заболевание печени, сопровождающееся необратимым замещением паренхиматозной ткани печени фиброзной соединительной тканью и появлением узлов регенерации, нарушающих дольковое строение печени.

Чаще цирроз развивается на фоне вирусных гепатитов В, С и D и при длительной интоксикации алкоголем (по разным данным, от 40—50 % до 70—80 %) Более редкие причины цирроза —застойная сердечная недостаточность,

наследственные нарушения обмена веществ (гемохроматоз, болезнь Вильсона-коновалова), аутоиммунный гепатит, паразитарные инфекции, особенно описторхоз.

Первичный билиарный цирроз печени возникает первично без видимой причины, имеет аутоиммунную природу. Приблизительно у 10-35 % больных этиология цирроза остаётся неясной.

У больных циррозом печени наблюдаются энцефалопатии вследствие нарушения дезинтоксикационной функции печени и попадания токсических веществ в системный кровоток.

Для цирроза характерны общие симптомы: слабость, пониженная трудоспособность, неприятные ощущения в животе, диспепсические расстройства, повышение температуры тела, боли в суставах, также отмечаются метеоризм, боль и чувство тяжести в верхней половине живота, похудение, астения. При осмотре выявляется увеличение печени, уплотнение и деформация её поверхности, край становится заостренным.

Развивается портальная гипертензия — повышение давления в системе портальной вены, обусловленное обструкцией внутри- или внепечёночных портальных сосудов. Это приводит к появлению портокавального шунтирования крови, спленомегалии и асцита. Со спленомегалией связаны тромбоцитопения (усиленное разрушение тромбоцитов в селезёнке), лейкопения, а также анемия вследствие повышенного гемолиза эритроцитов. Асцит приводит к ограничению подвижности диафрагмы, гастроэзофагальному рефлюксу с пептическими эрозиями, язвами и кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода, бактериальному перитониту.

Также характерным симптомом является «голова медузы» — перенаполнение вен передней брюшной стенки. Хронический холецистит – хроническое рецидивирующее заболевание стенки желчного пузыря. Основной причиной является инфекция (кишечная палочка). Большое значение в развитии холецистита играет и малоподвижный образ жизни, и неправильное питание, ожирение. Клинически хронический холецистит проявляется болью в правом подреберье приступообразными и очень сильными, либо ноющими, длительными; тошнотой, рвотой с примесью желчи; отрыжкой горьким или тухлым; снижением аппетита; повышением температуры тела до субфебрильных цифр (в отдельных случаях- до 39-40), постоянное чувство горечи во рту; слабость; утомляемость; повышенную раздражительность; нарушения стула. При объективном обследовании определяется болезненность при пальпации в правом подреберье, (+) симптом Ортнера. Для подтверждения диагноза применяются дополнительные методы: УЗИ органов брюшной полости, холецистография, СКТ.

Лечение хронического холецистита предусматривает госпитализацию в период резко выраженного обострения, при развитии т.н. «желчной колики». В стационаре назначается голод на 3 дня с последующим постепенным расширением диеты №5. Режим- постельный. Медикаментозная терапия включает применение антибиотиков, создающих высокую концентрацию именно в желчи: ципрофлоксацин, доксициклин, эритромицин. Продолжительность антибактериальной терапии-одна-две недели. Одновременно назначаются спазмолитики или холинolitики(но-шпа, галидор, бускопан), для подавления рвоты-церукал, мотилиум. После снятия острых проявления воспаления к лечению добавляют желчегонные препараты(хофитол, аллохол, гепатофальк)

8. Вопросы по теме занятия

1. Дать определение хронического гепатита

- 1) Хронический гепатит – диффузное воспалительное заболевание печени различной этиологии развивающийся на протяжении более полугода. При хроническом гепатите, в отличие от цирроза печени, не происходит нарушения архитектоники печени;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Охарактеризовать медикаментозное лечение холецистита

- 1) Медикаментозная терапия включает применение антибиотиков, создающих высокую концентрацию именно в желчи: ципрофлоксацин, доксициклин, эритромицин. Продолжительность антибактериальной терапии-одна-две недели. Одновременно назначаются спазмолитики или холинolitики(но-шпа, галидор, бускопан), для подавления рвоты-церукал, мотилиум. После снятия острых проявления воспаления к лечению добавляют желчегонные препараты(хофитол, аллохол, гепатофальк);

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Охарактеризовать клинические проявления хронического холецистита

- 1) Клинически хронический холецистит проявляется болью в правом подреберье приступообразными и очень сильными, либо ноющими, длительными; тошнотой, рвотой с примесью желчи; отрыжкой горьким или тухлым; снижением аппетита; повышением температуры тела до субфебрильных цифр (в отдельных случаях- до 39-40), постоянное чувство горечи во рту; слабость; утомляемость; повышенную раздражительность; нарушения стула.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. Дать основные характеристики диеты при циррозе печени

1) Особенности диеты №5 1) Химический состав пищи должен быть следующим: белки 90—100 г (60% животные), жиры — 80—90 г (30% растительные), углеводы — 350—400 г (сахар 70—80 г). 2) Количество соли ограничивается до 10 г в день. Рекомендуется солить пищу только после полного ее приготовления. Таким образом, вы сможете уменьшить ее число в пище, не ухудшая вкуса. 3) Необходимо выпивать 1,5–2 л очищенной воды в сутки. 4) Питаться следует часто и небольшими порциями. Рекомендуемые приемы пищи: завтрак, второй завтрак, обед, полдник и ужин. 5) Готовить еду можно только на пару, запекать в духовке, варить и тушить, добавляя масло в готовое блюдо. Жареная пища категорически запрещена.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. Охарактеризовать клинические проявления цирроза печени

1) Для цирроза характерны общие симптомы: слабость, пониженная трудоспособность, неприятные ощущения в животе, диспепсические расстройства, повышение температуры тела, боли в суставах, также отмечаются метеоризм, боль и чувство тяжести в верхней половине живота, похудение, астения. При осмотре выявляется увеличение печени, уплотнение и деформация её поверхности, край становится заостренным. Развивается портальная гипертензия — повышение давления в системе портальной вены, обусловленное обструкцией внутри- или внепечёночных портальных сосудов. Это приводит к появлению портокавального шунтирования крови, спленомегалии и асцита. Со спленомегалией связаны тромбоцитопения (усиленное разрушение тромбоцитов в селезёнке), лейкопения, а также анемия вследствие повышенного гемолиза эритроцитов. Асцит приводит к ограничению подвижности диафрагмы, гастроэзофагальному рефлюксу с пептическими эрозиями, язвами и кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода, бактериальному перитониту. Также характерным симптомом является «голова медузы» — перенаполнение вен передней брюшной стенки.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. Дать определение цирроза печени

1) Цирроз печени— хроническое заболевание печени, сопровождающееся необратимым замещением паренхиматозной ткани печени фиброзной соединительной тканью и появлением узлов регенерации, нарушающих дольковое строение печени.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. Назвать препараты для лечения хронических гепатитов вирусной этиологии

1) . Медикаментозная терапия гепатитов вирусной этиологии включает противовирусные препараты(пегилированные интерфероны, ламивудин, рибавирин),;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. Назвать наиболее частые клинические проявления хронического гепатита

1) Наблюдаются такие симптомы, как: • анорексия; • недомогание; • утомляемость; • дискомфорт в верхней области живота; • боль в подреберье справа ноющего характера • тошнота, отрыжка, нарушение стула;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

- 1) Бледные;
- 2) Желтушные;
- 3) Гиперемированные;
- 4) Цианотичные;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЙ.:

- 1) УЗИ печени и желчного пузыря;
- 2) Дуоденальное зондирование;
- 3) Ирригоскопии;
- 4) Колоноскопии;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРОВОЦИРУЕТ:

- 1) ОРВИ;
- 2) Переохлаждение;
- 3) Прием углеводов;
- 4) Прием жирной пищи;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

- 1) Снижение аппетита;
- 2) Желтуха;
- 3) Тошнота;

4) Боль в правом подреберье;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА МЕДСЕСТРА ИСПОЛЬЗУЕТ:

- 1) Атропин;
- 2) преднизолон;
- 3) нитроглицерин;
- 4) доксициклин;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ.:

- 1) верапамил;
- 2) лактулоза;
- 3) но-шпа;
- 4) ничего из перечисленного;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПРОВОДИТСЯ .:

- 1) Желудочное зондирование;
- 2) Дуоденальное зондирование;
- 3) Фиброгастроскопия;
- 4) Пункционная биопсия;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ:

- 1) Желтуха;
- 2) Снижение аппетита;
- 3) Кожный зуд;
- 4) Пищеводное кровотечение;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ:

- 1) Увеличение лимфоузлов;
- 2) Гинекомастия;
- 3) Атеросклероз коронарных сосудов;
- 4) Все перечисленное;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ:

- 1) Желтуха;
- 2) Снижение аппетита;
- 3) Кожный зуд;
- 4) Цирроз печени;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ИССЛЕДУЮТ СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ.:

- 1) Билирубина;
- 2) Щелочной фосфатазы;
- 3) АЛТ, АСТ;
- 4) Все перечисленное;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В гастроэнтерологическом отделении находится на лечении пациентка 48 лет с диагнозом: цирроз печени, декомпенсированный. При сестринском обследовании выявлены жалобы на сильную слабость, забывчивость, снижение аппетита, похудание, постоянную тошноту, тяжесть в правом подреберье, ежедневные носовые кровотечения, увеличение живота в объеме. При осмотре кожные покровы желтушны, на груди определяются «сосудистые звездочки», наибольшие кровоподтеки на голени и на спине. Живот увеличен в объеме за счет асцита. АД 100/70 мм.рт.ст, пульс 68 уд. в мин.

Вопрос 1: Решить вопрос о проведении массажа данной пациентке;

1) При декомпенсированном циррозе проведение массажа противопоказано;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Для проведения массажа обратился пациент 40 лет с диагнозом: хронический гепатит неясной этиологии. На момент осмотра беспокоит постоянная слабость, утомляемость, постоянную тошнота, снижение аппетита. Борется с алкогольной зависимостью, но периодически случаются запои. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога, периодически получает гепатопротекторы. Объективно на момент осмотра: со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье.

Вопрос 1: Решите вопрос о возможности проведения массажа данному пациенту;

1) у пациента хронический гепатит в данный момент в компенсированном состоянии и проведение массажа ему не противопоказано;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Для проведения массажа обратилась пациентка 45 лет. В анамнезе ЖКБ, холецистэктомия 2 года назад. На момент осмотра жалобы на тошноту, прибавку в весе за последний год на 5 кг, частые нарушения стула - чередование запоров и диареи. Объективно: со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, вокруг пупка. Печень пальпируется по краю реберной дуги.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данной пациентке.;

1) Холецистэктомия в анамнезе не является противопоказанием для проведения массажа данной пациентке;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

Лопатина, Т. Н. [Современные антисептики](#) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 64 с.

Повх, Л. А. [Сестринский уход в терапии. Сборник задач](#) : учебное пособие для СПО / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 116 с. - Текст : электронный.

[Сестринский уход за пациентами терапевтического профиля](#) : учебное пособие для СПО / Т. А. Трилещинская, Е. А. Ткаченко, И. Ю. Костина, Г. В. Алексеева. - 5-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 56 с. - Текст : электронный.

Матвеева, С. И. [Пропедевтика клинических дисциплин](#) : учебно-методическое пособие для СПО / С. И. Матвеева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2020. - 48 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Проведение сестринского ухода в терапии. Инструментальные методы исследования](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 84 с. - Текст : электронный.

[Алгоритмы парентерального введения лекарственных препаратов](#) : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело / сост. Т. В. Овчинникова, А. А. Черемисина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2020. - 36 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Аудиокнига <https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html>

Массаж при заболеваниях органов дыхания (<https://yandex.ru/video/preview/?filmId>)

1. Тема № 4. Заболевания кровеносной системы: анемии, лейкозы, гемофилия. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Среди заболеваний крови наиболее часто встречающимися являются анемии. По данным ВОЗ они составляют 86% всех заболеваний крови, во всем мире различными видами анемий страдает более 2 млн. человек. Проблема анемий актуальна и для Российской Федерации. По данным МЗиСР РФ за последние 10 лет частота анемий возросла в 6 раз, главным образом за счет железодефицитной анемии. Дефицит железа приводит к развитию трофических нарушений в органах и тканях, снижению работоспособности и значительным трудопотерям. Наиболее подвержены заболеванию железодефицитной анемией женщины детородного возраста, беременные женщины, дети 12-17 лет. Распространенность железодефицитной анемии в районах Сибири выше, чем в среднем по РФ. По данным Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН она составляет 260 случаев на 1000 населения, что в 2,5 раза выше, чем по России в среднем. Все это делает чрезвычайно актуальным изучение причин развития анемий, их клинических проявлений, методов лечения и профилактики. Лейкозы не являются часто встречающейся патологией. Но в связи с тяжестью этих заболеваний, высокой смертностью, они остаются большой проблемой здравоохранения.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, пути введения лекарственных препаратов, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

План изучения темы:

1. Дать определение острого лейкоза, рассказать о клинике острого лейкоза
2. Охарактеризовать нормальную формулу крови и формулу крови при остром лейкозе
3. Охарактеризовать принципы лечения острого лейкоза
4. Дать определение хронического лейкоза
5. Рассказать о клинике хронического лимфоидного лейкоза, хронического миелоидного лейкоза.
6. Охарактеризовать принципы лечения хронического лимфоидного и миелоидного лейкоза
7. Рассказать о причинах развития и лечении хронической железодефицитной анемии

Содержание темы:

Анемия(греч.-бескровие) – это клинико-лабораторный комплекс, характеризующийся снижением содержания гемоглобина в крови ниже нормы (ниже 120г/л)

Классификация анемий основана на степени насыщения эритроцитов гемоглобином (по т.н. цветному показателю). Выделяют гипо- гипер- и нормохромные анемии.

Железодефицитная анемия- это гипохромная анемия. Причины ее развития:

- недостаточное поступление железа с пищей (суточная потребность в железе для мужчин-10 мг, для женщин-15-20 мг, для беременных женщин 25-35 мг) из- за несбалансированного (вегетарианство) или скудного питания без достаточного количества мяса, из-за заболеваний кишечника, нарушающих всасывание железа(болезнь Крона, синдром мальабсорбции, резецированный кишечник)
- повышенные потери железа при эрозивном гастрите, язвенной болезни желудка и ДПК, меноррагиях различной этиологии, кровоточащий геморрой, полипы кишечника, дивертикулез и рак кишечника и др.
- повышенный расход железа в период беременности, лактации, подростковый период, при хронических инфекциях.

Клинические проявления объединены в три синдрома. Первый-анемический: повышенная утомляемость, головные боли, снижение концентрации внимания, головокружение и обмороки, появление сильного сердцебиения и одышки при небольшой физической нагрузке. Второй – это синдром извращения вкуса : появляется желание есть мел, песок, сырой мясной фарш, вдыхать запах краски, бензина, ацетона. Третий синдром- нарушения со стороны волос, ногтей: волосы становятся тусклыми, ломкими, ногтевые пластины утолщаются, приобретают поперечную исчерченность или становятся вогнутыми в центре.

При объективном обследовании определяется бледность кожных покровов и слизистых, атрофия сосочкового слоя языка, «заеды» в углах рта, тахикардия и систолический шум на верхушке сердца, склонность к гипотонии. В ОАК определяется снижение гемоглобина и количества эритроцитов, цветной показатель ниже 0,85 анизо-пойкилоцитоз и гипохромия. В биохимическом анализе крови отмечается снижение сывороточного железа и ферритина, повышение общей железо-связывающей способности сыворотки крови и трансферрина. Обязательно проводятся исследования для уточнения причины развития анемии(ФГС, кал на скрытую кровь, колоноскопия, гинекологическое обследование)

Лечение железодефицитной анемии включает:

- режим с ограничением физических нагрузок;

- диету, включающая продукты с высоким содержанием железа; к таким продуктам относятся красное мясо(говядина, печень и почки, крольчатина, красное мясо индюшки) творог и яйца, гречневая и овсяная крупа, яблоки, персики, миндаль. Следует помнить, что из мяса всасывается 30% содержащегося в нем железа, тогда как из продуктов растительного происхождения-только 2-3% и они не могут, т.о. считаться источником железа.

- прием железосодержащих препаратов(феррум-лек, актиферрин, сорбифер, мальтофер и др.) Прием этих препаратов длительный, не менее 3 месяцев. Современные препараты принимаются, как правило, 1 раз в сутки, не требуют дополнительного приема вит «С», запивать их нужно водой. В определенных ситуациях препараты железа могут вводиться в/мышечно или в/венно (венофер, ектофер, космофер, феррум-лек)

B12- и фолиево-дефицитная анемия- это гиперхромные анемии. Дефицит B12 в костном мозге приводит к снижению синтеза ДНК для построения новых клеток и, в конечном итоге, к уменьшению количества оболочек эритроцитов. При нормальном количестве железа в организме имеющиеся оболочки эритроцитов заполнены гемоглобином максимально, цветной показатель при этом больше 1,0

Причинами развития этого вида анемии могут быть:

-недостаточное поступление вит.В12 с пищей(он содержится в продуктах животного происхождения- мясе, молоке, яйцах)

-плохим всасыванием B12 –этот витамин может всосаться только в комплексе с мукополисахаридом, т.н. «внутренним фактором Кастла». При ряде заболеваний желудка или его резекции выработка этого фактора снижена. Кроме того, нарушается всасывание B12 при заболеваниях кишечника, при приеме противосудорожных препаратов.

-конкурентным расходом B12 при инвазии широким лентецом, при злокачественных опухолях, после операций на кишечнике и «синдроме слепой петли»

Клинические проявления дефицита B12 включают анемический синдром, глоссит Гюнтера(болезненный «лакированный» язык малинового цвета) и неврологические симптомы: повышенная раздражительность, сонливость, симметричные участки парестезий , нарушение кожной чувствительности, спастические парезы, атаксия, нарушение функции тазовых органов.

При объективном обследовании определяется бледность и субиктеричность кожи, одутловатость лица, тахикардия, м.б. расширение границы сердца влево, субфебрильная температура.

В ОАК выявляется снижение гемоглобина, количества эритроцитов, цветной показатель 1,1 и выше. Обязательно проводится стерильная пункция- определяется большое количество мегалобластов(крупные клетки,

Проводятся также обследования для уточнения причины развития анемии.

Лечение B12- и фолиево-дефицитной анемии включает:

-режим ограничения физических нагрузок до восстановления уровня гемоглобина

-диету с высоким содержанием витB12 (продукты животного происхождения

-\мышечное введение витВ12 по 500 мкг по определенной схеме (в начале-ежедневно) При невозможности устранить причину развития анемии введение витВ12 продолжают пожизненно - 500 мкг 1 раз в месяц.

Гемолитические анемии- это нормохромные анемии. Общим признаком этого вида анемий является ускоренный распад (гемолиз) эритроцитов. В норме эритроцит живет 100-120 дней. При гемолитических анемиях этот срок значительно сокращается, иногда до 2 недель. Причины этого могут быть разными:

-генетически обусловленная неполноценность оболочки эритроцитов (наследственный микросфероцитоз Минковского-Шоффара, талпсемия, серповидно-клеточная анемия)

-аутоиммунная гемолитическая анемия, при которой вырабатываются антитела к собственным эритроцитам и эти антитела разрушают оболочку, вызывая гемолиз .

Наследственные гемолитические анемии клинически проявляются с рождения и очень многообразны- от выраженных деформаций скелета до ишемических поражений различных тканей: «башенный» череп, «готическое небо», квадратный череп, седловидная переносица, отставание в росте, умственном развитии и половом созревании, остеомиелит, трофические язвы голени, инфаркт селезенки, легких, почек и др, значительно снижается продолжительность жизни (гомозиготная форма анемии не совместима с жизнью, наступает внутриутробная смерть плода или сразу после рождения).Эффективного лечения наследственных гемолитических анемий не разработано, пересадка костного мозга иногда успешна.

Наследственные гемолитические анемии распространены в странах Средиземноморского бассейна. В регионах Сибири они практически не встречаются, более характерны для нашего региона (но тоже редкие) аутоиммунные гемолитические анемии.

При объективном исследовании у больного аутоиммунной гемолитической анемией определяется бледность и желтушность кожных покровов, увеличение печени и селезенки, субфебрильная температура. В ОАК определяется снижение гемоглобина, количества эритроцитов; цветной показатель при этом 1,0; количество ретикулоцитов может быть значительно повышено, т.к. гемолиз приводит к раздражению красного костного ростка. Наличие антител к эритроцитам определяются с помощью прямой реакции Кумбса.

Для лечения аутоиммунной анемии применяются стероидные гормоны(преднизолон, гидрокортизон и др), спленектомия, цитостатики.

Апластическая анемия- редкое заболевание, характеризующееся угнетением всех ростков кроветворения (не только красного) в костном мозге. Предположительная этиология этого заболевания- ионизирующая радиация, вирус гепатита В, прием некоторых медикаментов(левомецетин, препараты золота, цитостатики, бутадиион и анальгин) В периферической крови при этом заболевании резко снижено содержание эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. В стерильном пунктате также резко снижено количество клеток- панмиелофтиз. Клинические проявления соответственные: анемический синдром, повышенная кровоточивость и восприимчивость к различным гнойным инфекциям. Для лечения применяются глюкокортикостероиды, трансплантация красного костного мозга, симптоматическая терапия-переливание эритроцитов, тромбоцитов, антибактериальная и протозоогрибковая терапия.

Клинические проявления всех острых лейкозов сходны: беспокоят боли в горле по типу ангины, стоматит, плохой аппетит, снижение веса, боли в костях, мышцах, беспричинная слабость, лихорадка, часто встречается

геморрагический синдром: кровоточивость десен, носовые, маточные кровотечения, петехиальная сыпь на коже, синячки; может быть увеличение печени, селезенки. Из - за отсутствия гранулоцитов развивается :

пневмония (лихорадка, кашель, мокрота, р- логически : инфильтрация в легком, т.к. бластные клетки инфильтрируют ткань легкого)

Может развиваться энтеропатия - поражение слизистой кишечника, некроз, прободение, перитонит.

Главным в диагностике является анализ крови, где определяются бластные клетки, диагноз правомочен после проведения стерильной пункции: в пунктате костного мозга более 30 % измененных бластных клеток.

8. Вопросы по теме занятия

1. Охарактеризовать роль медицинской сестры при проведении стерильной пункции

- 1) Стерильная пункция- это врачебная манипуляция. Медицинская сестра готовит пациента к исследованию и assisteрует врачу(обрабатывает операционное поле, готовит и подает инструменты врачу, накладывает повязку);

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Назвать основные методы исследований в гематологии

1) Методы исследования периферической крови: • Развернутый анализ крови • Исследование костного мозга (стерильная пункция);

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. какие клетки крови могут находиться в периферической крови

1) В периферической крови находятся только зрелые клетки, поскольку именно они обладают всеми функциями. При различных заболеваниях в периферическую кровь попадают и незрелые клетки. Именно это является причиной появления у пациента патологических симптомов.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. Охарактеризовать кроветворение взрослого человека

1) Кроветворные органы -это органы, где кровь образуется и разрушается. Это красный костный мозг плоских костей, лимфатические узлы, селезенка. Кроветворение у взрослого человека происходит в красном костном мозге; форменные элементы находятся и в селезенке, тимусе, лимфоузлах, где эти форменные элементы получают узкую специализацию;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. Охарактеризовать причины развития В12-дефицитной анемии

1) Причинами развития этого вида анемии могут быть: -недостаточное поступление вит.В12 с пищей(он содержится в продуктах животного происхождения- мясе, молоке, яйцах) -плохим всасыванием В12 -этот витамин может всосаться только в комплексе с мукополисахаридом, т.н. «внутренним фактором Кастла». При ряде заболеваний желудка или его резекции выработка этого фактора снижена. Кроме того, нарушается всасывание В12 при заболеваниях кишечника, при приеме противосудорожных препаратов. -конкурентным расходом В12 при инвазии широким лентецом, при злокачественных опухолях, после операций на кишечнике и «синдроме слепой петли»;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. Охарактеризовать заболевания крови, связанные с патологией тромбоцитов

1) Снижение количества тромбоцитов (тромбоцитопении) могут развиваться вследствие нарушенного воспроизводства тромбоцитов или при укорочения жизни тромбоцитов, вызванного наличием антител к тромбоцитам (болезнь Верльгофа.);

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. Охарактеризовать развернутую стадию хронического миелолейкоза

1) Развернутая стадия хронического миелоидного лейкоза характеризуется прогрессирующей гиперплазией селезенки и печени, анорексией, похуданием, выраженными болями в костях и артралгиями. Характерно образование лейкоэмических инфильтратов на коже, слизистых полости рта (лейкемический периодонтит), ЖКТ. Геморрагический синдром проявляется гематурией, меноррагией, метроррагией, кровотечениями после экстракции зубов, кровавыми поносами. В случае присоединения вторичной инфекции (пневмонии, туберкулеза, сепсиса и др.) температурная кривая приобретает гектический характер. В дальнейшем наступает терминальная стадия хронического миелоидного лейкоза, которая протекает с резким обострением всех симптомов и выраженной интоксикацией. В этот период может развиваться угрожающее жизни состояние - бластный криз, когда из-за резкого увеличения количества бластных клеток течение заболевания становится похожим на острый лейкоз.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. Охарактеризовать понятие "Хронический лейкоз"

1) Хронический лейкоз - хронические лимфопролиферативные и миелопролиферативные заболевания, характеризующиеся избыточным увеличением количества кроветворных клеток, сохраняющих способность к дифференцировке. При хронических лейкозах опухолевый субстрат представлен созревающими или зрелыми клетками. Для всех типов хронических лейкозов характерна длительная стадия доброкачественной моноклоновой опухоли.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К СТЕРИЛЬНОЙ ПУНКЦИИ:

- 1) очистительная клизма;
- 2) исключение из рациона железосодержащих продуктов;
- 3) не проводится;
- 4) разъяснение сущности процедуры;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ГЕМОФИЛИЕЙ БОЛЕЮТ.:

- 1) Мужчины;
- 2) Новорожденные дети;
- 3) Пожилые люди;

4) Не зависит от пола и возраста;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА ПРИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

- 1) извращение вкуса и обоняния;
- 2) рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул;
- 3) отрыжка горьким, боль в правом подреберье;
- 4) жжение в языке, онемение конечностей;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

- 1) адреналин, мезатон;
- 2) гепарин, полиглюкин;
- 3) ферроплекс, витамин С;
- 4) цианокоболамин, витамин С;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. ПРОДУКТ С НАИБОЛЬШИМ СОДЕРЖАНИЕМ ЖЕЛЕЗА:

- 1) крупа;
- 2) молоко;
- 3) мясо;
- 4) свекла;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

- 1) раздражительность, бессонница;
- 2) лихорадка, головная боль;
- 3) обмороки, головная боль;
- 4) отеки, боли в пояснице;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

- 1) Тяжелый физический труд;
- 2) хронические кровопотери;
- 3) недостаточное употребление углеводов;
- 4) избыточное употребление мяса;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ЛЕЙКОЗЕ:

- 1) лейкоцитоз, появление бластов;
- 2) эритроцитоз, уменьшение СОЭ;
- 3) тромбоцитоз, ускорение СОЭ;
- 4) эритроцитоз, тромбоцитоз;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ПРИМЕНЯЮТ::

- 1) Гормоны;
- 2) Цитостатики;
- 3) Все перечисленное;
- 4) Ничего из перечисленного;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. ПРИОРЕТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ:

- 1) слабость, недомогание;
- 2) отеки, головная боль;
- 3) боли в костях, кровоточивость;
- 4) желтуха, кожный зуд;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В кабинет массажа обратилась пациентка 50 лет с диагнозом: хроническая железодефицитная анемия на почве меноррагий. Пациентка предъявляла жалобы на слабость, головокружение, боли в сердце ноющего характера, сильное сердцебиение и одышку при небольшой физической нагрузке, пугающее ее само постоянное желание есть песок, сырой мясной фарш. Лечится нетрадиционными методами у целительницы, для устранения гормональных нарушений применяет методику полного голодания по 2 недели через 2 месяца. Похудела за год на 8 кг. При объективном осмотре: кожные покровы бледные, сухость повышена. Ногти с поперечной исчерченностью. ЧСС-92 уд. в мин, АД 90/60 мм.рт. ст, ч.дыханий 18в мин.

Вопрос 1: Определите возможность проведения массажа данной пациентке;

1) Железодефицитная анемия не является противопоказанием для проведения классического массажа и может быть проведена данной пациентке;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. В кабинет массажа обратился пациент 30 лет для проведения реабилитации по поводу перелома правой большеберцовой кости. В анамнезе острый лимфобластный лейкоз в возрасте 3 лет. Полная клинико-гематологическая ремиссия в течение 17 лет. Наблюдается у гематолога. Жалоб нет. Со стороны органов и систем патологии не выявлено.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту.;

1) Проведение массажа данному пациенту не противопоказано;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Для проведения массажа обратился пациент Н, 30 лет. В анамнезе гемофилия, получает заместительную терапию 1 раз в месяц, 2 дня назад выписан из стационара, где была проведена пункция правого коленного сустава по поводу гемартроза. Рассчитывает, что массаж ускорит рассасывание воспаления и улучшит функцию сустава. Объективно: со стороны легких, сердца и органов брюшной полости патологии не выявлено. Локальный статус: Правое колено горячее наощупь, деформировано за счет отека, сгибание ограничено из-за боли.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту.;

1) Проведение массажа данному пациенту противопоказано и по основному заболеванию, и по развившемуся на момент осмотра осложнению в виде гемартроза.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

Лопатина, Т. Н. [Современные антисептики](#) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 64 с.

Повх, Л. А. [Сестринский уход в терапии. Сборник задач](#) : учебное пособие для СПО / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 116 с. - Текст : электронный.

[Сестринский уход за пациентами терапевтического профиля](#) : учебное пособие для СПО / Т. А. Трилешинская, Е. А. Ткаченко, И. Ю. Костина, Г. В. Алексеева. - 5-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 56 с. - Текст : электронный.

Матвеева, С. И. [Пропедевтика клинических дисциплин](#) : учебно-методическое пособие для СПО / С. И. Матвеева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2020. - 48 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 5. Сахарный диабет. Причины развития, клинические проявления и методы лечения. Острые и поздние осложнения сахарного диабета. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Сахарный диабет – это наиболее распространенное эндокринное заболевание, которое характеризуется недостаточной работой поджелудочной железы, недостаточным количеством инсулина в крови и, связанного с этим, повышением уровня сахара в крови с грубым нарушением обмена веществ в организме. Сахарный диабет – заболевание наследственно предрасположенное. Болеют и дети, и взрослые люди. Заболевание социально значимое, поскольку даёт огромное количество осложнений, нарушающих качество жизни человека. В то же время, достижения медицины в лечении этого заболевания и в профилактике осложнений настолько велики, что современный девиз диабетологов звучит так: «Сахарный диабет – это не болезнь, а образ жизни». Другими словами: если пациент, страдающий сахарным диабетом, ведет правильный образ жизни, правильно питается, правильно контролирует уровень сахара в крови, то осложнения не наступают, качество жизни пациента хорошее, такое же, как у здорового человека.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, пути введения лекарственных препаратов, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Содержание темы

Сахарный диабет (СД) по определению ВОЗ – состояние хронической гипергликемии вследствие нарушения секреции и/или эффективности действия инсулина, приводящее к нарушению всех видов обмена с последующим поражением органов и тканей.

Классификация сахарного диабета

1. Сахарный диабет 1 типа
2. Сахарный диабет 2 типа
 - Другие специфические типы (симптоматический сахарный диабет)
1. Гестационный сахарный диабет

Основные клинические проявления СД:

Больные СД 1 типа- это как правило, молодые люди. Они жалуются на сильную жажду, полиурию (большое кол-во мочи), полидипсию (повышенный аппетит), появляются запах ацетона изо рта, спутанность сознания, вплоть до комы.

Заболевание развивается быстро, в течение месяца – двух (до полугода).

СД 2 типа развивается медленнее, в течении лет, его проявления стерты и больной может не замечать их. Иногда больные обращаются по поводу частых гнойничковых заболеваний кожного зуда, особенно в промежностях или уже по поводу осложнения СД. Признаки диабета различны при диабете I типа и диабете II типа. В ряде случаев диабет до поры до времени не дает о себе знать. Что характерно для сахарного диабета II типа. Иногда, может не быть вообще никаких признаков, и диабет может быть заподозрен, например, при обращении к окулисту при осмотре глазного дна. Но существует комплекс симптомов, характерных для сахарного диабета обоих типов. Выраженность

признаков зависит от степени снижения секреции инсулина, длительности заболевания и типа сахарного диабета:

- сильная жажда
- обильное мочеиспускание
- быстрая потеря веса, зачастую несмотря на постоянное чувство голода
- ощущение слабости или сильной усталости
- неясность зрения ("белая пелена" перед глазами)
- сложности с половой активностью
- онемение и покалывание в онемевших конечностях
- медленное излечение инфекционных заболеваний
- медленное заживление ран, частые гнойничковые поражения кожи
- сильный кожный зуд или зуд половых органов

Критерием диагностики СД является повышение сахара в крови натощак выше 6,1 ммоль/л и через 2 часа после приема 75г глюкозы- выше 11,1 ммоль/л

Принципы лечения СД.

Лечение СД направлено на устранение нарушений углеводного и других видов обмена.

Только хорошая компенсация СД позволит на длительное время сохранить высокое качество жизни и предотвратить развитие осложнений. В лечении СД используются немедикаментозные методы (диета, рациональные физические нагрузки) и лекарственные препараты различных групп в зависимости от вида СД (инсулин, таблетированные сахароснижающие препараты группы бигуанидов, сульфонилмочевины, глинидов тиазолидиндионов, препараты, замедляющие всасывание глюкозы в кишечнике).

8. Вопросы по теме занятия

1. Назвать критерии диагностики сахарного диабета

- 1) Критерием диагностики СД является повышение сахара в крови натощак выше 6,1 ммоль/л и через 2 часа после приема 75г глюкозы- выше 11,1 ммоль/л;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Рассказать о правилах ухода за ногами для профилактики "синдрома диабетической стопы"

- 1) Регулярно осматривать нижнюю часть стоп. Своевременно залечивать повреждения стоп. Мыть ноги ежедневно теплой водой и вытирать насухо. Использовать нейтральное мыло, типа «детского». Подрезать ногти не слишком коротко, не полукругом, а прямо, не выстригая и не закругля уголки ногтей, чтобы не поранить кожу лезвиями ножниц. Чтобы сгладить неровности, пользуйтесь пилкой для ногтей. Носить просторную обувь, очень осторожно разносить новую обувь, чтобы избежать потертостей. Носить носки или чулки из ткани, хорошо впитывающей пот. Вместо синтетических изделий нужно пользоваться хлопчатобумажными или шерстяными. Не носить носки с тугей резинкой, которая препятствует циркуляции крови. Проверять обувь, чтобы в ней не было камешков, песчинок и т.д. Беречь ступни от повреждений, порезов, не ходить по камням, не ходить босиком. Не пользоваться грелкой, пластырем; не парить ноги, а мыть их и размягчать мозоли в теплой воде. Ежедневно использовать увлажняющий крем для ног. Наносить крем на нижнюю поверхность ступни, в межпальцевые промежутки наносить тальк. Покупать обувь вечером (к вечеру стопа несколько отекает), предварительно заготовив бумажный след – надо вложить его в приобретаемую обувь и проверить, что края следа не загибаются. Каблук не должен превышать 3-4 см.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Назвать поздние осложнения сахарного диабета

- 1) Поздние осложнения СД: -диабетическая макроангиопатия -диабетическая ретинопатия -диабетическая нефропатия -диабетическая полинейропатия -синдром диабетической стопы.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. Рассказать об острых осложнениях сахарного диабета

- 1) К острым осложнениям относят: -диабетический кетоацидоз -гиперосмолярную кому -гипогликемию;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. Рассказать о диете при сахарном диабете, категориях продуктов для диабетиков и назвать продукты первой категории

- 1) I категория – это продукты, которые можно употреблять без ограничений. К ним относятся: помидоры, огурцы, капуста, зеленый горошек (не более 3-х столовых ложек), редиска, редька, свежие или маринованные грибы, баклажаны, кабачки, морковь, зелень, стручковая фасоль, щавель, шпинат. Из напитков можно употреблять: напитки на сахарозаменителе, минеральная вода, чай и кофе без сахара и сливок (можно добавлять сахарозаменитель).;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. Назвать правила хранения инсулина

- 1) Инсулин хранится в холодильнике при температуре от 2 до 8 *С, перед введением инсулин согревается до комнатной температуры естественным образом. Катридж шприц-ручки в заправленном виде хранится при комнатной температуре. Инсулин разрушается от действия ультрафиолетовых лучей и высокой температуры. Поэтому нельзя хранить инсулин на свету и вблизи отопительных приборов.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. Охарактеризовать понятие "Хлебная единица"

- 1) Понятие «хлебная единица» 1ХЕ-количество углеводов, для утилизации которого в организме потребуется 1 ед. инсулина, и в среднем равняется 12г глюкозы. Для простоты использования этой меры все продукты пересчитаны на ХЕ по содержанию в них углеводов. 12г глюкозы содержится в кусочке хлеба весом 20г, в 1 яблоке, 1 яйце, в2 ст. л. сухого риса- т.е. эти продукты содержат по1 ХЕ. Понятие ХЕ упрощает для пациента процесс подсчета количества углеводов, потребляемых им.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. Назвать классификацию сахарного диабета

- 1) Классификация сахарного диабета I. Сахарный диабет 1 типа II. Сахарный диабет 2 типа III. Другие специфические типы (симптоматический сахарный диабет) IV. Гестационный сахарный диабет;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ:

- 1) введение дибазола;
- 2) введение инсулина;
- 3) напоить сладким чаем;
- 4) напоить отваром шиповника;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ:

- 1) боли за грудиной, страх смерти;
- 2) одышка, боли при глубоком вдохе;
- 3) рвота, боли в животе;
- 4) чувство голода, потливость;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. ЗАПАХ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ В ВЫДЫХАЕМОМ ПАЦИЕНТОМ ВОЗДУХЕ:

- 1) запах алкоголя;
- 2) запах аммиака;
- 3) запах ацетона;
- 4) отсутствие запаха;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ГИПЕРГЛИКЕМИИ.:

- 1) неверный расчет дозы инсулина;
- 2) нарушение диеты;
- 3) интеркуррентная инфекция;
- 4) все перечисленное верно;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ ГЛИКЕМИЮ.:

- 1) повышают;
- 2) Понижают;
- 3) Не изменяют;
- 4) Никак не связаны;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

6. ПЕРЕД ВВЕДЕНИЕМ ИНСУЛИНА МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОБРАБАТЫВАЕТ ИНЪЕКЦИОННОЕ ПОЛЕ:

- 1) Теплой водой с мылом;
- 2) Дважды спиртовыми шариками;
- 3) 2 спиртовыми шариками и 1 сухим;
- 4) Подкожное введение возможно без обработки;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

7. ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА:

- 1) метформин;
- 2) инсулин;
- 3) глимепирид;
- 4) розиглитазон;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

8. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ:

- 1) почечная недостаточность;
- 2) желудочное кровотечение;
- 3) легочное кровотечение;
- 4) полиурия, похудание;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ:

- 1) . жажда, кожный зуд;
- 2) . отеки, боли в пояснице;
- 3) сухой кашель, одышка;
- 4) .снижение памяти, запоры;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НАТОЩАК (ММОЛЬ/Л):

- 1) 1.1,1-2,2;
- 2) 2,2-3,3;
- 3) 3,3-5,5;
- 4) 6,6-8,8;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. : Для проведения массажа обратился пациент 35 лет. В анамнезе сахарный диабет 1 типа, получает инсулинотерапию по интенсивной схеме. На приеме пожаловался на резкую слабость, чувство голода, потливость, дрожь в руках. При опросе выяснилось, что пациент задержался в пробке, очень спешил на массаж и после инъекции инсулина не успел поесть.

Вопрос 1: Определите и обоснуйте состояние пациента.;

Вопрос 2: Составьте алгоритм действий медицинской сестры;

- 1) У пациента развилось гипогликемическое состояние;
- 2) Поскольку пациент находится в сознании, ему необходимо дать сладкое питье: горячий сладкий чай, сладкий сок;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Пациенту П, 40 лет проводится курс классического массажа. При очередном обращении его медицинская сестра ощутила в воздухе запах ацетона. При детальном расспросе выяснилось, что пациент страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 30 лет, получает инсулинотерапию по традиционной схеме. В течение недели чувствует себя хуже, появилась слабость и сильная жажда. Состояние критически не оценивает, причин ухудшения не понимает. Объективно: кожные покровы сухие. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот мягкий, умеренно болезненный вокруг пупка, в эпигастрии, в подвздошных областях.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данному пациенту;

Вопрос 2: Составьте план сестринских мероприятий;

- 1) У пациента развился кетоацидоз, проведение массажа ему в данный момент противопоказано;
- 2) Необходимо вызвать скорую помощь и госпитализировать пациента;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Для проведения массажа обратился пациент А, 65 лет, с диагнозом: сахарный диабет 2 типа, полинейропатия, синдром диабетической стопы. Страдает сахарным диабетом в течение 15 лет. На момент осмотра беспокоит нарушение чувствительности кожи в области стоп, неустойчивость походки. Объективно: В легких патологии не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ч.с.с 78 в минуту, АД 140/90 мм.рт.ст.живот мягкий безболезненный, печень не увеличена. Локальный статус: кожа стоп сухая, с участками гиперкератоза на пятках и по нижней поверхности стоп.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении классического массажа данному пациенту;

- 1) Имеющиеся у пациента поздние осложнения сахарного диабета не являются противопоказаниями для

проведения массажа;
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

Лопатина, Т. Н. [Современные антисептики](#) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 64 с.

Повх, Л. А. [Сестринский уход в терапии. Сборник задач](#) : учебное пособие для СПО / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 116 с. - Текст : электронный.

[Сестринский уход за пациентами терапевтического профиля](#) : учебное пособие для СПО / Т. А. Трилешинская, Е. А. Ткаченко, И. Ю. Костина, Г. В. Алексеева. - 5-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 56 с. - Текст : электронный.

Матвеева, С. И. [Пропедевтика клинических дисциплин](#) : учебно-методическое пособие для СПО / С. И. Матвеева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2020. - 48 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Проведение сестринского ухода в терапии. Инструментальные методы исследования](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 84 с. - Текст : электронный.

[Алгоритмы парентерального введения лекарственных препаратов](#) : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело / сост. Т. В. Овчинникова, А. А. Черемисина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2020. - 36 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Аудиокнига <https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html>
Основы <https://yandex.ru/video/preview/?filmId> лечебного массажа

Массаж при заболеваниях органов дыхания (<https://yandex.ru/video/preview/?filmId>)

1. Тема № 6. Отдельные вопросы патологии суставов: ревматоидный артрит, спондилоартрит, подагра, деформирующий остеоартроз. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Заболевания суставов значительно распространены во всем мире. Особое место занимает ревматоидный артрит, который является системным заболеванием, поражает все сосуды и внутренние органы человека, приводит к тяжелым осложнениям в виде анкилозирования суставов. Деформирующий остеоартроз - тоже весьма распространен. Практически все пожилые люди в той или иной степени страдают остеоартрозом. Качество жизни пациентов, страдающих заболеваниями суставов, низкое, поскольку человек утрачивает возможность двигаться, испытывает боли в суставах. Обучающая работа медицинской сестры с пациентами при заболеваниях суставов имеет огромное значение, поскольку улучшает качество жизни пациентов

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, пути введения лекарственных препаратов, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

План изучения темы:

1. Рассказать об анатомии суставов, охарактеризовать функцию суставов
2. Дать определение понятию «артрит» Назвать причины артритов
3. Охарактеризовать клинику артрита
4. Назвать принципы лечения артритов
5. Перечислить препараты группы НПВС, применяемые для лечения артритов. Назвать побочное действие НПВС.
6. Охарактеризовать клинику ревматоидного артрита
7. Назвать принципы лечения ревматоидного артрита
8. Дать определение артрозу Назвать причины артрозов
9. Охарактеризовать анатомические изменения в суставе при артрозе
10. Охарактеризовать клинику артрозов
11. Перечислить принципы лечения артрозов

Содержание темы:

Средний возраст начала заболевания составляет 40-50 лет для женщин и несколько больше для мужчин. Женщины заболевают в 3-5 раз чаще мужчин. Ревматоидный артрит прогрессирует в трёх стадиях.

В первой стадии происходит периартикулярный отек синовиальных сумок, вызывающее боль, местное повышение температуры и припухлость вокруг суставов.

Вторая стадия — это стремительное деление клеток, которое приводит к уплотнению синовиальной оболочки.

В третьей стадии воспалённые клетки высвобождают фермент, который поражает кости и хрящи, что часто приводит к деформации задетых суставов, увеличению боли и потере двигательных функций Как правило, вначале заболевание протекает медленно, с постепенным развёртыванием клинической симптоматики в течение нескольких месяцев или лет, значительно реже — подостро или остро. Около 2/3 случаев проявляются полиартритом, остальные — моно- или олигоартритом, причём суставной синдром часто не имеет клинической специфики, что значительно затрудняет дифференциальную диагностику.

Суставной синдром характеризуется наличием утренней скованности более 30 минут и аналогичных проявлений во второй половине ночи — симптомы «тугих перчаток», «корсета»; постоянной спонтанной болью в суставах, усиливающейся при активных движениях. Исчезновение скованности зависит от активности процесса: чем больше активность, тем больше продолжительность скованности. Для суставного синдрома при ревматоидном артрите характерны монотонность, продолжительность, сохранение остаточных явлений после лечения.

Ревматоидный артрит может начаться с любого сустава, но чаще всего начинается с мелких суставов на пальцах, руках и запястьях. Обычно поражение суставов симметрично, то есть если болит сустав на правой руке, значит должен заболеть тот же сустав на левой. Чем больше суставов поражено, тем более продвинута стадия болезни.

Другие частые симптомы начала ревматоидного артрита: усталость, астеновегетативный синдром, утренняя скованность. Обычно, чем дольше длится скованность, тем активнее заболевание, слабость

Похожие на грипп симптомы, включая субфебрильную температуру.

Мышечные боли

Потеря аппетита, депрессия, потеря веса, анемия, холодные и/или потные ладони и ступни

Нарушение работы слюнных желез.

Системная медикаментозная терапия включает применение следующих групп препаратов:

симптоматическое лечение - нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и глюкокортикостероиды(ГКС),

базисные противоревматические препараты-

генно-инженерные биологические (контролирующие течение болезни) препараты, цитостатические, иммунодепрессанты

8. Вопросы по теме занятия

1. Охарактеризовать понятие "Артроз"

1) Артроз - хроническое заболевание, при котором в суставе из-за нарушения обменных процессов развиваются прогрессирующие дегенеративно-дистрофические изменения. В основе болезни лежит поражение суставного хряща, однако, патологический процесс при артрозе захватывает не только хрящ, но и соседние анатомические образования: капсулу, связки, синовиальную оболочку, расположенные под хрящом костные структуры и околоуставные мышцы.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Рассказать о патогенезе артроза

1) При артрозе хрящ теряет жидкость, становится хрупким, шершавым, Хрящ все больше разволокняется. синовиальная оболочка сустава при артрозе утолщаются. Со временем вследствие истончения и нарушения нормальной формы и функции хряща прилегающие поверхности кости деформируются, на их краях появляются костные выступы. Из-за повышенной нагрузки в связках и мышцах возникают очаги фиброзного перерождения. Увеличивается вероятность повреждения связочно-мышечного аппарата (растяжений, надрывов, разрывов), иногда сустав «уходит» в состояние подвывиха. При значительном разрушении хряща движения резко ограничиваются, возможно образование анкилозов.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Охарактеризовать ревматическое поражение суставов

1) Ревмополиартрит (ревматизм суставов) — воспалительный процесс в области суставов. Характеризуется симметричным поражением крупных суставов (особенно коленного, локтевого, голеностопного). Артрит проявляется болями в суставах, отеком и гиперемией, ограничением движений. Характерно доброкачественное течение артрита(нет деформации после стихания процесса).;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. Назвать другие часто встречающиеся симптомы в начале ревматоидного артрита

1) 1) Другие частые симптомы начала ревматоидного артрита: усталость, астеновегетативный синдром, утренняя скованность. Обычно, чем дольше длится скованность, тем активнее заболевание, слабость Похожие на грипп симптомы, включая субфебрильную температуру. Мышечные боли Потеря аппетита, депрессия, потеря веса, анемия, холодные и/или потные ладони и ступни Нарушение работы слюнных желез.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. Рассказать о патогенезе ревматоидного артрита

1) В результате аутоиммунного процесса с суставе поражается синовиальная оболочка, происходит разрастание ее с образованием паннуса и это приводит к развитию характерной деформации сустава.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДЛЯ АРТРОЗА ХАРАКТЕРНО::

- 1) Поражение крупных суставов;
- 2) Симметричность поражения;
- 3) «летучесть» болей;
- 4) Все перечисленное верно;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА::

- 1) Делагил;
- 2) Глюкозамин-сульфат;
- 3) Бильтрицид;
- 4) Бускопан;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. ВАЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ::

- 1) изменения на R- графии суставов;
- 2) изменения в общем анализе крови;
- 3) определение ревматоидного фактора;
- 4) все перечисленные изменения;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. ОБМЕННО-ДЕГЕНЕРАТИВНОЕ ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВА НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) Ревматоидный артрит;
- 2) Ревматический артрит;
- 3) Остеоартроз;
- 4) Анкилоз;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ::

- 1) ускорение СОЭ;
- 2) эозинофилия;
- 3) ретикулоцитоз;
- 4) верного ответа нет;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациентка В., 40 лет, поступила в стационар с диагнозом: ревматоидный полиартрит, обострение. Предъявляет жалобы на сильные боли в мелких суставах кистей, деформацию суставов кистей, ограничение движений и скованность по утрам в этих суставах, субфебрильную температуру. Объективно: мелкие суставы обеих кистей и коленные суставы гиперемированы, отечны. При пальпации, активных и пассивных движениях- резко болезненны.

Вопрос 1: Определите показания или противопоказания для проведения массажа данной пациентке;

- 1) Проведение массажа при обострении ревматоидного артрита противопоказано;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. В массажный кабинет обратилась пациентка Ф, 60 лет для проведения массажа. Страдает ревматоидным артритом 40 лет. Является инвалидом 2 группы. Жалобы на появление болей в кистях в ранние утренние часы. Периодически получает НПВП. Объективно: суставы кистей рук деформированы по типу «ласты моржа», движения ограничены. Отека не определяется.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данной пациентке;

- 1) Проведение массажа при ревматоидном артрите не противопоказано в период ремиссии;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Пациентка О, 67 лет, обратилась для проведения массажа по поводу артроза правого коленного сустава. В анамнезе артроскопия 1 месяц назад. Объективно: со стороны легких, сердца и органов брюшной полости патологии не определяется. Локальный статус: правый коленный сустав не изменен, сгибание и разгибание не в полном объеме из-за боли.

Вопрос 1: Решите вопрос о проведении массажа данной пациентке;

1) Массаж при остеоартрозе в период реабилитации после артроскопии не противопоказан;
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

616 С51 Смолева, Э. В. [Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учеб. пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 19-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с. : ил. - (Среднее проф. образование). - ISBN 9785222263396 : 616.00

Смолева, Э. В. [Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи](#) : учебное пособие / Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин. - 5-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. - 475 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

616 О-75 [Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций](#) : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. - ISBN 9785970432563 : 500.00

616 С33 [Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело / сост. И. И. Стародубец, Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, колледж Фармацевтический. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 251 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

[Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел. Сестринский уход в терапии](#) [Электронный ресурс] : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования (очная форма обучения) / сост. Т. В. Овчинникова ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2018. - 170 с.

Лопатина, Т. Н. [Современные антисептики](#) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Н. Лопатина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 64 с.

Повх, Л. А. [Сестринский уход в терапии. Сборник задач](#) : учебное пособие для СПО / Л. А. Повх, Т. Ю. Заречнева. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 116 с. - Текст : электронный.

Матвеева, С. И. [Пропедевтика клинических дисциплин](#) : учебно-методическое пособие для СПО / С. И. Матвеева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2020. - 48 с. - Текст : электронный.

Заречнева, Т. Ю. [Проведение сестринского ухода в терапии. Инструментальные методы исследования](#) : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2023. - 84 с. - Текст : электронный.

[Алгоритмы парентерального введения лекарственных препаратов](#) : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 34.02.01 Сестринское дело / сост. Т. В. Овчинникова, А. А. Черемисина ; Красноярский медицинский университет, Фармацевтический колледж. - Красноярск : КрасГМУ, 2020. - 36 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Аудиокнига <https://knigi-audio.com/medicina-zdorove/43352-osnovy-lechebnogo-massazha.html>
Основы лечебного массажа
Массаж при заболеваниях органов дыхания (<https://yandex.ru/video/preview/?filmId>)

1. Тема № 7. Острые аллергозы: острая крапивница, отек Квинке, анафилактический шок. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Аллергия - это измененная чувствительность организма на внедрение чужеродного белка. Аллергия, анафилаксия, сенсибилизация - это синонимы. Аллергические реакции часто представляют угрозу для жизни человека, например, развитие анафилактического шока на введение медикаментов. Распространенность аллергических реакций в мире, в России, в Красноярском крае очень велика и увеличивается с каждым годом. Причина распространенности аллергических реакций в окружающей жизни человека. Это увеличение искусственно созданных пищевых продуктов, особенно генно-модифицированных. Это ношение синтетической одежды, использование искусственных, синтетических стиральных порошков, косметики, бытовой химии и др. Химические лекарства - это гаптены. Это не аллергены, т.к. не являются белком. Однако, при введении в организм человека, они соединяются с белками человека и становятся полноценными аллергенами. Для медицинских сестер особенно важно знать аллергические проявления у пациентов, уметь оказать неотложную помощь при экстремальных аллергических состояниях и, главное, уметь предотвратить аллергические реакции при лечении пациентов

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику сбора жалоб, анамнеза у пациентов, методику физикального обследования пациентов, методы оценки общего объективного и субъективного состояния пациента, причины, клинические проявления, возможные осложнения, оценка эффективности сестринского ухода, медицинские показания и медицинские противопоказания к различным видам массажа при определенной терапевтической патологии, пути введения лекарственных препаратов, правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников в области охраны труда, **уметь** собирать жалобы, анамнез у пациентов, анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов, интерпретировать результаты осмотра и функционального обследования пациентов, оказывать сестринскую помощь при неотложных состояниях (проводить сердечно-легочную реанимацию), вести медицинскую документацию, **владеть** определять пульс у пациента, артериальное давление с помощью электронного тонометра со звуковым сигналом, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, проводить физикальное обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела (су в терапии)

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

План изучения темы:

1. Назвать типы аллергических реакций
2. Охарактеризовать аллергические реакции немедленного типа, привести примеры
3. Охарактеризовать аллергические реакции замедленного типа, привести примеры.
4. Охарактеризовать причины и клинику анафилактического шока
5. Перечислить сестринские мероприятия неотложной помощи при анафилактическом шоке
6. Назвать симптомы отека Квинке и неотложную помощь
7. Охарактеризовать острую крапивницу и неотложную помощь
8. Перечислить особенности сестринского ухода за пациентами, страдающими аллергическими заболеваниями

Содержание темы:

Острая крапивница-это аллергическое заболевание, характеризующееся быстрым распространением на коже высыпаний.

Высыпания имеют своеобразный вид, напоминая ожог крапивой: полиморфные, слегка возвышающиеся над поверхностью кожи, розовой окраски. Границы высыпаний четкие, могут быть фестончатыми.

Чаще всего при острой крапивнице аллергенами являются:

- пищевые продукты- яйца, рыба, клубника, цитрусовые, но может быть любой продукт
- Лекарства- антибиотики, рентгеноконтрастные вещества и др.

Таким образом, для крапивницы характерно поступление аллергена пероральным путем. Высыпания появляются быстро (за 10-20 мин), не распространяются за пределы сосочкового слоя кожи, сопровождаются сильным зудом.

Исчезают высыпания быстро, но могут держаться 1-2 дня. Проходят самостоятельно или после лечения.

Могут быть дополнительные симптомы: слабость, головная боль, повышение температуры до 38-39*С

Отек Квинке (или ангионевротический отек), при этом отек распространяется на подкожную клетчатку.

Причиной могут стать пищевые продукты, лекарственные препараты.

Типичен для отека Квинке внезапно возникающий отек губ, век, сопровождающийся напряжением кожи. Отек бледного цвета.

Отек может распространяться на руки, шею, гортань- особенно опасный отек, жизнеугрожающее состояние: появляется осиплость голоса, «лающий» кашель, затруднение вдоха, асфиксия, при отсутствии своевременной медицинской помощи может наступить смерть.

Редко бывает другая локализация отека-слизистая ЖКТ, серозные оболочки гол. Мозга.

Лечение отека Квинке:

- Госпитализация (обязательно!) и наблюдение не менее суток
- Голод на 3 дня
- ГКС- преднизолон или гидрокортизон, или дексаметазон в/в струйно
- Антигистаминные препараты в/м
- При симптомах удушья- сальбутамол ингал.
- При выраженном отеке- мочегонные

Анафилактический шок - наиболее грозное заболевание из аллергозов, это аллергическая реакция немедленного типа.

Анафилактический шок чаще развивается при парентеральном введении аллергена или укусах змеи, пчел, ос, шершней.

Аллергеном часто бывают антибиотики (пенициллин), вакцины, сыворотки, белковые препараты,

Анафилактический шок может развиваться при проведении СИТ, кожно-аллергических тестов

Типичная форма анафилактического шока : появление неприятных ощущений, чувства жара, слабости, беспокойства, страха, тяжести за грудиной, головокружения, тошноты (может быть рвота), потеря сознания

При очень быстром развитии шока пациент не успевает предъявить жалоб. Чем быстрее развивается шок, тем серьезнее прогноз.

Алгоритм сестринской помощи при анафилактическом шоке:

- немедленно прекратить введение лекарственного вещества, при в/в введении-сохранить сосудистый доступ
- наложить жгут выше места введения
- вызвать врача через помощника
- на место введения наложить пузырь со льдом
- измерить АД на свободной руке и манжету не снимать для контроля АД в динамике
- обколоть место инъекции крестообразно р-ром адреналина 0,1%-0.5 п/к
- ввести в/в струйно 90-120 мг преднизолона на 10.0 физ. Раствора
- по назначению врача ввести при бронхоспазме в/в эуфиллин 2.4%-10.0 на физ.растворе
- по назначению врача при отеком с-ме ввести в/в фуросемид
- по назначению врача при тахикардии-коргликон
- при отсутствии АД и дыхания до прихода врача- начать легочно-сердечную реанимацию

После выведения пациента из шока- госпитализация и наблюдение не менее суток.

Препарат, вызвавший анафилактический шок исключается из применения пациентом пожизненно, в медицинской документации делаются соответствующие пометки.

В случае, если состояние пациента прогрессивно ухудшается и нет возможности провести медикаментозную терапию выведения из шока, может наступить клиническая смерть. В таком случае необходимо провести сердечно-легочную реанимацию.

Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации¹. Определить наличие сознания у пострадавшего.

2. Восстановить проходимость дыхательных путей и определить признаки жизни:

- запрокинуть голову с подъемом подбородка;
- выдвинуть нижнюю челюсть (при необходимости);
- определить наличие нормального дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;

3. Определить наличие кровообращения путем проверки пульса на магистральных артериях (одновременно с определением дыхания)

4. Вызвать скорую медицинскую помощь, другие специальные службы, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом (по тел. 103 или 112, привлекая помощника или с использованием громкой связи на телефоне).

5. Начать проведение сердечно-легочной реанимации путем чередования:

- давления руками на грудину пострадавшего;
- искусственного дыхания «Рот ко рту», «Рот к носу», с использованием устройств для искусственного дыхания.

6. При появлении признаков жизни придать устойчивое боковое положение

8. Вопросы по теме занятия

1. Рассказать о клинических проявлениях острой крапивницы

1) Острая крапивница - это аллергическое заболевание, характеризующееся быстрым распространением на коже высыпаний. Высыпания имеют своеобразный вид, напоминая ожег крапивой: полиморфные, слегка возвышающиеся над поверхностью кожи, розовой окраски. Границы высыпаний четкие, могут быть фестончатыми. Чаще всего при острой крапивнице аллергенами являются: • пищевые продукты - яйца, рыба, клубника, цитрусовые, но может быть любой продукт • Лекарства - антибиотики, рентгеноконтрастные вещества и др. Таким образом, для крапивницы характерно поступление аллергена пероральным путем. Высыпания появляются быстро (за 10-20 мин), не распространяются за пределы сосочкового слоя кожи, сопровождаются сильным зудом. Исчезают высыпания быстро, но могут держаться 1-2 дня. Проходят самостоятельно или после лечения. Могут быть дополнительные симптомы: слабость, головная боль, повышение температуры до 38-39°C;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Рассказать о проявлениях отека Квинке

1) Отек Квинке (или ангионевротический отек), при этом отек распространяется на подкожную клетчатку. Причиной могут стать пищевые продукты, лекарственные препараты. Типичен для отека Квинке внезапно возникающий отек губ, век, сопровождающийся напряжением кожи. Отек бледного цвета. Отек может распространяться на руки, шею, гортань - особенно опасный отек, жизнеугрожающее состояние: появляется осиплость голоса, «лающий» кашель, затруднение вдоха, асфиксия, при отсутствии своевременной медицинской помощи может наступить смерть. Редко бывает другая локализация отека - слизистая ЖКТ, серозные оболочки гол. Мозга.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. Рассказать о типичных проявлениях анафилактического шока

1) Типичная форма анафилактического шока: появление неприятных ощущений, чувства жара, слабости, беспокойства, страха, тяжести за грудиной, головокружения, тошноты (может быть рвота), потеря сознания. При очень быстром развитии шока пациент не успевает предъявить жалоб. Чем быстрее развивается шок, тем серьезнее прогноз.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. Рассказать о лечении отека Квинке

1) Лечение отека Квинке: • Госпитализация (обязательно!) и наблюдение не менее суток • Голод на 3 дня • ГКС - преднизолон или гидрокортизон, или дексаметазон в/в струйно • Антигистаминные препараты в/м • При симптомах удушья - сальбутамол ингал. • При выраженном отеке - мочегонные;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. Какова тактика в отношении препарата, вызвавшего анафилактический шок?

1) Препарат, вызвавший анафилактический шок исключается из применения пациентом пожизненно, в медицинской документации делаются соответствующие пометки;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА ПРИ КРАПИВНИЦЕ:

- 1) тошнота, рвота;
- 2) одышка, сухой кашель;
- 3) сыпь, кожный зуд;
- 4) боль за грудиной, одышка;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. ПРИ АЛЛЕРГИИ НА ПЕНИЦИЛЛИН ПАЦИЕНТУ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) оксациллин;
- 2) ампиокс;
- 3) моксифлоксацин;
- 4) бициллин;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА:

- 1) укус собаки;
- 2) укус пчел;
- 3) укус комара;
- 4) укус клеща;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

4. НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ НАЧИНАЮТ ОКАЗЫВАТЬ:

- 1) в отделении реанимации;
- 2) в машине скорой помощи;
- 3) в процедурном кабинете;
- 4) там, где шок развился, не зависимо от места;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

5. ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ МОГУТ ВЫЗВАТЬ:

- 1) все перечисленное;
- 2) употребление рыбы;
- 3) употребление орехов;
- 4) употребление цитрусовых;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. : Для проведения массажа обратился пациент 20 лет с диагнозом дорсопатия. Объективно: на коже груди и живота определяются возвышающиеся над поверхностью образования разных размеров- от 2х2 до 3х4 см. При расспросе выяснилось, что высыпания на коже появляются часто, сильно зудятся. Проходят самостоятельно через 1-2 дня. К врачу по этому поводу пациент не обращался. Данные высыпания появились 2 дня назад, но пациент не посчитал их опасными и пошел на массаж.

Вопрос 1: Определите состояние пациента;

Вопрос 2: Решите вопрос о проведении массажа;

- 1) У пациента клинические проявления острой крапивницы;
- 2) Проведение массажа данному пациенту противопоказано. Ему рекомендовано обратиться к терапевту по месту жительства для проведения лечения и уточнения причины появления такой аллергической реакции;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

2. Пациент Н, 35 лет, проводит курс классического массажа. В анамнезе аспириновая астма, период длительной ремиссии. По рекомендации знакомых пациент приобрел для массажа крем «Долобене-гель» Во время проведения массажа данный крем был использован, но через 5 минут после начала массажа пациент почувствовал сильное головокружение, затруднение дыхания и потерял сознание.

Вопрос 1: назовите состояние, развившееся у пациента;

Вопрос 2: Составьте алгоритм действий медицинской сестры;

Вопрос 3: какую ошибку совершил массажист при проведении массажа?;

- 1) у пациента развился анафилактический шок;
- 2) Необходимо вызвать скорую помощь, до ее приезда определить АД пациента, дыхание и пульс на сонной артерии, при отсутствии таковых- приступить к сердечно-легочной реанимации;
- 3) Массажист применил гель с НПВП, который противопоказан для пациентов с аспириновой астмой;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ОК-12, ПК-1.2

