

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ**

---

**КЫРГЫЗСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ «УНИКУМ»**



**УТВЕРЖДАЮ**

Зам. директора по УР

Рахманова Ч.М.

---

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024г.

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС**

По дисциплине: **Сестринское дело в семейной медицине**

Специальность: **060109 «Сестринское дело»**

Цикл дисциплины: **Профессиональные дисциплины**

Составитель УМК: **Каипова Толкун Шарабидиновна**, преподаватель  
клинических дисциплин \_\_\_\_\_

УМК рассмотрен и одобрен на заседании ПЦК Клинических дисциплин,  
Протокол № \_\_\_\_\_ от “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2024г.

Председатель ПЦК: \_\_\_\_\_

**Бишкек -2024**

УМК составлен на основании ГОС СПО КР, утвержденного МОиН КР приказом №567/1 от 15 мая 2019г, учебной программы дисциплины Сестринское дело в семейной медицине и учебным планом по специальности 060109 “Сестринское дело”, утвержденному приказом директора КМСК “Уникум” от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024г.

## **Содержание**

### **учебно-методического комплекса дисциплины:**

1. Рабочая программа.
2. Силлабус
3. Учебно-методические материалы:
  - \_ Курс лекций:
  - \_ Методические указания или поурочные планы к практическим занятиям (технологическая карта);
  - \_ контрольные задания (вопросы, тесты, ситуационные задачи);
4. Методическое обеспечение практического занятия.
5. Методическое обеспечение самостоятельной работы студента (СРС).
6. Краткий глоссарий.
7. Список литературы.

**МИНИСТЕРСТВА ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ “УНИКУМ”**

**ОДОБРЕНА**

Предметно-цикловой комиссией

Клинических дисциплин

Протокол № \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель ПЦК \_\_\_\_\_

**УТВЕРЖДАЮ**

Заместитель директора по УР

Рахманова Ч.М.

\_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

**Курс - 2**

**Семестр - 4**

**Количество учебных недель в семестре -18**

**Форма итогового контроля - зачет**

**Число кредитов - 4 кредитов**

**Всего часов по учебному плану - 120**

<b>Отделение</b>	<b>Семестр</b>	<b>Всего часов</b>	<b>Теория</b>	<b>Практика</b>	<b>Итоговый контроль</b>
<b>Сестринское дело</b>	4	180	24	54	По текущим оценкам зачет

**Раздел 1. Общие положения**

## 1.

### 1.1. Аннотация дисциплины

Программа предназначена для реализации требований Государственного образовательного стандарта к уровню подготовки студентов по дисциплине «Сестринское дело в семейной медицине» для специальности 060109 «Сестринское дело» и построена так, что рационально сочетаются элементы сестринского ухода на этапах лечения и профилактики и ведущее значение придано сестринскому процессу и его этапам. В дисциплине «Сестринское дело в семейной медицине» освещены вопросы по оказанию лучшего медицинского обслуживания всему населению республики наиболее эффективным способом, возможным при данных обстоятельствах и оказанию первичной медико-санитарной помощи населению.

#### **Компетенции, формируемые в результате освоения дисциплины:**

**ПК 3.9.** Обучать пациента и его семью поддержанию здоровья в различные возрастные периоды, уходу и самоуходу, здоровому образу жизни.

**ПК 2.1.** Проводить лечебно-диагностическую, профилактическую и санитарно-просветительскую работу с пациентами с экстрагенитальной патологией под руководством врача.

**ПК 2.2.** Выявлять физические и психические отклонения в развитии ребенка, осуществлять уход, лечебно-диагностические, профилактические мероприятия детям поручением врача.

**ПК 3.1.** Проводить профилактические осмотры и диспансеризацию женщин в различные периоды жизни.

### 1.2. Цель преподавания дисциплины:

Роль семейной медсестры в системе здравоохранения Кыргызской Республики. Семья и здоровый образ жизни. Основные мероприятия по профилактики заболеваний в семейной медицине. Здоровый ребенок в семье. Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями. Женщина в семье. Помощь семейной медсестры пациентам с соматической и хронической патологией. Понятие «геронтология», проблемы ухода за престарелыми в семье

Программа рассчитана на теоретическую и практическую подготовку квалифицированных специалистов по подготовке медсестер сестринского дела в семейной медицине и преподносится студентам в виде курса теоретических и практических занятий, проводимых в кабинетах доклинической практики, на базах поликлиник в группах семейных врачей (ГСВ). Изучение дисциплины завершается текущим зачётом.

### 1.3. Задачи преподавания дисциплины:

- изучить основные подходы к максимальной ориентации на форсирование базовых профессиональных знаний, умений и навыков сестринского дела в семейной медицине, необходимых для деятельности медсестры;
- сформировать навыки проведения сестринского процесса, как метода оказания сестринской помощи пациентам;

## **Взаимосвязь учебных дисциплин:**

### **Пререквизиты:**

- анатомия и физиология человека
- фармакология;
- терапия;
- инфекционные болезни;
- дермато венерология;
- офтальмология;
- геронтология;
- неврология;
- хирургия.

### **Постреквизиты:**

- гериатрия;
- педиатрия;
- кардиология.

## **Раздел 2. Содержание, трудоемкость дисциплины.**

### **Тема: Концепция семейной медицины, роль семейной медсестры.**

**теория - 2 часа**

Концепция семейной медицины. Национальные программы «Манас Таалими», «Ден-Соолук». Аттестация. Система организации медицинской помощи населению. Первичная медико-санитарная помощь. Понятие семейной медицины. Роль и задачи семейной медицины в структуре. Работа медсестры – подход к решению проблем (оценка, анализ, планирование, оценка результатов). Понятие группы семейных врачей. Взаимодействие семейного врача и семейной медсестры в процессе профессиональной деятельности. Сотрудничество как основа взаимоотношений с пациентами. Общение как составная часть лечения и сестринского ухода. Основные роли семейной медсестры в процессе профессиональной деятельности. Этические, профессиональные, моральные нормы поведения семейной медсестры. Конфиденциальность и сохранение тайны. Законы, определяющие сестринскую деятельность. Юридическая защита семейной сестры. Юридическая ответственность семейной сестры. Профессиональное и юридическое регулирование практики сестринского дела.

#### **Студент должен знать:**

- национальные программы;
- этический кодекс медсестер;
- концепцию сестринского дела.
- понятие семейной медицины.
- роль и задачи семейной медицины в структуре.
- понятие группы семейных врачей.
- сестринский процесс;

- понятие «семья»;
- законы в сестринской деятельности;
- юридическую ответственность;
- права и обязанности медсестры.

#### **Содержание практического занятия.**

Понятие ГСВ, ЦСМ АГСВ цели, задачи и структура. Понятие о семейной медицине, цели и задачи. Основные направления деятельности ЦСМ. Сестринский процесс в семейной медицине. Понятие «семья», виды, задачи, функции, факторы риска. Сестринские мероприятия по охране благополучия семьи. Принципы диспансерного наблюдения.

#### **Студент должен уметь:**

- заполнять карту сестринского процесса;
- выявлять факторы риска в семье.

### **Тема: Понятие «семья» и психологические нагрузки. Здоровье и болезнь.**

**теория - 2 часа**

Понятие «семья». Потребности и преимущества семьи. Традиции кыргызских семей. Факторы, влияющие на семью в современном мире, их разнообразие. Проблемы неполных и многодетных семей. Понятие и определение здоровья: здоровье индивидуума, здоровье семьи и здоровье общества. Пограничные состояния. Факторы, влияющие на состояние здоровья. Общее понятие о здоровье: состояние и перспективы здоровья населения в мире и Кыргызстане. Здоровье, как единство биологического, физиологического, психического и социального формирования организма. Оценка здоровья. Адаптация. Социальное значение здоровья и работоспособности (личное, общественное и государственное). Законодательная основа сохранения здоровья. Понятие болезнь. Экология и семья. Понятие о стрессе и адаптации. Действия семейной медсестры, направленные на снижение величины стресса. Методики саморегуляции, психологическая поддержка. Профилактика стресса в процессе жизни. Семейная жестокость, моральный климат семьи.

#### **Студент должен знать:**

- понятие «семья»;
- факторы, влияющие на семью;
- понятие «здоровье»;
- социальное значение здоровья;
- законодательную основу здоровья;
- понятие «болезнь»;
- понятие «стресс», «адаптация»;
- профилактику стресса;
- понятие «семейная жестокость»;
- моральный климат семьи;
- 3 уровня потребности по А. Маслоу.

- основные потребности человека по А. Маслоу;

**Тема: Организация работы семейной медсестры. Сестринский процесс и решение ситуационных задач.**

**практика 6 часов**

Понятие «семейная медицина». Роль, задачи, структура семейной медицины. Семейная медицина в системе здравоохранения Кыргызстана. Знакомство с ЦСМ, ГСВ, цели, задачи и структура. Основные направления деятельности ЦСМ. Роль семейной медсестры в организации работы ГСВ. Квалификационные требования к специалистам. Взаимодействие семейного врача и сестры в процессе профессиональной деятельности. Понятие о страховой медицине.

**Студент должен знать:**

- роль семейной медсестры;
- структуру ЦСМ и ГСВ;
- документацию ЦСМ и ГСВ;
- принципы первичной медико-санитарной помощи;
- права и обязанности семейной медсестры;
- понятие «команда в семейной медицине»;
- понятие о страховой медицине.

**Тема: Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами.**

**теория - 2 часа  
практика -6 часов**

Планирование работы семейной медсестры с беременными женщинами. Задачи службы планирования семьи: здоровая мать – здоровый ребенок, грудное вскармливание, служба социального патронажа и совместная работа их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья женщины. Тщательный сбор анамнеза, сомнительные признаки беременности, вероятные и достоверные признаки. Определение продолжительности срока родов.

**Студент должен знать:**

- виды контрацепции;
- задачи службы планирования;
- сомнительные признаки беременности;
- вероятные и достоверные признаки;
- определение продолжительности срока родов.

**Содержание практического занятия.**

Планирование работы семейной медсестры с беременными женщинами. Задачи службы планирования семьи: здоровая мать – здоровый ребенок, грудное вскармливание, служба социального патронажа и совместная работа их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья женщины. Тщательный сбор анамнеза,

сомнительные признаки беременности, вероятные и достоверные признаки. Определение продолжительности срока родов.

**Студент должен уметь:**

- тщательно собирать анамнез;
- определять беременность;
- определять сроки беременности;
- определять сроки выдачи додекретного и послеродового отпуска;
- определять продолжительность срока родов.

**Тема: Консультирование членов семьи по уходу за новорожденными. Виды кормления.**

**теория - 2 часа  
практика - 6 часов**

Консультирование членов семьи по уходу за новорожденными. Характеристика периода новорожденности. Признаки здорового доношенного младенца. Основные потребности новорожденного и способы их удовлетворения. Изучение физиологических состояний новорожденного младенца. Уход за здоровым младенцем непосредственно после рождения. Прямой контакт с телом матери “кожа-к коже” и раннее начало грудного вскармливания. Поддержание теплового режима. Профилактика неонатальных инфекций: гигиена асептика во время родов, уход за пуповиной, обработка глаз. Антропометрия и регистрация новорожденного. Техника противотуберкулезной вакцинации. Проведение первичного патронажа новорожденных в семье и его задачи.

**Студент должен знать:**

- признаки доношенного новорожденного;
- физиологические состояния доношенного новорожденного;
- уход за здоровым младенцем непосредственно после рождения;
- прямой контакт с телом матери “кожа-к коже”;
- поддержание теплового режима;
- уход за новорожденным: утренний туалет, купание, правила прикладывания к груди;
- правила заполнения истории развития ребенка.

**Содержание практического занятия.**

Признаки доношенности. Оценить состояния новорожденных по основным физическим показателям. Организовать уход за здоровым младенцем непосредственно после рождения. Прямой контакт с телом матери “кожа-к коже” и раннее начало грудного вскармливания. Поддержание теплового режима. Обычный уход за новорожденными после рождения. Опасные признаки у новорожденных и младенцев раннего возраста. Профилактика неонатальных инфекций: гигиена асептика во время родов, уход за пуповиной, обработка глаз. Ознакомить с техникой проведения противотуберкулезной вакцинации. Обучить проведению первичного патронажа. Обучить студента консультировать семью по вопросам ухода за новорожденным ребенком. Просмотр фильма по теме: «Новорожденный ребенок и уход за ним» в УТЦ.

**Студент должен уметь:**

- выявлять признаки новорожденного здорового ребенка;
- проводить уход за здоровым младенцем непосредственно после рождения;
- соблюдать поддержание теплового режима;
- проводить обычный уход за новорожденными после рождения;
- своевременно выявлять опасные признаки у новорожденных и младенцев раннего возраста;
- соблюдать гигиену для профилактики неонатальных инфекций;
- оценивать физиологические состояния;
- проводить купание;

**Тема: Роль семейной медсестры по уходу за детьми с соматическими заболеваниями.**

**теория - 2 часа**

Причины и факторы риска, основные клинические проявления, осложнения при заболеваниях органов дыхания у детей. ОРВИ, клиника, уход за больными. Поддерживающий уход и наблюдение. Определение острого тонзиллита. Клиника острого стрептококкового тонзиллита, сбор информации, объективный осмотр, лечение, профилактика, уход. Пневмония у детей, определение, причины, классификация пневмоний по тяжести, клиника. Астма, определение, клиника, диагностика, принципы лечения. Сестринский процесс. Роль семейной медсестры в профилактике и диспансеризации бронхиальной астмы. Постановка сестринского диагноза (приоритетные проблемы). Планирование сестринского ухода. Реализация плана сестринского ухода. Оценка результатов сестринского ухода. Противоэпидемические мероприятия в очаге ОРВИ. Роль семейной медсестры в профилактике острых респираторных инфекций у детей.

**Студент должен знать:**

- причины, основные симптомы при болезнях органов дыхания;
- поддерживающий уход и наблюдение;
- подготовку к методам обследования, принципы лечения заболеваний органов дыхания;
- роль семейной медсестры в уходе за больными детьми;
- профилактику заболеваний органов дыхания.
- определение гриппа, парагриппа, аденовирусной инфекции;
- причины, основные клинические проявления, осложнения;
- профилактику острых респираторных инфекций у детей.

**Тема: Роль семейной медсестры при работе с подростками. Вопросы гигиены и полового воспитания. Вредные привычки.**

**теория - 2 часа**

Организация работы семейной медсестры с подростками в семье. Работа семейной медсестры и совместная работа их с местными советами, как стратегия

улучшения социального положения и здоровья подростков. Патронаж семейной медсестры в семье, где проживают подростки. Причины возникновения заболеваний связанных с курением. Проблемы, связанные с алкоголем. Проблемы наркомании. Роль вредных привычек на процесс формирования здоровья. Практические принципы коррекции здоровья.

**Студент должен знать:**

- организацию работы семейной медсестры с подростками в семье.;
- работу семейной медсестры и совместную работу их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья подростков;
- патронаж семейной медсестры в семье, где проживают подростки;
- о влиянии вредных привычек на организм подростков;
- о вреде курения;
- о вреде алкоголя;
- о вреде наркомании.

**Тема: Роль семейной медсестры при работе с подростками.**

**практика - 6 часов**

Организация работы семейной медсестры с подростками в семье. Работа семейной медсестры и совместная работа их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья подростков. Патронаж семейной медсестры в семье, где проживают подростки. Причины возникновения заболеваний связанных с курением. Проблемы, связанные с алкоголем. Проблемы наркомании. Роль вредных привычек на процесс формирования здоровья. Практические принципы коррекции здоровья.

**Студент должен уметь:**

- организовать работу семейной медсестры с подростками в семье;
- организовать совместную работу с местными советами;
- консультировать подростков и их родителей о вреде вредных привычек;

**Тема: Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями респираторной системы. Профилактика ХОБЛ.**

**теория – 2 часа**

Общая характеристика острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей. Определение ОРВИ, гриппа, птичьего гриппа, острого бронхита, пневмонии. Причины, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика. Оценка и определение действия при лихорадке, кашле и затрудненном дыхании (блок ИВБДВ). Роль семейной акушерки в профилактике пневмоний. Определение бронхиальной астмы, хронического обструктивного заболевания легких. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы. Оценка и определение действия при кашле и затрудненном дыхании (блок ИВБДВ). Принципы лечения, профилактика Роль семейной медсестры в профилактике и диспансеризации больных с ХОЗЛ. Табакокурение. Определение рака легкого. Причины, ранние симптомы, принципы

лечения, профилактика. Паллиативная помощь. Определение плеврита, нагноительных заболеваний легких (бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легкого). Причины, симптомы, принципы лечения. Оценка и определение действия при лихорадке. Профилактика. Дренаж бронхов.

**Студент должен знать:**

- этиологию заболеваний органов дыхания;
- основные симптомы при заболеваниях органов дыхания;
- методы обследования при заболеваниях органов дыхания;
- принципы лечения, профилактику заболеваний органов дыхания.

### **Тема: Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями сердечно - сосудистой системы.**

**теория - 2 часа**

Основные симптомы при заболеваниях органов кровообращения. Физикальная оценка пациента с заболеваниями органов кровообращения. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам обследования при заболеваниях органов кровообращения. Определение ревматизма. Причины, симптомы, методы обследования, принципы лечения, уход. Сестринский процесс. Роль медсестры в профилактике ревматизма. Понятие о пороках сердца, эндокардита, миокардита, перикардита, классификация, причины. Пороки компенсированные и декомпенсированные. Сестринский уход. Роль медсестры в профилактике пороков сердца. Причины, симптомы, методы обследования, принципы лечения, уход и профилактика. Определение атеросклероза, гипертонической болезни. Причины, симптомы, методы обследования, принципы лечения, уход. Роль медсестры в консультировании пациента по профилактике атеросклероза и гипертонической болезни. Классификация, факторы риска, симптомы, методы обследования, принципы лечения. Сестринский процесс. Роль медсестры в профилактике гипертонической болезни. Консультирование пациента по вопросам диетотерапии. Гипертонический криз - определение, симптомы, оказание неотложной доврачебной помощи, сестринский уход. Коронарная болезнь сердца, определение стенокардии, острого инфаркта миокарда факторы риска, симптомы, методы обследования, принципы лечения. Сестринский процесс. Роль медсестры в купировании приступов стенокардии, физикальная оценка пациента с инфарктом миокарда, оказание неотложной доврачебной помощи при остром инфаркте миокарда, сестринский уход. Острая сердечная недостаточность: отек легких, сердечная астма. Причины, симптомы, неотложная помощь, сестринский процесс. Хронической сердечной недостаточности. Причины, симптомы, методы обследования, принципы лечения, уход. Сестринский процесс. Острая сосудистая недостаточность: обморок, коллапс, шок. Причины, симптомы, неотложная помощь, сестринский процесс. Особенности работы медсестры в палате интенсивной терапии. Роль медсестры в оказании первой доврачебной помощи кардиологическим больным.

**Студент должен знать:**

- определение, причины, основные симптомы заболеваний органов кровообращения;
- методы обследования заболеваний органов кровообращения;

- принципы лечения, уход, профилактику.

**Тема: Роль семейной медсестры по уходу за больными с заболеваниями респираторной и сердечно - сосудистой системы.**

**практика - 6 часов**

Физикальная оценка пациента с заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, оценить тяжесть состояния, проводить подсчет числа дыхания. Ознакомить с лабораторными (сбор мокроты, исследование плевральной жидкости, биохимические анализы крови) и инструментальными (определение функции внешнего дыхания, рентгенография, бронхоскопия, плевральная пункция, ЭКГ, ЭХО, УЗИ сердца, велоэргометрия) методами исследования. Консультирование пациента и семьи по вопросам лечения и профилактики острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей, острого бронхита и пневмонии. Обучение пациентов правилам приема антибактериальных средств. Разбор и обсуждение ситуационных задач. Оказание неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы. Консультирование пациента и семьи по вопросам профилактики и оказания помощи при приступе бронхиальной астмы. Обучение пациента принципам терапии бронхиальной астмы. Дать представление о проведении пикфлоуметрии и правилам интерпретации результатов обследования. Обучение студентов технике правильного пользования дозированным ингалятором и другими способами доставки лекарственных препаратов в дыхательные пути (спейсер, небулайзер). Обучить студентов организации лечебного питания. Уход за пациентами с хроническим обструктивным заболеванием легких. Обучение правилам сбора мокроты. Дать понятие о методах дыхательной гимнастики и обучить студентов консультировать пациента и семью по вопросам профилактики ХОЗЛ и табакокурения. Подготовка к технике проведения плевральной пункции. Демонстрация и обсуждение ролевой игры при нагноительных заболеваниях легких (абсцесс легкого и бронхоэктатическая болезнь). Обучение пациентов правилам приема антибактериальных средств. Дренаж бронхов. Сестринский процесс при заболеваниях респираторной и сердечно-сосудистой системах. Уход за пациентами с ревматизмом. Обучение пациента принципам профилактики ревматизма. Уход за пациентами с пороками сердца. Консультирование пациента по вопросам профилактики порока и эндокардита. Обучение пациента принципам диетотерапии. Консультирование пациента по вопросам приема гипотензивных препаратов, профилактики гипертонической болезни и принципам диетотерапии. Оказание первой доврачебной помощи при гипертоническом кризе. Консультирование пациента по вопросам профилактики гипертонического криза. Уход за пациентами со стенокардией и с инфарктом миокарда. Оказание первой доврачебной помощи при приступе стенокардии и инфаркта миокарда. Обучение студентов капельному введению лекарственных средств. Консультирование пациента и семьи принципам профилактики КБС, диетотерапии и ранней физической реабилитации. Роль медсестры при оказании первой неотложной помощи при обмороке, коллапсе и шоке. Роль медсестры при оказании первой неотложной помощи при сердечной астме и отеке легких. Уход за пациентами с хронической сердечной недостаточностью. Профилактика пролежней.

Консультирование пациента по измерению водного баланса и по ограничению физической нагрузки.

**Студент должен уметь:**

- проводить физикальную оценку пациента с заболеваниями органов дыхания, с заболеваниями органов кровообращения;
- оценивать тяжесть состояния, проводить подсчет числа дыхания;
- оказывать первую доврачебную помощь при удушье, легочном кровотечении;
- пользоваться ингалятором, спейсером, небулайзером, пикфлоуметром;
- подготовить необходимые инструменты для пункции плевральной полости;
- обучать пациента и семью правилам применения лекарственных средств и организации лечебного питания;
- консультировать пациента и семью по вопросам профилактики обострений заболеваний и их осложнений;
- проводить сестринский процесс при заболеваниях органов дыхания и сердечно-сосудистой системы;
- взаимодействовать в лечебной бригаде;
- оформлять медицинскую документацию;
- владеть навыками профессионального общения.

**Тема: Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения.**

**теория - 2 часа**

Основные симптомы при заболеваниях органов пищеварения. Физикальная оценка пациента с заболеваниями органов пищеварения. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования при заболеваниях органов пищеварения: реакция Грегерсена, биохимический анализ крови, дуоденальное зондирование, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, рентгенография желудка, желчного пузыря, толстого кишечника, гастродуоденоскопия, колоноскопия. Определение острого гастрита, хронических гастритов, типы (А, язвенной болезни и рака желудка В), Причины, основные симптомы. Оказание первой доврачебной помощи при отравлении. Принципы лечения и уход. Диспансеризация. Роль медсестры в консультировании по вопросам диетотерапии, деонтология. Осложнения язвенной болезни и рака желудка. Первая доврачебная помощь при желудочном кровотечении, перфорации язвы. Роль медсестры в обучении пациентов по диетотерапии. Определение хронического гепатита, цирроза печени, хронического холецистита, желчнокаменной болезни. Причины, основные клинические симптомы, принципы лечения, уход. Подготовка пациента к лабораторно-инструментальным методам обследования при заболеваниях печени. Роль медсестры в консультировании пациента по вопросам диетотерапии. Сестринский процесс. Оказание первой доврачебной помощи при приступе желчнокаменной болезни. Роль медсестры в профилактике приступа желчнокаменной болезни.

**Студент должен знать:**

- определение заболеваний, основные симптомы заболеваний органов пищеварения;
- лабораторно-инструментальные методы исследования;

- принципы лечения и ухода за пациентами;
- вопросы лечебного питания.

**Тема: Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.**

**теория - 2 часа**

Определение острого и хронического пиелонефрита, острого и хронического гломерулонефрита, почечнокаменной болезни, острой и хронической почечной недостаточности (ОПН, ХПН). Причины, основные клинические симптомы, принципы лечения, профилактика, диспансеризация. Сестринский процесс. Роль семейной медсестры в подготовке пациента к лабораторным и инструментальным методам обследования. Особенности диетотерапии. Диспансеризация. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам обследования. Оказание первой доврачебной помощи при почечной колике. Понятие о гемодиализе.

**Студент должен знать:**

- определение острого и хронического гломерулонефрита, пиелонефрита, ОПН, ХПН, почечнокаменной болезни;
- этиологию, основные клинические симптомы;
- лабораторно-инструментальные методы исследования;
- принципы лечения и уход;
- особенности диетотерапии;
- диспансеризацию пациентов с заболеваниями почек.
- понятие о гемодиализе

**Тема: Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями эндокринной системы.**

**теория – 2 часа**

Определение гипертиреоза, гипотиреоза, эндемического зоба, сахарного диабета, ожирения. Причины, основные клинические симптомы, принципы лечения и уход. Подготовка лабораторно-инструментальным методам исследования. Особенности питания. Роль семейной медсестры в профилактике эндемического зоба. Особенности диеты. Осложнения сахарного диабета. Роль семейной медсестры в оказании первой неотложной помощи при комах. Роль семейной медсестры в консультировании пациентов по вопросам лечебного питания.

**Студент должен знать:**

- определение болезни, причины, основные клинические симптомы заболеваний эндокринной системы;
- принципы лечения и уход;
- особенности диетотерапии, стол № 9;
- диспансеризацию.

**Тема: Роль семейной медсестры по уходу за пациентами  
с заболеваниями органов пищеварения,  
мочевыделительной и эндокринной систем.**

**практика – 6 часов**

Проведение физикальной оценки пациента с заболеваниями органов пищеварения, оценить тяжесть состояния. Проведение сестринского процесса при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), мочевыделительной и эндокринной систем. Ознакомить студента с подготовкой пациента к инструментальным методам исследования (гастроуденоскопии, УЗИ печени и поджелудочной железы, рентгенографии желудка и желчного пузыря). Оказание сестринской помощи пациентам при рвоте, при печеночной и почечной колике. Беззондовое промывание желудка. Уход за пациентами с хроническим гепатитом, циррозом печени, пиелонефритом, почечнокаменной болезнью, гломерулонефритом, ХПН, заболеваниями щитовидной железы, сахарным диабетом, ожирением. Роль медсестры при оказании первой доврачебной помощи при желудочном кровотечении и перфорации желудка, в профилактике гастрита, при подготовке пациента к УЗИ печени. Консультирование пациента по диетотерапии при гастритах, желчнокаменной болезни, гепатитах, циррозах печени. Консультирование пациента и семьи по вопросам профилактики эндемического зоба. Роль семейной медсестры в диспансеризации больных с заболеваниями почек. Обучение пациентов правилам подкожной инъекции и инсулинотерапии. Оказание первой помощи при осложнениях.

**Студент должен уметь:**

- собрать анамнез тематических пациентов;
- поставить сестринский диагноз;
- оказать доврачебную медицинскую помощь;
- проводить беззондовое промывание желудка;
- подготовить пациента к рентгенологическому исследованию и гастроскопии желудка, УЗИ органов ЖКТ, почек, радиоизотопному исследованию щитовидной железы;;
- подготовить пациента и собрать мочу на общий анализ, пробу по Зимницкому, Нечипоренко;
- проводить консультирование по диетическому питанию при заболеваниях органов пищеварения, мочевыделительной и эндокринной систем;
- ухаживать за пациентами с заболеваниями ЖКТ, мочевыделительной и эндокринной систем;
- консультировать по вопросам диетотерапии (стол № 7), пациента и семьи по вопросам профилактики эндемического зоба, по употреблению йодсодержащих пищевых продуктов;
- консультировать пациента по регулированию водного баланса;
- оказывать первую доврачебную помощь придиабетических комах.

**Тема: Роль семейной медсестры по уходу за пациентами  
с заболеваниями крови.**

**теория - 2 часа**

Определение анемий, геморрагического диатеза, лейкоза. Причины, основные симптомы геморрагического диатеза, лейкоза. Принципы лечения, уход. Правильное сбалансированное питание в профилактике железодефицитной анемии. Консультирование пациентов по питанию.

**Студент должен знать:**

- определение, причины, основные симптомы заболеваний крови: железодефицитной, В12-фолиеводефицитной, постгеморрагической анемий, геморрагического диатеза; лейкоза;
- принципы лечения и уход;
- профилактику анемий.

### **Тема: Инфекционный пациент в семье. Профилактика ВИЧ/СПИД.**

**теория – 2 часа**

Медико-деонтологические проблемы при выявлении инфекционного пациента в семье. Понятие об иммунитете, путях повышения иммунитета. Распознавание и постановка сестринского диагноза при наиболее распространенных инфекционных заболеваниях, инфекционные и паразитарные заболевания кожи, алергодерматозы. Принципы лечения и особенности ухода за пациентами в различные периоды течения инфекционных болезней в домашних условиях. Противозидемические мероприятия, проводимые семейной медсестрой в очаге. Сывороточный гепатит, предупреждение и профилактика. Особенности ухода, реабилитация и профилактика кожных заболеваний. Венерические болезни, опасность распространения для окружающих, основные этические и социальные проблемы в семье. Распознавание и сестринский диагноз при: сифилисе, гонорее, трихомониазе, хламидиозе, ВИЧ-инфекции, СПИДе. Профилактика ВИЧ/СПИД.

**Студент должен знать:**

- профилактику распространения инфекционных заболеваний;
- общие меры предосторожности при работе семейной сестры с пациентами
- с ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
- противозидемические мероприятия, проводимые в очаге инфекции.

### **Тема: Туберкулезный пациент в семье. Профилактика.**

**теория – 2 часа**

Понятие о туберкулезе. Эпидемиология, этиология, иммунитет и резистентность. Инфицированность туберкулезом, виражитуберкулиновых проб. Туберкулезная интоксикация детей и подростков. Туберкулез органов дыхания. Туберкулез других органов и систем. Осложнения туберкулеза. Остаточные изменения после излеченного туберкулеза. Прогноз и особенности ухода за туберкулезными пациентами. Специфическая и неспецифическая профилактика туберкулеза. Реабилитация пациентов туберкулезом. Права и обязанности пациентов туберкулезом и членов их семей по

отношению к обществу. Роль семейной медсестры в профилактике рецидивов заболеваний.

**Студент должен знать:**

- особенности ухода за туберкулезными пациентами;
- профилактика туберкулеза;
- обучить пациента правильному сбору мокроты на анализы;
- обучить пациента правильной обработке карманной плевательницы.

**Тема: Роль семейной медсестры по уходу за инфекционными, в том числе туберкулезными больными.**

**практика – 6 часов**

Медико - деонтологические проблемы при выявлении инфекционного пациента в семье. Понятие об иммунитете, путях повышения иммунитета. Принципы лечения и особенности ухода за пациентами в различные периоды течения инфекционных болезней в домашних условиях. Противозидемические мероприятия, проводимые семейной медсестрой в очаге. Сывороточный гепатит, предупреждение и профилактика. Понятие о туберкулезе. Эпидемиология, этиология, иммунитерезистентность. Инфицированность туберкулезом. Прогноз и особенности ухода за туберкулезными пациентами. Специфическая и неспецифическая профилактика туберкулеза. Реабилитация пациентов туберкулезом. Права и обязанности пациентов туберкулезом и членов их семей по отношению к обществу. Роль семейной медсестры в профилактике рецидивов заболеваний.

**Студент должен уметь:**

- соблюдать личную гигиену;
- предупреждать сывороточный гепатит;
- дезинфицировать использованные инструменты, шприцы, иглы;
- ухаживать за туберкулезными пациентами;
- обучать пациента правильному сбору мокроты в карманную плевательницу;
- дезинфицировать инфицированные предметы ухода.

**Тема: Неврологический пациент в семье.**

**теория – 2 часа**

Распознавание и постановка диагноза при поражении периферической нервной системы (НС), инфекционных болезнях центральной нервной системы (ЦНС), нарушении мозгового кровообращения (сотрясения головного мозга, закрытая черепно-мозговая травма, инсульт). Интоксикационные поражения НС. Особенности ухода за больными НС (суицид).

**Студент должен знать:**

- распознавание и постановку сестринского диагноза при болезнях НС;
- особенности ухода за больными с патологией НС

### **Тема: Онкологический пациент в семье.**

**теория – 2 часа**

Амбулаторная подготовка онкологических пациентов к плановым операциям. Послеоперационное ведение пациента и поддерживающая терапия: а) профилактика осложнений; б) реабилитация. Послеоперационные осложнения. Правила наложения повязок, обработка и перевязка ран. Особенности ухода за онкологическими пациентами. Задачи семейной медсестры в организации ухода, выполнения назначений врача онкологическому в домашних условиях. Этика и деонтология.

#### **Студент должен знать:**

- профилактику осложнений;
- особенности ухода за онкологическими пациентами;
- оказание особенности онкологической помощи в домашних условиях;
- особенности детской онкологии.
- вопросы этики и деонтологии с онкологическими пациентами;

### **Тема: Хирургический пациент в семье.**

**теория – 2 часа**

Амбулаторная подготовка пациентов к плановым операциям. Послеоперационное ведение пациента и поддерживающая терапия: а) профилактика осложнений; б) реабилитация. Послеоперационные осложнения. Правила наложения повязок, обработка и перевязка ран. Особенности ухода за хирургическими пациентами. Задачи семейной медсестры в организации ухода, выполнения назначений врача хирургическому пациенту в домашних условиях.

#### **Студент должен знать:**

- профилактику осложнений;
- особенности ухода за хирургическими пациентами;
- оказание неотложной помощи при несчастных случаях;
- особенности детского травматизма.

### **Тема: Роль семейной медсестры по уходу за неврологическими, онкологическими и хирургическими пациентами.**

**практика – 6 часов**

Распознавание и постановка диагноза при поражении периферической нервной системы (НС), инфекционных болезнях центральной нервной системы (ЦНС), нарушении мозгового кровообращения (сотрясения головного мозга, закрытая черепно-мозговая травма, инсульт). Интоксикационные поражения НС. Особенности ухода за больными НС (суицид), за онкологическими пациентами, хирургическими пациентами. Профилактика онкологических заболеваний – задача семейной медицинской службы. Реабилитация онкологических пациентов. Объем сестринского вмешательства. Этапы оказания

неотложной помощи. Неотложная доврачебная помощь при онкологических осложнениях. Профилактика хирургических заболеваний – задача семейной медицинской службы. Реабилитация постхирургических пациентов. Неотложная доврачебная помощь при травматических повреждениях. Повреждения мягких тканей, сухожилий и мышц. Повреждения опорно-двигательного аппарата. Травмы груди и живота. Черепно-мозговая травма. Способы и особенности транспортировки пациента. Неотложная помощь при различных видах кровотечений. Реанимационные мероприятия на догоспитальном этапе. Интенсивная терапия при различных видах шока.

**Студент должен уметь:**

- обеспечивать правильное положение в постели;
- проводить лечебное питание и выполнять санитарно-гигиенические мероприятия;
- предупреждать суицидальные попытки;
- подготовить амбулаторных онкологических пациентов к плановым операциям;
- ухаживать за послеоперационными онкологическими пациентами;
- наложение повязок, обработку и перевязку ран;
- способы транспортировки онкологических пациентов;
- подготовить амбулаторных пациентов к плановым операциям;
- ухаживать за послеоперационными пациентами;
- наложение повязок, обработку и перевязку ран;
- способы транспортировки пациентов;
- оказать реанимационную помощь на догоспитальном уровне.

**Тема: Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье.  
Консультирование членов семьи по уходу.**

**теория – 2 часа  
практика - 6 часов**

История развития гериатрии. Задачи, положения. Биологический возраст, естественное, преждевременное, замедленное старение. Организация работы в медицинской и социальной помощи. Отделение гериатрии. Возрастные изменения при различных заболеваниях пожилого и старческого возрастов. Атеросклероз. Острый инфаркт миокарда. Гипертоническая болезнь.

**Студент должен знать:**

- задачи гериатрической службы;
- понятие о гериатрии;
- медицинские и социальные аспекты;
- особенности течения болезней при различных патологиях пожилого и старческого возраста.

**Содержание практического занятия.**

Демонстрация и разбор пациентов с атеросклерозом, острым инфарктом миокарда, гипертонической болезнью. Особенности наблюдения и ухода за пожилыми и старыми людьми с заболеваниями органов кровообращения.

**Студент должен уметь:**

- оказывать врачебную неотложную помощь;

- измерять артериальное давление, подсчитывать пульс и дать характеристику;
- наблюдать и ухаживать за пожилыми, старыми людьми с заболеваниями сердечно - сосудистой системы.

### Календарно - тематический план дисциплины.

Содержание дисциплины приводятся в виде таблицы

Таблица 1.

#### Теоретические занятия - 5 семестр.

№ п/п	Наименование тем	Кол-во часов
1.	Концепция семейной медицины, роль семейной медсестры. Понятие «семья» и психологические нагрузки. Здоровье и болезнь.	2
2.	Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами	2
3.	Консультирование членов семьи по уходу за новорожденными. Виды кормления.	2
4.	Роль семейной медсестры по уходу за детьми с соматическими заболеваниями	2
5.	Роль семейной медсестры при работе с подростками. Вопросы гигиены и полового воспитания. Вредные привычки	2
6.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями респираторной системы. Профилактика ХОБЛ	2
7.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.	2
8.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения.	2
9.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.	2
10.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями эндокринной системы.	2
11.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями крови.	2
12.	Инфекционный пациент в семье. Профилактика ВИЧ/СПИД	2
13.	Туберкулезный пациент в семье. Профилактика . Неврологический пациент в семье	2
14.	<b>Наблюдение и уход за гинекологическими больными в семье. Профилактика рака молочной железы.</b>	2
15.	Хирургический и онкологический пациент в семье.	2
16.	Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье. Консультирование членов семьи по уходу.	2

17.	Охрана и организация службы репродуктивного здоровья и планирования семьи в Кыргызстане. Консультирование	2
18.	Комбинированные и чистопрогестиновые контрацептивы. ЗППП. Профилактика инфекции.	2
	<b>Итого</b>	<b>36</b>

Таблица 2.

**Практические занятия - 5 семестр**

№ п/п	Наименование тем	Кол-во часов
1.	Организация работы семейной медсестры. Сестринский процесс . Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами.	6
2.	Роль семейной медсестры при уходе за новорожденными. Виды кормления.	6
3.	Консультирование кормящих женщин. Кормление детей раннего возраста.	6
4.	Роль семейной медсестры при работе с подростками.	6
5.	Роль семейной медсестры по уходу за больными с заболеваниями респираторной и сердечно - сосудистой системы.	6
6.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения, мочевыделительной и эндокринной системы.	6
7.	Роль семейной медсестры по уходу за инфекционными, в том числе туберкулезными больными.	6
8.	Роль семейной медсестры по уходу за неврологическими, онкологическими и хирургическими пациентами.	6
9.	Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье. Консультирование членов семьи по уходу.	6
10.	<b>Наблюдение и уход за гинекологическими больными в семье. Профилактика рака молочной железы.</b>	6
11.	Охрана и организация службы репродуктивного здоровья и планирования семьи в Кыргызстане. Консультирование.	6
12.	Комбинированные и чистопрогестиновые контрацептивы. ЗППП. Профилактика инфекции.	6
	<b>Итого:</b>	<b>72</b>

**Рекомендуемые темы для самостоятельной работы студентов (СРС):**

1. Общение как основная часть лечения и сестринского ухода. Основные роли семейной сестры в процессе профессиональной деятельности.
2. Конфиденциальность и деонтология в процессе профессиональной деятельности
3. Потребности семьи и факторы, влияющие на семью
4. Потребности и преимущества семьи.

5. Факторы, влияющие на семью в современном мире, их разнообразие
6. Проблемы неполных и многодетных семей.
7. Аспекты жизни семьи в обществе: юридические, экономические, политические, религиозные, этнические и т. д.
8. Семья и психологические нагрузки.
9. Роль коммуникативных навыков в сохранении здоровья семьи.

### Раздел 3. Структура и содержание практических (семинарских) и СРС

#### 3.1. Практические (семинарские) занятия

Таблица 1.

#### Практические занятия 5 семестр

№ практ. (сем.) занятия	Наименование и краткое содержание занятия	Часы	Характер и цель занятия, формируемые компетенции	Вид контроля
1.	Организация работы семейной медсестры.	6	Цель – дать понятие о семейной медицине. Семейная медсестра функции и задачи, ГСВ, ЦСМ и т.д. <b>Формирует П.К. 2.1 ,П.К. 3.1.</b>	Тесты Ситуационные задачи
2.	Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами	6	Цель – дать понятие о беременности, питание, режим, отдых беременной женщины. Формирует <b>П.К. 2.2,П.К. 3.2.</b>	Тесты Опрос
3.	Роль семейной медсестры при уходе за новорожденными. Виды кормления.	6	Уход за новорожденным ребенком. Правильное кормление новорожденного. <b>Формирует П,К, 3.9</b>	Кроссворды Задания
4.	Роль семейной медсестры при работе с подростками.	6	Цель –правильное отношение родителей к детям в подростковом периоде. <b>Формирует П.К. 3.9</b>	Ситуационные задачи Опрос
5.	Роль семейной медсестры по уходу за больными с заболеваниями респираторной и сердечно - сосудистой системы.	6	Цель - уход за больными с заболеваниями дыхательной и сердечно – сосудистой системы. <b>Формирует П. К. 3.9.</b>	Устный опрос Ситуационные задачи

6.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения.	2	Цель темы – уход за больными с заболеваниями пищеварения. <b>Формирует П.К. 3.9.</b>	Тесты Устный опрос
----	---	---	--	-----------------------

Таблица 2.

**Практические занятия 6 семестр**

№ практ. (сем.) занятия	Наименование и краткое содержание занятия	Часы	Характер и цель занятия, формируемые компетенции	Вид контроля
1.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов мочевыделительной и эндокринной системы.	4	Цель – уход за больными с мочевыделительной и эндокринной системы. <b>Формирует П.К. 3.9</b>	Опрос Ситуационные задачи
2.	Роль семейной медсестры по уходу за инфекционными, в том числе туберкулезными больными.	6	Цель – ухода за инфекционными туберкулезными больными. <b>Формирует П.К. 3.9.</b>	Устный опрос Тесты
3.	Роль семейной медсестры по уходу за неврологическими, онкологическими и хирургическими пациентами.	6	Особенности ухода за неврологическими, онкологическими и хирургическими больными, <b>П.К. 3.9.</b>	Опрос Ситуационные задачи
4.	Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье. Консультирование членов семьи по уходу.	6	Особенности пожилого возраста. <b>Формирует П.К. 3.9.</b>	<b>Устный опрос</b> <b>Ситуационные задачи</b>

**3.2. Структура СРС**

Таблица 3.2

№ п/п	Порядковый номер темы дисциплины (Тема №)	Форма отчетности ( <i>предлагаемые</i> )
1.	Общение как основная часть лечения и сестринского ухода. Основные роли семейной сестры в процессе профессиональной деятельности.	Доклад на конференции, семинаре
2.	Конфиденциальность и деонтология в процессе профессиональной деятельности	Участие на олимпиаде

3.	Потребности семьи и факторы, влияющие на семью	Подготовка презентации
4.	Потребности и преимущества семьи	Написание реферата
5.	Факторы, влияющие на семью в современном мире, их разнообразие	Подготовка презентации
6.	Проблемы неполных и многодетных семей.	Написание реферата
7.	Аспекты жизни семьи в обществе: юридические, экономические, политические, религиозные, этнические и т. д.	Подготовка презентации
8.	Семья и психологические нагрузки.	Подготовка презентации
9.	Роль коммуникативных навыков в сохранении здоровья семьи	Написание реферата

#### Раздел 4.Образовательные технологии

Таблица 4.1.

№	Название метода	Краткая характеристика метода
1.	Тест	Система стандартизированных простых и комплексных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний, умений и владений обучающегося. Рекомендуется для оценки знаний, умений и владений студентов.
2.	Блиц - опрос	Система стандартизированных простых и комплексных вопросов с ответами Да/Нет, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний, умений и владений обучающегося. Рекомендовано для оценки знаний студентов.
3.	Кроссворд	Головоломка, представляющая собой переплетение рядов клеточек, которые заполняются словами по заданным значениям. Рекомендуется для оценки знаний и умений студентов.
4.	Устный опрос	Устный опрос — метод контроля, позволяющий не только опрашивать и контролировать знания учащихся, но и сразу же поправлять, повторять и закреплять знания, умения и навыки. Рекомендовано для оценки знаний студентов.

№	Название метода	Краткая характеристика метода
5.	Фронтальный опрос	Прием обучения, при котором вопрос задается всей группе и только потом называется учащийся, который будет отвечать на этот вопрос. Рекомендовано для оценки знаний студентов.
6.	Опрос	Психологический вербально-коммуникативный метод, заключающийся в осуществлении взаимодействия между интервьюером и респондентами (людьми, участвующими в опросе), посредством получения от субъекта ответов на заранее сформулированные вопросы. Рекомендовано для оценки знаний студентов.
7.	Устное собеседование	Диалогический метод обучения, при котором преподаватель путем постановки тщательно продуманной системы вопросов подводит учеников к пониманию нового материала или проверяет усвоение ими уже изученного. Рекомендовано для оценки знаний студентов.
8.	Ситуационные задачи	Это задачи, позволяющие студенту осваивать интеллектуальные операции последовательно в процессе работы с информацией. Рекомендовано для оценки знаний и умений студентов.
9.	Групповая игра	Это уникальный механизм аккумуляции и передачи социального опыта, как практического — по овладению средствами решения задач, так и этического, связанного с определенными правилами и нормами поведения в различных ситуациях. Рекомендовано для оценки знаний и умений студентов объединенных в группы.

**Пример: образовательные технологии, применяемые по дисциплине**

Таблица 4.2

Название метода	Виды учебной деятельности		
	лекции	лаб/ практ	СРС
Реферат	X	X	X
Доклад, сообщение	X	X	X
Кейс - задача		X	
Тест		X	
Блиц - опрос		X	

Кроссворд		X	X
-----------	--	---	---

### Раздел 5. Процедура оценки достижений студентов

Оценка	Определение	Оценка ECTS	Определение ECTS
5	Отлично/зачтено	A	«отлично» - отличный результат с минимальными ошибками
4	Хорошо/зачтено	B	«очень хорошо» - вышесредний результат
		C	«хорошо» - средний результат с заметными ошибками
3	Удовлетворительно/ Зачтено	D	«удовлетворительно» - слабый результат со значительными недостатками
		E	«посредственно» - результат отвечает минимальным требованиям
2.	Неудовлетворительно/ незачтено	FX	«неудовлетворительно» - для получения зачета необходимо сдать минимум
		F	«неудовлетворительно» - необходимо пересдать весь пройденный материал, летний семестр и повторное обучение дисциплины.

Используются следующие виды учебного контроля знаний, умений и навыков:

- входной (предварительный);
- текущий (тематический);
- итоговый

**ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ** проводится перед началом изучения модуля для выявления предшествующих знаний. Этот контроль проводится в форме ответов на вопросы, проверяющих знания теоретического материала. Проведение подобной формы контроля позволяет оперативно оценить исходный уровень знаний студентов.

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ** - проверка знаний и умений студентов в процессе усвоения изучаемой темы. Текущий контроль позволяет оперативно вмешиваться в учебный процесс, корректировать его. В зависимости от целей обучения, содержания учебного материала и его сложности применяются различные методы и формы текущего контроля. Текущий контроль проводится в форме: 📄 письменных работ (тестирования, рефератов), которые способствуют развитию логического мышления обучающегося, обеспечивают объективность преподавания; 🗣️ устного опроса (собеседования), который позволяет преподавателю оценить знания и кругозор студента, умение логически построить ответ.

**Тестовый контроль в начале занятия** – задания формируются так, чтобы охватить важнейшие элементы знаний и умений, полученные студентами на протяжении предшествующих 2-3 занятий.

**Устный опрос (индивидуальный или фронтальный).** Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные ответы студентов на вопросы, относящиеся к изучаемому учебному материалу. При индивидуальном опросе оценивается самостоятельное объяснение материала, доказательство всех выдвигаемых положений, приведение своих примеров. Чтобы сделать такую проверку более глубокой, необходимо ставить перед студентами вопросы, требующие развернутого ответа. Вопросы для индивидуального опроса должны быть четкими, ясными, конкретными, охватывать основной, ранее пройденный материал программы.

**Фронтальный опрос** заключается в привлечении к обсуждению вопросов занятия, требующих небольших по объему ответов, всех студентов группы. При проведении фронтального опроса вопросы должны допускать краткую форму ответа, быть лаконичными, логически увязанными друг с другом, даны в такой последовательности, чтобы ответы студентов в совокупности могли раскрыть содержание раздела, темы. Заключительная часть устного опроса – анализ ответов студентов: отмечаются положительные стороны, недостатки ответов. При оценке ответа учитывается его правильность и полнота, логичность изложения материала, культура речи, умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

**Написание рефератов** – такая форма контроля позволяет систематизировать знания студентов, проверить умение раскрыть тему. В процессе подготовки рефератов студент мобилизует и актуализирует имеющиеся знания, самостоятельно приобретает новые, необходимые для раскрытия темы. При проверке этих работ преподаватель обращает внимание на соответствие работы теме, полноту раскрытия темы, последовательность изложения, самостоятельность суждения.

Контроль освоения практических умений на учебных фантомах. Основные цели обучения студентов — не только усвоение ими определенной системы знаний, но и формирование профессиональной готовности решать практические задачи, что определяется степенью сформированности системы практических навыков и умений. Контроль освоения практических навыков позволяет выявить, как студенты умеют применять полученные теоретические знания на практике, насколько они овладели необходимыми умениями, главными компонентами деятельности. Основные критерии, по которым оценивается практическая деятельность студентов, следующие:

- рациональная организация труда и рабочего места;
- выполнение установленных норм и требований к конкретному виду работы, соблюдение правил техники безопасности;
- рациональное использование оборудования и инструментария, материалов;
- последовательность и правильность применения приемов работы;
- степень самостоятельности при выполнении практических заданий. Совокупность перечисленных методов текущего контроля знаний и умений позволяет получить достаточно точную и объективную картину состояния студентов.

### **Критерии оценивания результатов обучения**

Ответ по билетам на экзамене оценивается по количественной пятибалльной шкале.

**Оценка "отлично"** ставится студенту, который:

- а) твердо знает программный материал;
- б) грамотно и правильно отвечает на вопрос билета;
- в) проявляет глубокие знания;
- г) показывает умение логически, четко и ясно излагать ответы на вопрос билета и дополнительные вопросы;
- д) демонстрирует твердые навыки и умение приложить теоретические знания к практическому их применению.

**Оценку "хорошо"** заслуживает студент, который:

- а) обнаруживает полное знание программного материала;
- б) показывает систематический характер знаний и способный к самостоятельному их пополнению в ходе дальнейшей учебы;
- в) успешно, без существенных недочетов, отвечающий на вопрос экзаменационного билета, но некоторые ответы являются не совсем полными;
- г) Студент при ответах на дополнительные вопросы обнаруживает знания логических связей вопросов билета с другими разделами курса, но ответы недостаточно четкие.

**Оценку "удовлетворительно"** заслуживает студент, который:

- а) проявил по вопросу билета знания только основного материала, но не усвоивший детали и допустивший ошибки принципиального характера;
- б) справляется с заданиями, предусмотренными программой, но допустивший погрешности в ответе;
- в) обладает необходимыми знаниями для устранения допущенных ошибок под руководством преподавателя;
- г) при ответах на дополнительные вопросы не может увязать материал со смежными разделами курса.

**Оценка "неудовлетворительно"** выставляется студенту, который:

- а) обнаруживает пробелы в знаниях основного программного материала;
- б) допускает принципиальные ошибки в выполнении заданий экзаменационного билета и не способен к их исправлению без дополнительных занятий по дисциплине.

## **Контрольные вопросы для проведения текущего контроля Семестр 5.**

### **Тема 1. Организация работы семейной медицинской сестры.**

Вопросы:

- 1) роль семейной медсестры;
- 2) структуру ЦСМ и ГСВ;
- 3) документацию ЦСМ и ГСВ;
- 4) принципы первичной медико-санитарной помощи;
- 5) права и обязанности семейной медсестры;
- 6) понятие «команда в семейной медицине»;
- 7) понятие о страховой медицине.

## **Тема 2. Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами.**

Вопросы:

- 1) виды контрацепции;
- 2) задачи службы планирования;
- 3) сомнительные признаки беременности;
- 4) вероятные и достоверные признаки;
- 5) определение продолжительности срока родов.

## **Тема 3. Роль семейной медсестры при уходе за новорожденными. Виды кормления**

Вопросы:

- 1) признаки доношенного новорожденного;
- 2) физиологические состояния доношенного новорожденного;
- 3) уход за здоровым младенцем непосредственно после рождения;
- 4) прямой контакт с телом матери “кожа-к коже”;
- 5) поддержание теплового режима;
- 6) уход за новорожденным: утренний туалет, купание правила прикладывание к груди;
1. - правила заполнения истории развития ребенка.

## **Тема 4. Роль семейной медсестры при работе с подростками.**

Вопросы:

- 1) организацию работы семейной медсестры с подростками в семье.;
- 2) работу семейной медсестры и совместную работу их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья подростков;
- 3) патронаж семейной медсестры в семье, где проживают подростки;
- 4) о влиянии вредных привычек на организм подростков;
- 5) о вреде курения;
- 6) о вреде алкоголя;
- 7) о вреде наркомании.

## **Тема 5. Роль семейной медсестры по уходу за больными с заболеваниями респираторной и сердечно - сосудистой системы.**

Вопросы:

- 1) этиологию заболеваний органов дыхания;
- 2) основные симптомы при заболеваниях органов дыхания;
- 3) методы обследования при заболеваниях органов дыхания;
- 4) принципы лечения, профилактику заболеваний органов дыхания.
- 5) определение, причины, основные симптомы заболеваний органов кровообращения;
- 6) методы обследования заболеваний органов кровообращения;
- 7) принципы лечения, уход, профилактику.

## **Тема 6. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения,**

Вопросы:

- 1) определение заболеваний, основные симптомы заболеваний органов пищеварения;
- 2) лабораторно-инструментальные методы исследования;
- 3) принципы лечения и ухода за пациентами;

- 4) вопросы лечебного питания;

### **Семестр 6.**

#### **Тема 1. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов мочевыделительной и эндокринной системы.**

Вопросы:

- 1) определение острого и хронического гломерулонефрита, пиелонефрита, ОПН, ХПН, почечнокаменной болезни,
- 2) этиологию, основные клинические симптомы;
- 3) лабораторно-инструментальные методы исследования;
- 4) принципы лечения и уход;
- 5) особенности диетотерапии;
- 6) диспансеризацию пациентов с заболеваниями почек.
- 7) понятие о гемодиализе
- 8) определение болезни, причины, основные клинические симптомы заболеваний эндокринной системы;
- 9) принципы лечения и уход;
- 10) особенности диетотерапии, стол № 9;
- 11) диспансеризацию.

#### **Тема 2. Роль семейной медсестры по уходу за инфекционными, в том числе туберкулезными больными.**

Вопросы:

- 1) профилактику распространения инфекционных заболеваний;
- 2) общие меры предосторожности при работе семейной сестры с пациентами
- 3) с ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
- 4) противоэпидемические мероприятия, проводимые в очаге инфекции
- 5) особенности ухода за туберкулезными пациентами;
- 6) профилактика туберкулеза;
- 7) обучить пациента правильному сбору мокроты на анализы;
- 8) обучить пациента правильной обработке карманной плевательницы.

#### **Тема 3. Роль семейной медсестры по уходу за неврологическими, онкологическими и хирургическими пациентами.**

Вопросы:

- 1) распознавание и постановку сестринского диагноза при болезнях НС;
- 2) особенности ухода за больными с патологией НС
- 3) профилактику осложнений;
- 4) особенности ухода за онкологическими пациентами;
- 5) оказание особенности онкологической помощи в домашних условиях;
- 6) особенности детской онкологии.
- 7) вопросы этики и деонтологии с онкологическими пациентами;
- 8) профилактику осложнений;
- 9) особенности ухода за хирургическими пациентами;
- 10) оказание неотложной помощи при несчастных случаях;
- 11) особенности детского травматизма.

#### **Тема 4. Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье.**

##### **Консультирование членов семьи по уходу.**

- 1) задачи гериатрической службы;
- 2) понятие о гериатрии;
- 3) медицинские и социальные аспекты;
- 4) особенности течения болезней при различных патологиях пожилого и старческого возраста.

##### **Требования по оформлению заданий**

##### **Кроссворды.**

- 1) Оптимальное количество слов в кроссворде - 20.
- 2) При составлении же кроссвордов по тематическому признаку лучше сначала подобрать слова, а затем, исходя из них, придумать рисунок. Это вот по какой причине. Скажем, вы сделали рисунок тематического кроссворда, в котором должны быть использованы, к примеру, слова, состоящие из трех, пяти, восьми букв. А когда начали подбирать слова, то оказалось, что на данную тему больше слов четырех-, семи-, девятибуквенных, из которых и надо придумать фигуру кроссворда.
- 3) Правильным считается тот рисунок того кроссворда, у которого все четыре стороны симметричны, каждое слово имеет, как минимум, два пересечения (а вообще чем больше, тем лучше), кроссворд не распадается на части, не связанные между собой.
- 4) Очень интересны и сложны по составлению «сплошные» кроссворды, в которых все буквы слов пересекаются с другими. Хотя разгадывать их иногда легче — стоит только вписать все слова по горизонтали, как автоматически получится ответ и по вертикали. Кривые и некрасивые кроссворды получаются тогда, когда составитель берет слова и начинает нанизывать их друг на друга. Для плотности кроссвордной фигуры есть определенная мерка: отношение количества пересеченных клеток к общему количеству клеток в фигуре. Обычно это соотношение колеблется в пределах от 1:3 до 1:5. Если плотность фигуры ниже соотношения 1:5 (то есть пересекаемых клеток меньше одной пятой части всех клеток в фигуре), то для кроссворда это уже серьезный недостаток. Значит, нерасчетливо, неэкономно использованы возможности клеточной фигуры — она осталась недоразвитой.
- 5) При оформлении текста задания кроссворда для единообразия желательно начинать со слов по горизонтали, как мы и пишем обычно, хотя для разгадывания это никакого значения не имеет.
- 6) В кроссвордах допустимы к употреблению только имена существительные единственного числа в именительном падеже, а также те, которые имеют лишь множественное число: ворота, сумерки, кроссовки и т. д.
- 7) Никакие эмоционально окрашенные слова: уменьшительные, ласкательные, пренебрежительные и прочие в кроссвордах неупотребимы. Не включаются в кроссворды и названия, состоящие из двух и более слов (Ерофей Павлович, «Анна

Каренина», белый гриб), а также слова, пишущийся через дефис (Новиков-Прибой, Комсомольск-на-Амуре, вагон-ресторан).

- 8) Клетки кроссворда, куда должны вписываться первые буквы слов, последовательно нумеруются. Некоторые слова по горизонтали и вертикали могут идти под одним номером, если они образуют прямой угол, то есть начинаются с общей буквы.
- 9) Значения слов необходимо давать только по словарям.

### **Примерные требования к оформлению докладов в формате POWER POINT**

- 1 Не более 8-10 слайдов. Время на презентацию -7-10 мин.
- 2 Титульный лист слайда. Презентация начинается со слайда, содержащего название места обучения (институт, факультет/колледж, кафедра), работы, дисциплины, имени автора, научного руководителя..
- 3 Введение (план презентации).
- 4 Во введении определяется актуальность, дается характеристика направления исследования.
- 5 Основная часть.
- 6 Заключение. 3-5 тезиса, излагаются основные результаты представленной работы.
- 7 Список использованной литературы.
- 8 Слайды должны быть пронумерованы.
- 9 Каждый слайд должен иметь заголовок.
- 10 Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер):
- 11 Текст слайда для заголовков должен быть размером 24-36 пунктов.
- 12 Точку в конце заголовков не ставить. А между предложениями ставить.
- 13 Не писать длинные заголовки.
- 14 Слайды не могут иметь одинаковые заголовки. Если хочется назвать одинаково – желательно писать в конце (1), (2), (3) или Продолжение 1.
- 15 Шрифты. Для оформления презентации использовать Arial, Tahoma, Verdana, TimesNewRoman, Georgia.
- 16 Размер шрифт для информационного текста 18-22 пункта.
- 17 Ни в коем случае не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Необходимо помещать туда важные тезисы.

### **Список литературы**

#### **1.Основная**

1. Н.В. Шпорт, О.С. Кравцова, И.К. Дыгало «Семейная медицина». Москва 2005г.
2. В.Тульчинская, Н. Соколова, Н. Шеховцова «Сестринское дело в педиатрии». «Феникс» 2001 г.
3. Славянова И.К. «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии». «Феникс»2001г.
4. Т. Ч. Чубакова ,Э.Б. Фрике , М. Халики «Основы сестринского дела в семейной медицине»,том I. Бишкек 2005 г.
5. Т.Ч. Чубакова ,Вирджинии М. Халики ,Эдит БерилФрике, «Сестринское дело в терапии и хирургии». Бишкек 2007 г.

6. Т.Ч. Чубакова .Э.Б.Фрике, М.Халики. «Основы сестринского дела в медицине».Итом.Бишкек 2005 г.
7. «Организация специализированного сестринского ухода». Москва. Издательская группа
8. «ГЭОТАР-Медиа»2009 г.
9. Л.С.Фролькис. «Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи». Москва. 10. 2010 г.
11. Смолева.Э. В.,Обуховец Т.П. «Сестринское дело в терапии». Ростов-на-Дону. «Феникс»
12. Руководство по ведению пациентов с заболеваниями органов дыхания: Для специалистов сестринского дела ГСВ/ ЦСМ на основе стратегии PAL ВОЗ. Бишкек 2007 г.
13. Руководства по обучению стратегии PAL ВОЗ для преподавателей сестринского дела. 14. Бишкек 2005 г.

## **2.Дополнительная**

1. «Организация и основные принципы оказания медико-социальной помощи семьям группы риск» Учебное пособие для специалистов медико-социального патронажа, медсестер ГСВ.Бишкек 2005 г.
2. «Основы клинического обучения по репродуктивному здоровью». Учебное пособие для медсестер ГСВ. Бишкек 2004 г.
3. Основы обучения сотрудников службы организации семьи и медико-социального патронажа акушерок и медсестер ГСВ.Бишкек 2005 г.

### **Интернет-ресурсы:**

1. <http://www.dgsen.kg>
2. Всемирная организация здравоохранения  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/imci/ru/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ru/)
3. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики - [www.med.kg](http://www.med.kg)
4. Википедия (краткий сайт)-<https://ru.wikipedia.org/wiki>>...
5. Сайт для студентов медиков -<https://studfiles.net/preview/page/85>

## СИЛЛАБУС

Дисциплина: «Сестринское дело в семейной медицине с охраной репродуктивного здоровья и планирования семьи».

### I. РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ:

	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
8.00-9.20						
9.25-10.45						
11.00-12.20						
12.30-13.50						
13.55-15.15						
15.30-16.50						
16.55-18.15						

### II. РЕКВИЗИТЫ И ПРЕРЕКВИЗИТЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Количество кредитов/часов: (согласно учебному плану) – 5 кредита

**Время и место проведения:** 5 семестр; 3 курс, по расписанию.

#### Пререквизиты:

- анатомия и физиология человека
- фармакология;
- терапия;
- инфекционные болезни;
- дермато венерология;
- офтальмология;
- геронтология;
- неврология;
- хирургия.

#### Постреквизиты:

- гериатрия;
- педиатрия;
- кардиология.

### **III. СВЕДЕНИЯ О ПРЕПОДАВАТЕЛЕ:**

**Лектор: Абдыкеримова Бегайым Талантбековна**

#### **Контактная информация**

E-mail: red.bizzone@gmail.com

ИСИТО, Корпус 2, каб. 206

Телефон: 703 110 220

#### **Часы приема:**

Четверг 15.00-18.00 (в соответствии с графиком дежурств).

### **IV. ТРЕБОВАНИЯ К ОБУЧАЮЩИМСЯ:**

- обучающиеся по очной форме обучения обязаны посещать занятия по расписанию;
- обучающийся обязан за пропуски занятий явиться в отделение и объяснить в письменной форме причины пропуска занятий.
- обучающийся колледжа должен добросовестно относиться ко всем видам учебных занятий и формам контроля;
- не допускает проявлений нечестности, недисциплинированности; обмана и мошенничества в учебном процессе;
- пропуски занятий без уважительной причины (прогулы);
- неуважение к своему времени и времени других (опоздания, необязательность);
- прохождение процедур контроля вместо себя иными лицами, выполнение учебной работы для других лиц, сдача учебных, подготовленных другими лицами;
- предоставление готовых учебных материалов (рефератов, курсовых, контрольных, ВКР, и др. работ) в качестве результатов собственного труда;
- использование родственных связей для продвижения в учебе;
- не занимается с посторонними делами в аудитории во время занятий;
- отключает на занятиях мобильные телефоны;
- не допускает громких разговоров и прочего шума в коридорах университета во время занятий на переменах;
- соблюдает тишину в помещениях общего доступа, предназначенных для учебной и научной деятельности;
- обязаны носить чепчики и халаты во время теоритических и практических занятий.

### **V. КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДИСЦИПЛИНЫ**

Таблица 1.

**Теоретические занятия - 5 семестр**

№ п/п	Наименование тем	Кол-во часов
1.	Концепция семейной медицины, роль семейной медсестры. Понятие «семья» и психологические нагрузки. Здоровье и болезнь.	2
2.	Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами	2
3.	Консультирование членов семьи по уходу за новорожденными. Виды кормления.	2
4.	Роль семейной медсестры по уходу за детьми с соматическими заболеваниями	2
5.	Роль семейной медсестры при работе с подростками. Вопросы гигиены и полового воспитания. Вредные привычки	2
6.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями респираторной системы. Профилактика ХОБЛ	2
7.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.	2
8.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения.	2
9.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.	2
10.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями эндокринной системы.	2
11.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями крови.	2
12.	Инфекционный пациент в семье. Профилактика ВИЧ/СПИД	2
13.	Туберкулезный пациент в семье. Профилактика . Неврологический пациент в семье	2
14.	<b>Наблюдение и уход за гинекологическими больными в семье. Профилактика рака молочной железы.</b>	2
15.	Хирургический и онкологический пациент в семье.	2
16.	Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье. Консультирование членов семьи по уходу.	2
17.	Охрана и организация службы репродуктивного здоровья и планирования семьи в Кыргызстане. Консультирование	2
18.	Комбинированные и чистопрогестиновые контрацептивы. ЗППП. Профилактика инфекции.	2
	<b>Итого</b>	<b>36</b>

Таблица 2.

**Практические занятия - 5 семестр**

№ п/п	Наименование тем	Кол-во часов
-------	------------------	--------------

1.	Организация работы семейной медсестры. Сестринский процесс . Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами.	6
2.	Роль семейной медсестры при уходе за новорожденными. Виды кормления.	6
3.	Консультирование кормящих женщин. Кормление детей раннего возраста.	6
4.	Роль семейной медсестры при работе с подростками.	6
5.	Роль семейной медсестры по уходу за больными с заболеваниями респираторной и сердечно - сосудистой системы.	6
6.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения, мочевыделительной и эндокринной системы.	6
7.	Роль семейной медсестры по уходу за инфекционными, в том числе туберкулезными больными.	6
8.	Роль семейной медсестры по уходу за неврологическими, онкологическими и хирургическими пациентами.	6
9.	Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье. Консультирование членов семьи по уходу.	6
10.	Наблюдение и уход за гинекологическими больными в семье. Профилактика рака молочной железы.	6
11.	Охрана и организация службы репродуктивного здоровья и планирования семьи в Кыргызстане. Консультирование.	6
12.	Комбинированные и чистопрогестиновые контрацептивы. ЗППП. Профилактика инфекции.	6
	<b>Итого:</b>	<b>72</b>

Таблица 3.

**Самостоятельная работа студентов -5 семестр. (СРС).**

№ п/п	Наименование тем	Кол-во часов
1.	Организация работы семейной медсестры. Сестринский процесс. Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами.	6
2.	Роль семейной медсестры при уходе за новорожденными. Виды кормления.	6
3.	Консультирование кормящих женщин. Кормление детей раннего возраста.	6
4.	Роль семейной медсестры при работе с подростками.	6
5.	Роль семейной медсестры по уходу за больными с заболеваниями респираторной и сердечно - сосудистой системы.	6
6.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения, мочевыделительной и эндокринной системы.	6
7.	Роль семейной медсестры по уходу за инфекционными, в том числе туберкулезными больными.	6

8.	Роль семейной медсестры по уходу за неврологическими, онкологическими и хирургическими пациентами.	6
9.	Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье. Консультирование членов семьи по уходу.	6
10.	<b>Наблюдение и уход за гинекологическими больными в семье. Профилактика рака молочной железы.</b>	6
11.	Охрана и организация службы репродуктивного здоровья и планирования семьи в Кыргызстане. Консультирование.	6
12.	Комбинированные и чистопрогестиновые контрацептивы. ЗППП. Профилактика инфекции.	6
	<b>Итого:</b>	<b>72</b>

### Рекомендуемые темы для самостоятельной работы студентов (СРС):

1. Общение как основная часть лечения и сестринского ухода. Основные роли семейной сестры в процессе профессиональной деятельности.
2. Конфиденциальность и деонтология в процессе профессиональной деятельности
3. Потребности семьи и факторы, влияющие на семью
4. Потребности и преимущества семьи.
5. Факторы, влияющие на семью в современном мире, их разнообразие
6. Проблемы неполных и многодетных семей.
7. Аспекты жизни семьи в обществе: юридические, экономические, политические, религиозные, этнические и т. д.
8. Семья и психологические нагрузки.
9. Роль коммуникативных навыков в сохранении здоровья семьи.

## VI. ПОЛИТИКА И ПРОЦЕДУРА ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ

### Шкала оценки результатов обучения

Оценка	Определение	Оценка ECTS	Определение ECTS
5	Отлично/зачтено	A	«отлично» - отличный результат с минимальными ошибками
4	Хорошо/зачтено	B	«очень хорошо» - вышесредний результат
		C	«хорошо» - средний результат с заметными ошибками
3	Удовлетворительно / Зачтено	D	«удовлетворительно» - слабый результат со значительными недостатками
		E	«посредственно» - результат отвечает

			минимальным требованиям
2.	Неудовлетворительно/ незачтено	FX	«неудовлетворительно» - для получения зачета необходимо сдать минимум
		F	«неудовлетворительно» - необходимо пересдать весь пройденный материал, летний семестр и повторное обучение дисциплины.

**Используются следующие виды учебного контроля знаний, умений и навыков:**

- **входной (предварительный);**
- **текущий (тематический);**
- **итоговый**

**ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ** проводится перед началом изучения модуля для выявления предшествующих знаний. Этот контроль проводится в форме ответов на вопросы, проверяющих знания теоретического материала. Проведение подобной формы контроля позволяет оперативно оценить исходный уровень знаний студентов.

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ** - проверка знаний и умений студентов в процессе усвоения изучаемой темы. Текущий контроль позволяет оперативно вмешиваться в учебный процесс, корректировать его. В зависимости от целей обучения, содержания учебного материала и его сложности применяются различные методы и формы текущего контроля. Текущий контроль проводится в форме: ■ письменных работ (тестирования, рефератов), которые способствуют развитию логического мышления обучающегося, обеспечивают объективность преподавания; ■ устного опроса (собеседования), который позволяет преподавателю оценить знания и кругозор студента, умение логически построить ответ.

**Тестовый контроль в начале занятия** – задания формируются так, чтобы охватить важнейшие элементы знаний и умений, полученные студентами на протяжении предшествующих 2-3 занятий.

**Устный опрос (индивидуальный или фронтальный).** Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные ответы студентов на вопросы, относящиеся к изучаемому учебному материалу. При

индивидуальном опросе оценивается самостоятельное объяснение материала, доказательство всех выдвигаемых положений, приведение своих примеров. Чтобы сделать такую проверку более глубокой, необходимо ставить перед студентами вопросы, требующие развернутого ответа. Вопросы для индивидуального опроса должны быть четкими, ясными, конкретными, охватывать основной, ранее пройденный материал программы.

**Фронтальный опрос** заключается в привлечении к обсуждению вопросов занятия, требующих небольших по объему ответов, всех студентов группы. При проведении фронтального опроса вопросы должны допускать краткую форму ответа, быть лаконичными, логически увязанными друг с другом, даны в такой последовательности, чтобы ответы студентов в совокупности могли раскрыть содержание раздела, темы. Заключительная часть устного опроса – анализ ответов студентов: отмечаются положительные стороны, недостатки ответов. При оценке ответа учитывается его правильность и полнота, логичность изложения материала, культура речи, умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

**Написание рефератов** – такая форма контроля позволяет систематизировать знания студентов, проверить умение раскрыть тему. В процессе подготовки рефератов студент мобилизует и актуализирует имеющиеся знания, самостоятельно приобретает новые, необходимые для раскрытия темы. При проверке этих работ преподаватель обращает внимание на соответствие работы теме, полноту раскрытия темы, последовательность изложения, самостоятельность суждения.

Контроль освоения практических умений на учебных фантомах. Основные цели обучения студентов — не только усвоение ими определенной системы знаний, но и формирование профессиональной готовности решать практические задачи, что определяется степенью сформированности системы практических навыков и умений. Контроль освоения практических навыков позволяет выявить, как студенты умеют применять полученные теоретические знания на практике, насколько они овладели необходимыми умениями, главными компонентами деятельности. Основные критерии, по которым оценивается практическая деятельность студентов, следующие:

- рациональная организация труда и рабочего места;
- выполнение установленных норм и требований к конкретному виду работы, соблюдение правил техники безопасности;
- рациональное использование оборудования и инструментария, материалов;
- последовательность и правильность применения приемов работы;
- степень самостоятельности при выполнении практических заданий. Совокупность перечисленных методов текущего контроля знаний и умений позволяет получить достаточно точную и объективную картину состояния студентов.

#### **Критерии оценивания результатов обучения**

Ответ по билетам на экзамене оценивается по количественной пятибалльной шкале.

**Оценка "отлично"** ставится студенту, который:

- а) твердо знает программный материал;
- б) грамотно и правильно отвечает на вопрос билета;
- в) проявляет глубокие знания;
- г) показывает умение логически, четко и ясно излагать ответы на вопрос билета и дополнительные вопросы;
- д) демонстрирует твердые навыки и умение приложить теоретические знания к практическому их применению.

**Оценку "хорошо"** заслуживает студент, который:

- а) обнаруживает полное знание программного материала;
- б) показывает систематический характер знаний и способный к самостоятельному их пополнению в ходе дальнейшей учебы;
- в) успешно, без существенных недочетов, отвечающий на вопрос экзаменационного билета, но некоторые ответы являются не совсем полными;
- г) Студент при ответах на дополнительные вопросы обнаруживает знания логических связей вопросов билета с другими разделами курса, но ответы недостаточно четкие.

**Оценку "удовлетворительно"** заслуживает студент, который:

- а) проявил по вопросу билета знания только основного материала, но не усвоивший детали и допустивший ошибки принципиального характера;
- б) справляется с заданиями, предусмотренными программой, но допустивший погрешности в ответе;
- в) обладает необходимыми знаниями для устранения допущенных ошибок под руководством преподавателя;
- г) при ответах на дополнительные вопросы не может увязать материал со смежными разделами курса.

**Оценка "неудовлетворительно"** выставляется студенту, который:

- а) обнаруживает пробелы в знаниях основного программного материала;
- б) допускает принципиальные ошибки в выполнении заданий экзаменационного билета и не способен к их исправлению без дополнительных занятий по дисциплине.

## **VII. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ**

### **Тема 1. Организация работы семейной медицинской сестры.**

Вопросы:

- 8) роль семейной медсестры;
- 9) структуру ЦСМ и ГСВ;
- 10) документацию ЦСМ и ГСВ;
- 11) принципы первичной медико-санитарной помощи;
- 12) права и обязанности семейной медсестры;
- 13) понятие «команда в семейной медицине»;
- 14) понятие о страховой медицине.

### **Тема 2. Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами.**

Вопросы:

- 6) виды контрацепции;
- 7) задачи службы планирования;
- 8) сомнительные признаки беременности;
- 9) вероятные и достоверные признаки;
- 10) определение продолжительности срока родов.

### **Тема 3. Роль семейной медсестры при уходе за новорожденными. Виды кормления**

Вопросы:

- 7) признаки доношенного новорожденного;
- 8) физиологические состояния доношенного новорожденного;

- 9) уход за здоровым младенцем непосредственно после рождения;
- 10) прямой контакт с телом матери “кожа-к коже”;
- 11) поддержание теплового режима;
- 12) уход за новорожденным: утренний туалет, купание, прикладывание к груди;

#### **Тема 4. Роль семейной медсестры при работе с подростками.**

Вопросы:

- 8) организацию работы семейной медсестры с подростками в семье;
- 9) работу семейной медсестры и совместную работу их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья подростков;
- 10) патронаж семейной медсестры в семье, где проживают подростки;
- 11) о влиянии вредных привычек на организм подростков;
- 12) о вреде курения;
- 13) о вреде алкоголя;
- 14) о вреде наркомании.

#### **Тема 5. Роль семейной медсестры по уходу за больными с заболеваниями респираторной и сердечно - сосудистой системы.**

Вопросы:

- 8) этиологию заболеваний органов дыхания;
- 9) основные симптомы при заболеваниях органов дыхания;
- 10) методы обследования при заболеваниях органов дыхания;
- 11) принципы лечения, профилактику заболеваний органов дыхания.
- 12) определение, причины, основные симптомы заболеваний органов кровообращения;
- 13) методы обследования заболеваний органов кровообращения;
- 14) принципы лечения, уход, профилактику.

#### **Тема 6. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения,**

Вопросы:

- 5) определение заболеваний, основные симптомы заболеваний органов пищеварения;
- 6) лабораторно-инструментальные методы исследования;
- 7) принципы лечения и ухода за пациентами;
- 8) вопросы лечебного питания;

#### **Тема 7. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов мочевыделительной и эндокринной системы.**

Вопросы:

- 12) определение острого и хронического гломерулонефрита, пиелонефрита, ОПН, ХПН, почечнокаменной болезни;
- 13) этиологию, основные клинические симптомы;
- 14) лабораторно-инструментальные методы исследования;
- 15) принципы лечения и уход;
- 16) особенности диетотерапии;
- 17) диспансеризацию пациентов с заболеваниями почек.
- 18) понятие о гемодиализе
- 19) определение болезни, причины, основные клинические симптомы заболеваний эндокринной системы;

- 20) принципы лечения и уход;
- 21) особенности диетотерапии, стол № 9;
- 22) диспансеризацию.

**Тема 8. Роль семейной медсестры по уходу за инфекционными, в том числе туберкулезными больными.**

Вопросы:

- 9) профилактику распространения инфекционных заболеваний;
- 10) общие меры предосторожности при работе семейной сестры с пациентами
- 11) с ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
- 12) противоэпидемические мероприятия, проводимые в очаге инфекции
- 13) особенности ухода за туберкулезными пациентами;
- 14) профилактика туберкулеза;
- 15) обучить пациента правильному сбору мокроты на анализы;
- 16) обучить пациента правильной обработке карманной плевательницы.

**Тема 9. Роль семейной медсестры по уходу за неврологическими, онкологическими и хирургическими пациентами.**

Вопросы:

- 12) распознавание и постановку сестринского диагноза при болезнях НС;
- 13) особенности ухода за больными с патологией НС
- 14) профилактику осложнений;
- 15) особенности ухода за онкологическими пациентами;
- 16) оказание особенности онкологической помощи в домашних условиях;
- 17) особенности детской онкологии.
- 18) вопросы этики и деонтологии с онкологическими пациентами;
- 19) профилактику осложнений;
- 20) особенности ухода за хирургическими пациентами;
- 21) оказание неотложной помощи при несчастных случаях;
- 22) особенности детского травматизма.

**Тема 10. Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье.**

**Консультирование членов семьи по уходу.**

- 5) задачи гериатрической службы;
- 6) понятие о гериатрии;
- 7) медицинские и социальные аспекты;
- 8) особенности течения болезней при различных патологиях пожилого и старческого возраста.

**Требования по оформлению заданий**

**Кроссворды.**

- 10) Оптимальное количество слов в кроссворде - 20.
- 11) При составлении же кроссвордов по тематическому признаку лучше сначала подобрать слова, а затем, исходя из них, придумать рисунок. Это вот по какой причине. Скажем, вы сделали рисунок тематического кроссворда, в котором должны быть использованы, к примеру, слова, состоящие из трех, пяти, восьми букв. А когда начали подбирать слова, то оказалось, что на данную тему больше слов четырех-, семи-, девятибуквенных, из которых и надо придумать фигуру кроссворда.

- 12) Правильным считается тот рисунок того кроссворда, у которого все четыре стороны симметричны, каждое слово имеет, как минимум, два пересечения (а вообще чем больше, тем лучше), кроссворд не распадается на части, не связанные между собой.
- 13) Очень интересны и сложны по составлению «сплошные» кроссворды, в которых все буквы слов пересекаются с другими. Хотя разгадывать их иногда легче — стоит только вписать все слова по горизонтали, как автоматически получится ответ и по вертикали. Кривые и некрасивые кроссворды получаются тогда, когда составитель берет слова и начинает нанизывать их друг на друга. Для плотности кроссвордной фигуры есть определенная мерка: отношение количества пересеченных клеток к общему количеству клеток в фигуре. Обычно это соотношение колеблется в пределах от 1:3 до 1:5. Если плотность фигуры ниже соотношения 1:5 (то есть пересекаемых клеток меньше одной пятой части всех клеток в фигуре), то для кроссворда это уже серьезный недостаток. Значит, нерасчетливо, неэкономно использованы возможности клеточной фигуры — она осталась недоразвитой.
- 14) При оформлении текста задания кроссворда для единообразия желательно начинать со слов по горизонтали, как мы и пишем обычно, хотя для разгадывания это никакого значения не имеет.
- 15) В кроссвордах допустимы к употреблению только имена существительные единственного числа в именительном падеже, а также те, которые имеют лишь множественное число: ворота, сумерки, кроссовки и т. д.
- 16) Никакие эмоционально окрашенные слова: уменьшительные, ласкательные, пренебрежительные и прочие в кроссвордах неупотребимы. Не включаются в кроссворды и названия, состоящие из двух и более слов (Ерофей Павлович, «Анна Каренина», белый гриб), а также слова, пишущийся через дефис (Новиков-Прибой, Комсомольск-на-Амуре, вагон-ресторан).
- 17) Клетки кроссворда, куда должны вписываться первые буквы слов, последовательно нумеруются. Некоторые слова по горизонтали и вертикали могут идти под одним номером, если они образуют прямой угол, то есть начинаются с общей буквы.
- 18) Значения слов необходимо давать только по словарям.

#### **Примерные требования к оформлению докладов в формате POWER POINT**

- 18 Не более 8-10 слайдов. Время на презентацию -7-10 мин.
- 19 Титульный лист слайда. Презентация начинается со слайда, содержащего название места обучения (институт, факультет/колледж, кафедра), работы, дисциплины, имени автора, научного руководителя..
- 20 Введение (план презентации).
- 21 Во введении определяется актуальность, дается характеристика направления исследования.
- 22 Основная часть.
- 23 Заключение. 3-5 тезиса, излагаются основные результаты представленной работы.

- 24 Список использованной литературы.
- 25 Слайды должны быть пронумерованы.
- 26 Каждый слайд должен иметь заголовок.
- 27 Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер):
- 28 Текст слайда для заголовков должен быть размером 24-36 пунктов.
- 29 Точку в конце заголовков не ставить. А между предложениями ставить.
- 30 Не писать длинные заголовки.
- 31 Слайды не могут иметь одинаковые заголовки. Если хочется назвать одинаково – желательно писать в конце (1), (2), (3) или Продолжение 1.
- 32 Шрифты. Для оформления презентации использовать Arial, Tahoma, Verdana, TimesNewRoman, Georgia.
- 33 Размер шрифт для информационного текста 18-22 пункта.
- 34 Ни в коем случае не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Необходимо помещать туда важные тезисы.

## **X. АПЕЛЛЯЦИЯ.**

Апелляция – это аргументированное письменное заявление студента либо о нарушении процедуры проведения экзамена, приведшему к снижению оценки, либо об ошибочности, по его мнению, выставленной оценки на экзамене.

Апелляция по устным экзаменам принимается в день сдачи экзамена. Апелляция по письменным экзаменам принимается в день объявления оценки по письменному испытанию.

Студент в день объявления результатов сдачи экзамена может обратиться к руководителю структурного подразделения с письменным заявлением о несогласии с оценкой, который должен сформировать апелляционную комиссию. Председателем апелляционной комиссии является заведующий кафедрой/отделением. В состав апелляционной комиссии должны входить преподаватель, принимавший экзамен, и преподаватель, читающий лекции по этой или родственной дисциплине. Деканат выдает студенту новый индивидуальный экзаменационный лист. Апелляционная комиссия должна рассмотреть заявление студента в течение 3-х рабочих дней после подачи заявления студентом. Комиссия не имеет право ставить оценку ниже, чем она была поставлена преподавателем. Оценка апелляционной комиссии является окончательной и пересмотру не подлежит. Оценка апелляционной комиссии должна быть проставлена в индивидуальный экзаменационный лист и заверена подписями всех членов комиссии. В том случае, если оценка изменена, то она проставляется в зачетную книжку студента за подписью председателя апелляционной комиссии.

## **XI. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.**

## Основная литература:

### 1. Основная

1. Н.В. Шпорт, О.С. Кравцова, И.К. Дыгало «Семейная медицина». Москва 2005г.
2. В.Тулчинская, Н. Соколова, Н. Шеховцова «Сестринское дело в педиатрии». «Феникс» 2001 г.
3. Славянова И.К. «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии». «Феникс» 2001г.
4. Т. Ч. Чубакова, Э.Б. Фрике, М. Халики «Основы сестринского дела в семейной медицине», том I. Бишкек 2005 г.
5. Т.Ч. Чубакова, Вирджинии М. Халики, Эдит Берил Фрике, «Сестринское дело в терапии и хирургии». Бишкек 2007 г.
6. Т.Ч. Чубакова, Э.Б. Фрике, М. Халики. «Основы сестринского дела в медицине». Птом. Бишкек 2005 г.
7. «Организация специализированного сестринского ухода». Москва. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» 2009 г.
8. Л.С. Фролькис. «Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи». Москва. 2010 г.
9. Смолева. Э. В., Обуховец Т.П. «Сестринское дело в терапии». Ростов-на-Дону. «Феникс»
10. Руководство по ведению пациентов с заболеваниями органов дыхания: Для специалистов сестринского дела ГСВ/ ЦСМ на основе стратегии PAL ВОЗ. Бишкек 2007 г.
11. Руководства по обучению стратегии PAL ВОЗ для преподавателей сестринского дела. Бишкек 2005 г.

### 2. Дополнительная

1. «Организация и основные принципы оказания медико-социальной помощи семьям группы риск» Учебное пособие для специалистов медико-социального патронажа, медсестер ГСВ. Бишкек 2005 г.
2. «Основы клинического обучения по репродуктивному здоровью». Учебное пособие для медсестер ГСВ. Бишкек 2004 г.
3. Основы обучения сотрудников службы организации семьи и медико-социального патронажа акушеров и медсестер ГСВ. Бишкек 2005 г.

### Интернет-ресурсы:

1. <http://www.dgsen.kg>
2. Всемирная организация здравоохранения  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/imci/ru/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ru/)
3. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики - [www.med.kg](http://www.med.kg)
4. Википедия (краткий сайт) - <https://ru.wikipedia.org/wiki/>...
5. Сайт для студентов медиков - <https://studfiles.net/preview/page/85>

## **Конспект лекции.**

### **Содержание лекции:**

1. Концепция семейной медицины, роль семейной медсестры.....44
2. Понятие «семья» и психологические нагрузки. Здоровье и болезнь.....59
3. Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами.....67
4. Консультирование членов семьи по уходу за новорожденными  
Виды кормления.....75

5. Роль семейной медсестры по уходу за детьми с соматическими заболеваниями.....	82
6. Роль семейной медсестры при работе с подростками. Вопросы гигиены и полового воспитания. Вредные привычки.....	90
7. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями респираторной системы. Профилактика ХОБЛ.....	99
8. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.....	106
9. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения.....	111
10. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.....	120
11. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями эндокринной системы.....	127
12. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями крови.....	134
13. Инфекционный пациент в семье. Профилактика ВИЧ/СПИД.....	140
14. Туберкулезный пациент в семье. Профилактика.....	148
15. Неврологический пациент в семье.....	154
16. Онкологический пациент в семье.....	159
17. Хирургический пациент в семье.....	166
18. Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье. Консультирование членов семьи по уходу.....	173

## **Лекция 1. Концепция семейной медицины, роль семейной медсестры**

### **План:**

- Национальная программа
- Этический кодекс медсестер
- Концепция сестринского дела
- Понятие семейной медицины
- Роль и задачи семейной медицины в структуре здравоохранения
- Понятие группы семейных врачей
- Сестринский процесс
- Понятие «семья»

### **Национальные программы**

#### **Реформы в системе здравоохранения Кыргызстана**

Радикальные изменения законодательной базы здравоохранения, начиная с 1996 года, обусловили переход медицины от государственной системы финансирования к бюджетно-страховой что положило основу процесса реформирования в системе здравоохранения.

В итоге сектор здравоохранения разделен на «поставщиков» и «покупателей» медицинских услуг, произошла переориентация системы медицинского обслуживания с дорогостоящей стационарной помощи на услуги первичного здравоохранения, сформирован институт семейной медицины. Также введена система обязательного медицинского страхования. И в 2008 г. системой ОМС было охвачено 76,7% населения. Обязательным медицинским страхованием называется система предоставления гарантированного государством пакета медицинских услуг за счет обязательных отчислений с фонда заработной платы. Они предназначены для работающих граждан. Причиной введения медицинского страхования является непредсказуемость болезни. Это ведет к затруднению планирования расходов семьи на здравоохранение. Денежные расходы на лечение одного из членов семьи: длительное пребывание в больнице, сложные хирургические процедуры, диагностика, консультации специалистов могут стоить очень дорого и могут иметь катастрофические последствия для бюджета всей семьи.

В целях более рационального использования крайне ограниченных ресурсов, направляемых в систему здравоохранения, появилась система «Единого плательщика», согласно которому, бюджет здравоохранения был аккумулирован на республиканском уровне. Это определило новые механизмы формирования и исполнения бюджета организаций здравоохранения через эту систему. Поставщики медицинских услуг, осуществляют свою деятельность на основании договоров, заключенных между организациями здравоохранения и территориальными управлениями ФОМС, независимо от формы собственности. В соответствии с системой «Единого плательщика», финансирование в стационарах осуществляется - за пролеченный случай, а на первичном уровне - поликлиниках осуществляется как подешевле финансирование.

Формировался бюджета здравоохранения на программной основе. Программа государственных гарантий (ПГГ), являющаяся государственным социальным стандартом в области здравоохранения, определяет объем медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно или на льготных условиях. Объем финансирования ПГГ определяется в соответствии с минимальными стандартами бюджетного финансирования здравоохранения. Следует отметить, что в 2006-2007гг.был увеличен объем бесплатных медицинских услуг. (ПГГ, предоставляемых для беременных женщин, детям в возрасте до

5 лет, пенсионерам в возрасте 70 лет и старше.) Данная программа способствует осуществлению равномерного финансирования регионов. Кроме того, был введен сельский коэффициент для стимулирования работников здравоохранения в сельской местности.

Бюджет сектора здравоохранения республики в 2008 году составил 4926,1 млн. сомов, что на 1378,1 млн. сомов или на 38,8% больше бюджета 2007 года (3548,1 млн. сомов). А бюджет Программы государственных гарантий в 2008 году составил 3621,7 млн. сом, что на 541,6 млн. сом больше этого показателя 2007 года. Несмотря на то что финансирование в Кыргызстане осуществляется нарастающими темпами и государство тратит на здравоохранение из года в год больше, ощутимой пользы пока нет. Бюджетно-страховая система, которая сложилась на сегодняшний день, мало влияет на качество оказания медицинской помощи.

В период реализации Национальной программы «Манас таалими» (2006-2010г.г.) введена «сооплата» за медицинские услуги. Следует отметить, что эти средства, полученные организациями здравоохранения, не подлежат налогообложению и изъятию в государственный бюджет. Они используются для выплаты дополнительной заработной платы и являются источником отчисления в Социальный фонд КР, часть сооплаты используется для лечения и питания пациентов. Определенная часть граждан освобождена от внесения сооплаты или имеют льготы в получении медицинской помощи (пенсионеры, дети до 5 лет, беременные женщины и роженицы, инвалиды и и пенсионеры старше 70 лет ). Для остальных пенсионеров размеры сооплаты при стационарном лечении снижены до минимальных размеров (200-260 сомов). На компенсацию отмены и снижения сооплаты в 2008 г. государство выделило 174,0 млн. сом.

Если обратиться к опыту других стран, в настоящее время большинство стран в своих схемах финансирования переносят часть финансовой ответственности на потребителя, что известно как сооплата. Важнейшим обоснованием для введения сооплаты является ограничение пациента от его желания получить чрезмерное лечение за счет средств страхования. Индивидуальные схемы сооплаты отличаются друг от друга по природе финансовых договоренностей. В основном существуют 3 типа таких схем: удержание; со-страхование (застрахованный должен определенную пропорцию в стоимости каждой единицы, употребляемой медицинской помощи); соучастие в оплате услуг.

Согласно существующей методике в Кыргызстане, пациенты вместо получения реальной материальной поддержки со стороны государства, одни пациенты вынуждены покрывать расходы других больных. Оплата большого части собственного лечения на наш взгляд является более справедливым путем привлечения пациента для его лечения. Следует отметить, что в наших условиях пациенты дополнительно вносят плату за медикаменты, а также нередко осуществляют неофициальные платежи - «подарки» врачам, другому мед.персоналу и, непосредственно, денежные вознаграждения (особенно, плата за операции). Это свидетельствует о том, что сложившийся уровень сооплаты за медицинские услуги не покрывает всех расходов на пациента, что вынуждает медицинских работников компенсировать затраты на лечение за счет средств пациента. Кроме того очень часто врач направляет больного в определенную аптеку или лабораторную клинику имея при этом долю от стоимости проданных пациенту лекарств, или платы за лабораторные исследования, в которых даже если нет необходимости. Хотя 20% НДС с лекарств сняты, но на самом деле они не стали дешевле.

Все это свидетельствует о том, что больной с введением сооплаты вынужден теперь многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантии на полное выздоровление. Поэтому, по совокупности этих причин было бы целесообразно вместо фиксированных соплатежей по отношению к медицинской помощи ввести сооплату по отношению к лекарствам, т. е. оплачивать часть стоимости лекарств, использованных при лечении больного. ( Практика например, Турции)

Анализ оплаты труда в системе здравоохранения республики за последние годы показал устойчивую тенденцию роста заработной платы медицинских работников. Несмотря на непрерывное повышение, оплата труда продолжает оставаться низким. Уровень заработной платы врачей только в 2008г. приблизился к минимальному потребительскому бюджету, а у среднего и младшего медицинского персонала он продолжает составлять немногим более 50%. Заработная плата врачей составляет 78% средней заработной платы по республике, среднего и младшего медицинского персонала- 58% и 36% соответственно. Этот фактор является основной причиной неофициальных выплат непосредственно медицинскому персоналу. Кроме того, следует отметить, что при начислении заработной платы, как и во всех бюджетных структурах страны, не учитывается уровень инфляции. И последнее 30% ное повышение оплаты труда представляет собой лишь частичную компенсацию роста цен.

В структуре консолидированных расходов здравоохранения доля средств республиканского бюджета составляет 60,1% (1454,4 млн.сом), местного бюджета г. Бишкек -16,2% (312,0 млн. сом.), средств ОМС - 16,2% (393,2 млн.сом), сооплаты - 7,8% (188,0 млн.сом) и специальных средств -3,0% (73,6 млн. сом), данные которых представлены в диаграмме.

### **Этический кодекс медсестер**

<b>Раздел Кодекса №1: МЕДСЕСТРЫ И ПАЦИЕНТЫ</b>		
<b>Практикующие медсестры и руководители</b>	<b>Преподаватели и исследователи</b>	<b>Национальная ассоциация медсестер</b>
Оказывать помощь с уважением к правам человека и учетом ценностей, обычаев и убеждений каждого.	Включать в образовательные программы изучение прав человека, равенства, справедливости, солидарности как основ оказания медицинской помощи	Разрабатывать официальные заявления и руководства в поддержку прав человека и этических стандартов
Непрерывно обучаться по вопросам этики.	Проводить обучение по этическим вопросам и принятию этических решений.	Отстаивать вовлечение медсестер в деятельность этических комитетов

Предоставлять информацию, достаточную для информированного согласия и реализации права на выбор или отказ от лечения.	Проводить обучение по вопросам информированного согласия.	Предоставлять руководство, официальные заявления и непрерывное обучение по вопросу информированного согласия.
Использовать систему записи и управления информацией, гарантирующую конфиденциальность	Включать в учебные программы изучение понятий личного дела и конфиденциальности	Включить защиту принципов конфиденциальности и частного дела в 20 национальный этический кодекс для медсестер
Создавать и отслеживать соблюдение норм охраны окружающей среды на рабочем месте.	Объяснять учащимся значение общественной деятельности по решению проблем	Выступать в защиту безопасной и здоровой окружающей среды

<b>Раздел кодекса № 2: МЕДСЕСТРЫ И ПРАКТИК</b>		
<b>Практикующие медсестры и руководители</b>	<b>Преподаватели и исследователи</b>	<b>Национальная ассоциация медсестер</b>
Создавать стандарты для сестринского ухода и медицинского учреждения, гарантирующие безопасность и качество помощи	Проводить обучение, соответствующее принципу получения знаний в течение всей жизни и повышения компетентности для осуществления практики	Обеспечивать доступность непрерывного обучения посредством выпуска журналов, проведения конференций, разработки и внедрения дистанционных программ и т.п.
Создавать систему обмена профессиональной информацией, непрерывного обучения и систематического обновления лицензии (разрешения) на право оказывать помощь	Проводить и распространять исследования, демонстрирующие взаимосвязь между непрерывным обучением и компетентностью на практике	Отстаивать гарантированную возможность получения непрерывного образования и стандартов качества сестринской помощи
Следить и поддерживать здоровье сотрудников в отношении области их практики	Пропагандировать значение личного здоровья медицинских сестер и иллюстрировать его взаимосвязь с другими ценностями	Пропагандировать здоровый образ жизни среди сестринского персонала. Отстаивать гарантии безопасности рабочих мест и применяемых технологий для здоровья медсестер

<b>Раздел кодекса № 3: МЕДСЕСТРЫ И ПРОФЕССИЯ</b>		
<b>Практикующие медсестры и руководители</b>	<b>Преподаватели и исследователи</b>	<b>Национальная ассоциация медсестер</b>
Устанавливать стандарты для сестринской практики, исследований, образования и управления	Проводить обучение по вопросам создания стандартов для сестринской практики, исследований, образования и управления	Осуществлять сотрудничество с различными партнерами по созданию стандартов для сестринского образования, 21 практики, исследований и управления
Содействовать установлению атмосферы поддержки профессионального поведения на рабочем месте, распространению и использованию исследований, связанных с сестринским делом и здоровьем	Осуществлять, распространять и использовать исследования с целью развития сестринской профессии	Разрабатывать официальные заявления, руководства и стандарты, связанные с сестринскими исследованиями
Пропагандировать участие в деятельности национальных сестринских ассоциаций для создания благоприятных социально-экономических условий для медицинских сестер	Объяснять учащимся значение профессиональных сестринских ассоциаций	Отстаивать справедливые социальные и экономические условия работы для медсестер. разрабатывать официальные заявления и руководства по проблемам, возникающим на рабочих местах

<b>Раздел кодекса № 4: МЕДСЕСТРЫ И КОЛЛЕГИ</b>		
<b>Практикующие медсестры и руководители</b>	<b>Преподаватели и исследователи</b>	<b>Национальная ассоциация медсестер</b>
Осознавать наличие как уникальных, так и общих функций среди сотрудников и потенциала междисциплинарных конфликтов	Достигать понимания роли других медицинских работников	Содействовать сотрудничеству с представителями других профессий, связанных с профессией медицинской сестры

Разрабатывать систему организации труда в поддержку общих профессиональных этических ценностей и поведения	Передавать знание о сестринской этике представителям других профессий	Содействовать осознанию этических вопросов, возникающих в практике других специалистов
Разрабатывать механизмы защиты пациентов, их близких и членов сообществ в ситуациях, когда получению ими медицинской помощи угрожают действия медицинских работников	Вселять в учащихся понимание необходимости защиты пациентов, их близких и сообщества в ситуациях, когда получение ими медицинской помощи находится под угрозой со стороны медицинских работников	Предоставлять руководства, официальные заявления и содействовать дискуссии по защите людей, лечению которых угрожают медицинские работники

### **Концепция сестринского дела**

В 1992 г. в Голицыно состоялась Всероссийская научно-практическая конференция по теориям сестринского дела (СД). Участники этой конференции дали следующее определение сестринскому делу: «Сестринское дело – часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды».

На конференции обсуждались вопросы философии СД. Философия в общем плане – это система взглядов на мир, на жизнь, на разнообразные проблемы. Философия СД отражает мировоззрение медсестры в отношении ее деятельности, формирования целостного взгляда на СД, на роль и место в нем сестринского персонала. В центре этой философии, этого мировоззрения находится человек, больной, здоровый или умирающий. Человек, обладающий биологическими, психологическими, социальными и духовными потребностями и имеющий право на получение сестринских услуг, независимо от вероисповедания и социального положения. Основными принципами философии СД являются – уважение к жизни, достоинству и правам пациента. Философия СД дает определение сестринским обязанностям, целям и личным качествам медсестры. Философия СД устанавливает этические обязанности медсестры по обслуживанию пациентов (соблюдение конфиденциальности, уважение автономии пациента, право на информацию). Российская ассоциация медсестер создала и после обсуждения в регионах приняла этический кодекс медицинской сестры России.

В чем же состоит отличие новой концепции СД, современного его понимания от прежнего? Еще в недавнем прошлом суть СД заключалась в точном выполнении предписаний врача, настоящее же понимание СД – это представление образа и личности сестры как активного, равного участника в лечебном процессе. СД – это самостоятельная профессия, обладающая достаточным потенциалом, чтобы стать ровень с лечебным делом. Отсюда ясно, что функции медсестры оказываются значительно шире, чем простое выполнение указаний врача. На нее возложены основные обязанности по уходу за

пациентами, профилактика заболеваний, сохранение здоровья, реабилитация и облегчение страданий. Высококвалифицированная практикующая сестра должна иметь достаточно знаний и навыков, а также уверенности, чтобы планировать, осуществлять и оценивать уход, отвечающий потребностям отдельного пациента. При этом делается особый акцент на уникальность вклада СД в выздоровление больных.

### **Понятие семейной медицины**

Семейная медицина относительно молода и как клиническая дисциплина общепринятого определения пока не имеет. Традиционно основой разделения клинической медицины на специальности являются анатомия, возраст или технологии, которые используют медицинские работники. С этих позиций логично предположить, что семейная медицина — это наука о наиболее частых проблемах здоровья семьи и пациента независимо от пола и возраста; при этом семья рассматривается как единица наблюдения.

Семейный врач — это специалист с высшим медицинским образованием, оказывающий первичную медицинскую помощь населению независимо от пола и возраста. Этот же документ содержит предпосылки для выделения специалиста по семейной медицине со средним медицинским образованием (Рис.1.).



Рис.1.

Семейную медицину как специальность отличает ряд чрезвычайно важных принципов. Основные из них:

- длительность и непрерывность наблюдения;
- многопрофильность первичной медицинской помощи;
- отношение к семье как к единице медицинского обслуживания;
- превентивность как основа деятельности врача и медсестры;

- экономическая эффективность и целесообразность помощи;
- координация медицинской помощи;
- ответственность пациента, членов его семьи и общества за сохранение и улучшение здоровья.

### **Роль и задачи семейной медицины в структуре здравоохранения**

Без преувеличения можно сказать, что сегодня в Кыргызстане тема охраны здоровья и уровня развития медицины – одна из наиболее актуальных. Она является предметом дискуссий на страницах различных изданий – от специализированных медицинских до популярных. Согласно официальным статистическим данным Министерства здравоохранения КР, в нашей стране сложилась очень непростая ситуация с состоянием здоровья населения, основные показатели которого – средняя продолжительность жизни, уровень смертности и заболеваемости – далеко не оптимистические и в последние годы имеют тенденцию к ухудшению.

Проблемы реформирования амбулаторно-поликлинической помощи населению беспокоят всю медицинскую общественность. И не удивительно: на догоспитальном этапе начинают и заканчивают лечение почти 80% пациентов, именно здесь сосредоточена значительная часть медицинских кадров.

Когда-то мы с удовольствием утверждали, что по числу врачей и количеству коек на 10 тысяч населения наша медицина превышает показатели ведущих стран мира. При этом мало обращали внимание на качество оказания медицинской помощи, условия пребывания больных в стационарах и поликлиниках и т. д. На протяжении многих лет ситуация складывалась таким образом, что ни поликлиники, ни стационары не останавливали рост заболеваемости, росло число инвалидов.

Но эффективность здравоохранения зависит не только и не столько от материальных затрат на отрасль, сколько от организации лечебного процесса, качества подготовки специалистов. Ведь в идеале болезни проще, да и дешевле предупредить, чем лечить. Поэтому стало объективной необходимостью перенесение центра тяжести охраны здоровья на поликлинику, непосредственную работу с больным и его семьей.

Установлено, что 90 % всех пациентов в разных странах мира начинают и заканчивают лечение на уровне врача общей практики. В разных странах мира среди всех врачей количество врачей общей поликлиники (семейных врачей) составляет от 54% во Франции до 15% в Испании. В США из 653 тыс. врачей 39,2% приходится на семейных, а все остальные являются врачами-специалистами; на одного врача общей практики приходится от 850 (Австралия) и 975 (Испания) жителей до 2430 (Швеция). Количество часов работы врача общей практики (семейного врача) за неделю колеблется от 25 во Франции до 57 часов в Японии.

По количеству консультаций за один час приема наиболее активно врачи общей поликлиники работают в Японии — 5,7, а наименее в Швеции — 2,4 консультации.

**Медицинская (амбулаторная) карта — основной документ в работе семейного врача**

— в разных странах разная, однако ее функциями, неотъемлемо связанными с основными принципами семейной медицины, являются:

- 1) демонстрация качества работы врача;
- 2) юридическая отчетность.

**Мировая практика сформировала три модели деятельности врача общей практики:**

- 1) индивидуальная практика (врач и средний медицинский персонал);
- 2) групповая практика (несколько врачей общей практики объединены в группы, что позволяет сэкономить средства, организовать взаимозамену между собой, ввести некоторую специализацию медицинской практики);
- 3) центры здоровья (скандинавская модель) — это амбулатория общей практики, иногда со стационаром для людей пожилого возраста.

Семейный врач наблюдает пациента в повседневности. Визиты пациента не всегда связаны с жизнеугрожающими состояниями. Но все визиты имеют цель улучшить качество жизни либо самого пациента, либо его семьи.

Обычный врач видит только орган, систему, заболевание, возраст пациента или методику его лечения. Семейный врач, не отказываясь от значения биомедицинских знаний. Оценивает всего человека в комплексе его жизненных ситуаций и пытается на ранней стадии определить заболевание.

Клиническая проницаемость, учет ранних признаков заболевания, способность к интеграции многих «намеков» заболевания и индивидуума делает семейного врача уникальным.

Семейный врач должен знать о семейных заболеваниях, обусловленных наследственными или семейными факторами. Важное значение в предупреждении наследственной патологии имеет медикогенетическое консультирование, и роль семейного врача в этом процессе велика. Пациенты на себе отмечают преимущество лечиться у врача, который постоянно заботится обо всех членах семьи.

## **Группы семейных врачей**

### **Положение о группе семейных врачей (как структурное подразделение АУ)**

*Прекратило действие в соответствии со [статьей 36 Закона КР от 20 июля 2009 года № 241 «О нормативных правовых актах Кыргызской Республики»](#)*

## **I. Общие положения**

1.1. «Группы семейных врачей как структурное подразделение ЛПУ» в дальнейшем «ГСВ», это структурное подразделение амбулаторного учреждения (АУ), работающее в системе Министерства здравоохранения, объединившее семейных врачей, терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов, сестринский и младший медицинский персонал,

менеджеров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь семье и всем ее членам.

1.2. ГСВ в своей деятельности руководствуется нормативно-законодательными актами Кыргызской Республики, приказами и распоряжениями Министра здравоохранения Кыргызской Республики, Положением ЛПУ, а также настоящим Положением.

1.3. Настоящее Положение разработано на основе законодательства Кыргызской Республики, регламентирующего медицинскую деятельность и определяет порядок организации его работы.

1.4. Основные цели ГСВ:

- сохранение и укрепление здоровья населения;
- снижение заболеваемости и уменьшение страданий, вызываемых наиболее распространенными болезнями, травмами и увечьями.

1.5. Основные термины, используемые при деятельности ГСВ:

Первичная медико-санитарная помощь - это одна из форм медико-санитарной помощи, существенно необходимая и доступная как для каждого человека в отдельности, так и для всего населения, и предоставляемая на приемлемой для него основе, при его активном участии и при затратах, соответствующих возможностям населения и страны. Эта помощь составляет как неотъемлемую часть системы здравоохранения данной страны, являясь ее ядром, так и компонент общего социального и экономического развития.

Группа семейных врачей (ГСВ) - это объединение врачей терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов, семейных врачей, среднего медицинского персонала и менеджеров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь семье и всем ее членам.

Семейный врач - это специалист с высшим медицинским образованием, имеющий право оказывать первичную медико-санитарную помощь семье, независимо от пола и возраста ее членов.

Врач-специалист по семейной медицине - это семейный врач, прошедший специальный курс семейной медицины по углубленной программе и имеющий навыки инструментальной и лабораторной диагностики.

Семейная медицинская сестра - это специалист со средним или высшим сестринским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную медико-санитарную помощь населению, семье, независимо от возраста и пола пациента.

### **Сестринский процесс**

Каким же образом медсестра должна выполнять свои обязанности? В понятие СД входит сестринский процесс – это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медсестрой обязанностей по оказанию помощи больным. Сестринский процесс состоит из 5-ти этапов.

- 1 этап - обследование (оценка состояния пациента).
- 2 этап - сестринская диагностика (определение проблем).
- 3 этап - планирование предстоящей работы.
- 4 этап - реализация плана вмешательств.
- 5 этап - оценка результатов перечисленных этапов.

Первый этап – обследование пациента. Это текущий процесс сбора информации о состоянии здоровья и личности пациента. Информацию о пациенте медсестра может получить не только от самого больного, но и от его родственников и соседей по палате.

## **В обследование пациента входят:**

1. расспрос – выяснение жалоб или проблем со здоровьем пациента. Проблемы со здоровьем возникают вследствие нарушений потребностей. Потребность - это психологический и физиологический дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека. Иерархию жизненно важных потребностей в виде пирамиды предложил американский психолог А. Маслоу.

2. общий осмотр: оценка общего состояния больного, его сознания, положения тела, цвета кожи, слизистых.

3. физикальное исследование: измерение температуры тела, исследование дыхания и пульса пациента, измерение артериального давления, диуреза. Используются медицинский термометр, секундомер, тонометр и фонендоскоп.

4. оценка психологического и душевного состояния: настроение пациента, его отношение к заболеванию, степень приверженности врачебным рекомендациям, снижение порога безопасности пациента, затруднение выполнения его гигиенических навыков и особенности психо-социальных потребностей (эмоциональные реакции - беспокойство, тревога, страх, безнадежность, пренебрежение заболеванием, снижение чувства собственного достоинства, снижение творческой активности, потеря свободы, дружбы, любви, снижение и потеря социального статуса, затруднение религиозных потребностей).

Второй этап – анализ проблем пациента и оформление их в виде сестринского листа наблюдения за пациентом. Например, при медицинском диагнозе: острый аппендицит, могут иметь место следующие сестринские проблемы: острая боль в животе, лихорадка, тошнота и рвота, страх перед операцией.

Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Существующие проблемы – те, которые беспокоят пациента в настоящий момент. Потенциальные проблемы - те, которые еще не существуют, но могут появиться с течением времени, поэтому медсестра должна планировать профилактические мероприятия, направленные на предупреждение потенциальных проблем. Примеры потенциальных проблем:

- риск возникновения пролежней у неподвижного пациента;
- риск развития обезвоживания у пациента с рвотой и частым жидким стулом;
- риск падений и травм у пациента с головокружением;
- риск ухудшения состояния из-за неправильного приема лекарственных средств;

Наиболее значимые проблемы пациента среди существующих называются приоритетными. Критерии выбора приоритетов.

1. Все неотложные состояния, например, острая боль в сердце, риск развития легочного кровотечения.

2. Проблемы наиболее тягостные для пациента в настоящий момент, то, что наиболее беспокоит, является для него главным сейчас, самым мучительным.

Например, пациент с заболеванием сердца, страдающий приступами загрудинных болей, головными болями, отёками, одышкой, может указать именно на одышку как на своё главное страдание. В этом случае «одышка» будет являться приоритетной сестринской проблемой.

3. Проблемы, способные привести к различным осложнениям и ухудшению состояния пациента. Например, риск развития пролежней у неподвижного пациента.

4. Проблемы, решение которых приводит к разрешению ряда других проблем. Например, снижение страха перед предстоящей операцией улучшает сон, аппетит и настроение пациента.

Третий этап – планирование сестринских мероприятий. Планируются методы, способы, приемы, т.е. сестринские действия, которые необходимы для достижения целей сестринского ухода. Письменный план ухода за пациентом уменьшает риск некомпетентного ухода, это не только юридический документ качества сестринской помощи, но и документ, позволяющий определить экономические затраты, поскольку в нем указываются материалы и оборудование, необходимые для выполнения сестринского ухода. План предусматривает участие самого пациента и членов его семьи в процессе ухода, он включает критерии оценки ухода и ожидаемые результаты.

Например, по приоритетной проблеме пациента «острая боль в животе» цель может быть сформулирована следующим образом: поддерживать боль на уровне терпения всё время до операции. План:

- 1) придать пациенту удобное положение, облегчающее боль.
- 2) обеспечить приём болеутоляющих средств каждые два часа, в соответствии с назначением врача.
- 3) обучить пациента технике релаксации (расслабление).
- 4) применить словесное внушение и отвлечение.

Методы возможных сестринских вмешательств, то есть, какого рода сестринская помощь может планироваться медицинской сестрой:

- облегчение или устранение проблем пациента;
- оказание ежедневной помощи в активной повседневной жизни;
- выполнение технических манипуляций, назначений врача;
- оказание психологической помощи и поддержки;
- обучение и консультирование пациента и членов его семьи;
- профилактика осложнений и укрепление здоровья;
- меры по спасению жизни (диагностика неотложных состояний и оказание доврачебной помощи).

Четвертый этап – осуществление плана сестринских вмешательств. Существует 3 категории сестринского вмешательства: независимое, зависимое и взаимозависимое. Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями и знаниями без прямых указаний врача. Это – обучение и консультирование пациента и его семьи, обучение пациента навыкам самоухода, советы пациенту относительно его здоровья, оказание неотложной доврачебной помощи и др.

Пятый этап – оценка результатов. Цель этапа - оценка реакции пациента на сестринские вмешательства, анализ качества предоставленной помощи и оценка полученных результатов. Оценка эффективности и качества ухода за пациентом производится сестрой регулярно, через определённые промежутки времени. Например, при проблеме «риск появления пролежней» сестра будет производить оценку каждые два часа, меняя положение пациента. Систематический процесс оценки требует от медсестры умения мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми.

Например. Цель: пациент будет уметь измерять артериальное давление самому себе к 5 сентября. Оценка: пациент измерил артериальное давление и оценил его результаты правильно 5 сентября. Цель достигнута.

На этом этапе проводится корректировка плана, если изменяется состояние пациента. Например, при обучении измерению артериального давления медсестра обнаруживает, что пациент не видит обозначения на шкале тонометра либо плохо слышит, что не позволяет ему контролировать результаты измерения. Из-за неполной базы данных, собранных на I этапе, сформулирована нереалистичная цель. Медсестра ставит новую цель - обучить членов семьи пациента измерению артериального давления, и в соответствии с этим пересматривает сроки и намечает план обучения. Выполнение намеченного плана дисциплинирует медсестру и пациента. Если возникает дефицит времени при большой нагрузке на сестру, она определяет, что должна выполнить немедленно, а что в следующую очередь, а также передать по смене.

Таким образом, оценка результатов сестринского вмешательства позволяет установить сильные и слабые стороны сестринского процесса, способствует повышению качества медицинской помощи, поэтому должна быть определена мера ответственности каждого участника этой помощи: врача, медсестры и самого пациента [ инт.рес. 4. ]

### **Понятие «семья»**

Семья – предмет изучения разных социальных наук. В каждой даётся своё определение данному понятию.

- 1) С точки зрения социологии, это группа людей, связанная кровным родством и брачными узами.
- 2) Юридическая наука дополняет данное определение и говорит, что семья является объединением нескольких совместно проживающих лиц, которые связаны между собой правовыми отношениями, определённым кругом обязанностей, возникающих после заключения брака и вступления в родство.
- 3) В педагогике и в психологии делает упор на личные взаимоотношения членов семьи и разных поколений, на воспитательную и социальную роль представителей старшего поколения в развитии младших участников общественной группы.

Данное понятие многогранное. Но каждое определение подтверждает, что это малая группа, ячейка общества, в которой люди связаны между собой определёнными отношениями.

Семья как малая общность обладает отличительными признаками:

- союз двух людей (традиционно мужчины и женщины), подтверждённый нормами Закона;
- вступление в брачные отношения на добровольных началах;
- общность быта и ведения домашнего хозяйства, приобретения материальных ценностей;
- моральное, психологическое и нравственное единство;
- вступление в близкие, интимные отношения;
- рождение, воспитание и социализация детей.

Институт семьи подразумевает связи, которые возникают между ней и обществом, направленность её деятельности. Таких связей может быть несколько, и они вариативны для каждой отдельной малой группы. Однако выделяется ряд традиционных функций, которые выполняет семья:

- репродуктивная. Цель: установление сексуальных отношений с последующим рождением детей. Данная функция является ведущей, поскольку предполагает, что, вступив в интимную связь, мужчина и женщина выполняют главное своё предназначение – продолжение рода;

- хозяйственно-экономическая. Цель: создание общих материальных ценностей, устройство и ведение совместного хозяйства, организация быта, объединение средств и капиталов, производство общих расчётов;

- регеративная. Цель: сохранение семейных, родовых ценностей и реликвий, передача опыта старшего поколения младшему;

- воспитательно-образовательная. Цель: реализация потребностей родительских качеств в контактах с детьми, их обучение, нравственное и психологическое развитие, воспитание морально-этических норм и т.д. В данном случае говорят о семейном воспитании.

### **Структура семьи**

Существует множество различных вариантов состава, или структуры, семьи:

- «нуклеарная семья» состоит из мужа, жены и их детей;
- «пополненная семья» – увеличенный по своему составу союз;
- супружеская пара и их дети, плюс родители других поколений, например бабушки, дедушки, дяди, тети, живущие все вместе или в тесной близости друг от друга и составляющие структуру семьи (Рис.2.);



Рис.2.

- «смешанная семья» является «перестроенной» семьей, образовавшейся вследствие брака разведенных людей. Смешанная семья включает неродных родителей и неродных детей, так как дети от предыдущего брака вливаются в новую единицу семьи;
- «семья родителя-одиночки» является хозяйством, которое ведется одним родителем (матерью или отцом) из-за развода, ухода или смерти супруга либо потому, что брак никогда и не был заключен (Леви Д., 1993).

А.И. Антонов и В.М. Медков выделяют по составу:

- нуклеарные семьи, которые в настоящее время наиболее распространены и состоят из родителей и их детей, то есть из двух поколений. В нуклеарной семье имеется не более трех нуклеарных позиций (отец-муж, мать-жена, сын-брат или дочь-сестра);
- расширенные семьи представляют собой семью, объединяющую две или более нуклеарных семей с общим домохозяйством и состоящую из трех или более поколений – прауродителей, родителей и детей (внуков).

Авторы указывают, что, когда надо подчеркнуть наличие в нуклеарной семье, основанной на полигамном браке, двух и более жен-матерей (полигиния), или мужей-отцов (полиандрия), тогда говорят о составной, или сложной нуклеарной, семье. В повторных семьях (основанных на повторном, не первом браке) вместе с супругами могут находиться дети отданного брака и дети кого-либо из супругов, приведенные им в новую семью (Антонов А.И., Медков В.М.)

А.Е. Личко (Личко А.Е., 1979) разработал следующую классификацию семей:

Структурный состав:

- полная семья (есть мать и отец);
- неполная семья (есть только мать или отец);
- искаженная или деформированная семья (наличие отчима вместо отца или мачехи вместо матери).

Функциональные особенности:

- гармоничная семья;
- дисгармоничная семья.

Существуют различные классификации типов распределения ролей в семье. Так, по И.В. Гребенникову, существует три типа распределения семейных ролей:

- централистический (или авторитарный, с оттенками патриархальности), когда во главе стоит один из супругов, нередко жена, которому принадлежит верховная власть в решении основных вопросов семейной жизни;
- автономный – муж и жена распределяют роли и не вмешиваются в сферу влияния другого;
- демократический – управление семьей лежит на плечах обоих супругов примерно в равной мере.

Типы семейных структур по критерию власти (Антонов А.И., Медков В.М., 1996) разделяют на:

- патриархальные семьи, где главой семейного государства является отец,
- матриархальные, где наивысшим авторитетом и влиянием пользуется мать,
- и эгалитарные семьи, в которых нет четко выраженных семейных глав и где преобладает ситуативное распределение власти между отцом и матерью.

#### **По половой принадлежности:**

- Однополая
- Разнополая (Рис.3.)



Рис.3.

#### **По количеству детей:**

- Многодетная
- Малодетная
- Бездетная

**Социальный статус:**

- Молодая
- Прожившая
- Приемная

**Морально – психологическое состояние:**

- Благополучная
- Неблагополучная

**Количество партнеров:**

- Полигамная – многоженство
- Моногамная – 2 партнера[инт.рес. 4.]

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Национальные программы
2. Этический кодекс медсестер
3. Концепцию сестринского дела
4. Понятие семейной медицины
5. Роль и задачи семейной медицины в структуре
6. Понятие группы семейных врачей
7. Сестринский процесс
8. Понятие «семья»
9. Законы в сестринской деятельности
10. Юридическую ответственность
11. Права и обязанности медсестры

**Лекция 2. Понятие «семья» и психологические нагрузки. Здоровье и болезнь****План:**

- Понятие «семья»
- Факторы, влияющие на семью
- Понятие «здоровье»
- Социальное значение здоровья
- Понятие «болезнь»
- Понятие «стресс», «адаптация»
- Профилактика стресса
- Понятие «семейная жестокость»
- Моральный климат семьи
- уровня потребности по А. Маслоу
- Основные потребности человека по А. Маслоу.

Семья — это сообщество, основанное на браке супругов (отца, матери) и их холостых детей (собственных и усыновленных), связанных духовно, общностью быта и взаимной моральной ответственностью. Семья создается на основе брака, кровного родства, усыновления, а также на других основаниях, не запрещенных законом и таких, которые не противоречат моральным основам общества.

### **Факторы влияющие на семью**

Когда дети проявляют неуважение к людям, несоблюдение моральных норм, то надо прежде всего говорить о нарушении системы ценностей в их семье. К тяжёлым последствиям отклонений в семейном воспитании следует отнести преступность, тунеядство, наркоманию, токсикоманию, алкоголизм и другие патологические явления, источником которых в большинстве случаев стала среда, окружающая ребёнка в семье. Семья как малая социальная группа является наилучшей воспитательной средой. Этому способствует:

- состав семьи, её способность к постоянному непосредственному контакту «лицом к лицу» всех членов семьи;
- руководство, находящееся в руках супружеской пары, объединённой узами любви и дружбы, представляющие для детей личностные образцы для подражания;
- сплочённость семьи, единство её целей;
- сильные взаимные эмоциональные связи между всеми членами семьи;
- удовлетворение основных потребностей благодаря товарищеским отношениям, признанию свободы и уважения прав каждого члена семьи.

Однако некоторые факторы, связанные с составом семьи, состоянием её внутренних взаимоотношений или воспитательно-неверным позициям родителей, могут вызывать снижение воспитательной способности семьи. Эти факторы могут приводить к нарушениям в поведении детей и даже к отрицательным явлениям в формировании их личности.

В выполнении воспитательной функции по отношению к детям главную роль играет супружеская пара - отец и мать. Атмосфера напряжённости и конфликтных семейных ситуаций действуют на ребёнка резко отрицательно. Дом перестаёт быть для него опорой, он теряет чувство безопасности, исчезает тот источник, которым была для него семья, когда в ней царил эмоциональная связь родителей, когда они и мир их ценностей были примером для подражания. Нарушение такой стабильной семейной системы может привести ребёнка, особенно в подростковом и юношеском возрасте, к поискам опоры вне дома. В таком состоянии дети легче поддаются внешним влияниям, так как стремятся к разрядке внутреннего напряжения.

Разногласие и отсутствие любви между отцом и матерью весьма тесно связаны с развитием у детей склонности к нежелательному поведению. Чем длительнее по времени разногласия в семье, тем сильнее их отрицательное влияние на ребёнка [ инт.рес. 4. ]

### **Понятие «здоровье»**

Здоровье — состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни (подробное рассмотрение определений здоровья приведено ниже). К наукам, изучающим здоровье, относятся: диетология, фармакология, биология, эпидемиология, психология (психология здоровья, психология развития, экспериментальная и клиническая психология, социальная психология), психофизиология, психиатрия, педиатрия, медицинская социология и медицинская антропология, психогигиена, дефектология и другие.

### **Показатели здоровья**

Здоровье человека является качественной характеристикой, складывающейся из набора количественных параметров:

- антропометрических (рост, вес, объём грудной клетки, геометрическая форма органов и тканей);
- физических (частота пульса, артериальное давление, температура тела);
- биохимических (содержание химических элементов в организме, эритроцитов, лейкоцитов, гормонов и пр.);
- биологических (состав кишечной флоры, наличие вирусных и инфекционных болезней) и других биомаркеров.

Для состояния организма человека существует понятие «нормы», когда значения параметров укладываются в определённый, выработанный медицинской наукой и практикой диапазон. Отклонение значения от заданного диапазона может явиться признаком и доказательством ухудшения здоровья. Внешне утрата здоровья будет выражаться в измеримых нарушениях в структурах и функциях организма, изменениях его адаптивных возможностей.

С точки зрения ВОЗ, здоровье людей — качество социальное, в связи, с чем для оценки общественного здоровья рекомендуются следующие показатели:

- отчисление валового национального продукта на здравоохранение;
- доступность первичной медико-санитарной помощи;
- уровень иммунизации населения;
- степень обследования беременных квалифицированным персоналом;
- состояние питания детей;
- уровень детской смертности;
- средняя продолжительность предстоящей жизни;
- гигиеническая грамотность населения.

### **Факторы здоровья**

В психологии здоровья выделяется три группы факторов, влияющих на здоровье: независимые (предшествующие), передающие и мотиваторы.

**Независимые:** корреляции со здоровьем и болезнью наиболее сильны:

Факторы, предрасполагающие к здоровью или болезни:

Поведенческие паттерны; факторы поведения типа А (амбициозность, агрессивность, компетентность, раздражительность, мышечное напряжение, убыстренный тип деятельности; высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний) и В (противоположный стиль).

Поддерживающие диспозиции (напр., оптимизм и пессимизм).

Эмоциональные паттерны (напр., алекситимия).

Когнитивные факторы — представления о здоровье и болезни, о норме, установки, ценности, самооценка здоровья и т. п.

Факторы социальной среды — социальная поддержка, семья, профессиональное окружение.

Демографические факторы — фактор пола, индивидуальные копинг-стратегии, этнические группы, социальные классы.

### **Передающие факторы:**

Совладание с разноуровневыми проблемами.

Употребление веществ и злоупотребления ими (алкоголь, никотин, пищевые

расстройства).

Виды поведения, способствующие здоровью (выбор экологической среды, физическая активность).

Соблюдение правил здорового образа жизни.

**Мотиваторы:**

Стрессоры.

Существование в болезни (процессы адаптации к острым эпизодам болезни).

**Факторы физического здоровья:**

- уровень физического развития;
- уровень физподготовки;
- уровень функциональной готовности к выполнению нагрузок;
- уровень мобилизации адаптационных резервов и способность к такой мобилизации, обеспечивающие приспособление к различным факторам среды обитания.

При исследовании различий в здоровье мужчин и женщин Всемирная организация здравоохранения рекомендует использовать не биологические критерии, а гендерные, так как именно они наилучшим образом объясняют существующие различия. В процессе социализации поощряется отказ от самосохранительного поведения у мужчин, реализация рискованного поведения, направленного на больший заработок; женщин ориентируют на сохранение здоровья как будущих матерей, однако при акценте на такое проявление здоровья, как внешняя привлекательность, вместо здорового функционирования могут возникать характерные женские нарушения — как правило, пищевые расстройства.

Разница в продолжительности жизни мужчин и женщин зависит от страны проживания; в Европе она достаточна, а в ряде стран Азии и Африки практически отсутствует, что в первую очередь связано с женской смертностью от обрезания половых органов, осложнений беременности, родов и плохо сделанных аборт.

Показано, что врачи предоставляют женщинам менее полную информацию об их заболевании, нежели мужчинам.

К факторам здоровья относятся доходы и социальный статус, социальные сети поддержки, образование и грамотность, занятость / условия работы, социальная среда, физическая среда, личный опыт и навыки сохранения здоровья, здоровое развитие ребёнка, уровень развития биологии и генетики, медицинские услуги, гендер, культура.

**Душевное здоровье** — способность человека справляться со сложными обстоятельствами жизни, сохраняя оптимальный эмоциональный фон и адекватность поведения. Понятие душевного здоровья, *euthumia* («благое состояние духа») описывается Демокритом, образ человека, достигшего внутренней гармонии, описан в диалогах Платона, касающихся жизни и смерти Сократа.

В связи с гендерным подходом к здравоохранению было разработано несколько моделей психического здоровья:

Нормативная, использующая двойной стандарт психического здоровья (для мужчин и для женщин).

Андроцентрическая, в которой принят мужской стандарт психического здоровья.

Андрогинная, предполагающая единый стандарт психического здоровья и одинаковое отношение к клиентам вне зависимости от пола.

Ненормативная (согласно модели Сандры Бем), основанная на тех качествах, что не ассоциируются исключительно с мужскими или женскими [ инт.рес. 4.]

### **Социальное значение здоровья**

Социальное здоровье – состояние организма, определяющее способность человека контактировать с социумом.

Социальное здоровье складывается под влиянием родителей, друзей, любимых людей, одноклассников в школе, сокурсников в вузе, коллег по работе, соседей по дому и т.п.

Различие между психическим и социальным здоровьем условно: психические свойства и качества личности не существуют вне системы общественных отношений. Человек – существо общественное, социум влияет на здоровье личности. Причем это влияние может быть как позитивным, так и негативным. Недостатки воспитания и неблагоприятные влияния окружающей среды могут вызвать деградация личности, в таких случаях изменится ее отношение к себе, к другим людям, к деятельности и общению.

### **Компонентами социального здоровья можно считать:**

Нравственность индивида – совокупность морально-этических качеств, идеалов, ценностных ориентаций, которые человек считает для себя истинными и следование выбранным ценностным самоустановкам. В нравственности человека отражается преимущественно гуманистический аспект здоровья. Основоположник валеологии И.И.Брехман выделяет нравственность не просто как составную часть здоровья, а рассматривает ее как основополагающий аспект в «валеологической структуре личности»

Выбранные для собственного руководства идеальные ценности – позитивные и негативные - в дальнейшем определяют вероятное поведение человека, причем как позитивное, так и негативное. Человек, воплощающий на практике свои идеальные ценности негативного плана, должен быть признан нездоровым. Нравственное нездоровье человека может долго не проявлять себя, поскольку свои неблагоприятные поступки человек склонен скрывать от окружающих. Необходимость вести двойную жизнь может стать причиной стресса, безнравственный способ жизни рано или поздно проявляет себя в тех или иных расстройствах нервно-психического и физического здоровья. Нравственность человека выявляет качества его духовности. Ценностные ориентации существуют на уровне мыслей, которые легко скрывать, поэтому в духовности отражается преимущественно внутриличностный аспект здоровья. Нездоровье человека на духовном уровне является еще более скрытым от посторонних глаз.

### **Понятие «болезнь»**

**Болезнь** (лат. morbus) — это состояние организма, выраженное в нарушении его нормальной жизнедеятельности, продолжительности жизни, и его способности поддерживать свой гомеостаз. Является следствием ограниченных энергетических и

функциональных возможностей живой системы в ее противостоянии патогенным факторам.

**Заболевание** — это нарушения нормальной жизнедеятельности, возникающие в ответ на действие патогенных факторов, нарушения работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов.

#### **Факторы болезни**

**Причины болезней разнообразны, но все они могут быть сведены в группы:**

- механические
- физические
- химические
- биологические
- психогенные

**Классификация болезней человека проводится по характеру течения:**

- острые
- хронические
- по уровню, на котором в организме выявляются специфические

**Патологические изменения при болезни:**

- молекулярные
- хромосомные
- клеточные
- тканевые
- органые
- заболевания всего организма

**По этиологическому фактору:**

- вызванные механическими
- физическими
- химическими
- биологическими
- психогенными факторами

**По способу их лечения**

- терапевтические
- хирургические и др. [ инт.рес. 4.]

#### **Понятие «стресс», «адаптация»**

Понятие стресса первоначально возникло в физиологии для обозначения неспецифической генерализованной реакции организма — “общего адаптационного синдрома” (Г. Селье, 1936 г.) — в ответ на любое неблагоприятное воздействие. Содержание этой реакции описывалось прежде всего со стороны типичных нейрогуморальных сдвигов, обеспечивающих защитную энергетическую мобилизацию организма. Позднее понятие стресса было расширено и стало использоваться для

характеристики особенностей состояний индивида в экстремальных условиях на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях (Рис. 1.)



Рис.1.

Для понимания природы этих состояний особое значение имеет характеристика стресса со стороны вызывающих его экстремальных факторов, или стрессоров. При этом экстремальными считаются не только явно вредные воздействия, но и “предельные, крайние значения тех элементов ситуации, которые в средних своих значениях служат оптимальным рабочим фоном или, по крайней мере, не ощущаются как источники дискомфорта”.

### **Адаптация человека к стрессовым ситуациям**

Адаптация — это динамический процесс, благодаря которому подвижные системы живых организмов, несмотря на изменчивость условий, поддерживают устойчивость, необходимую для существования, развития и продолжения рода. Именно механизм адаптации, выработанный в результате длительной эволюции, обеспечивает возможность существования организма в постоянно меняющихся условиях среды.

Благодаря процессу адаптации достигается сохранение гомеостаза при взаимодействии организма с внешним миром. В этой связи процессы адаптации включают в себя не только оптимизацию функционирования организма, но и поддержание сбалансированности в системе “организм-среда”. Процесс адаптации

реализуется всякий раз, когда в системе “организм-среда” возникают значимые изменения, и обеспечивает формирование нового гомеостатического состояния, которое позволяет достигать максимальной эффективности физиологических функций и поведенческих реакций. Поскольку организм и среда находятся не в статическом, а в динамическом равновесии, их соотношения меняются постоянно, а следовательно, также постоянно должен осуществляться процесс адаптации.

Психическую адаптацию рассматривают как результат деятельности целостной самоуправяемой системы (на уровне “оперативного покоя”), подчёркивая при этом её системную организацию. Но при таком рассмотрении картина остаётся не полной. Необходимо включить в формулировку понятие потребности. Максимально возможное удовлетворение актуальных потребностей является, таким образом, важным критерием эффективности адаптационного процесса. Следовательно, психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который (процесс) позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая в то же время соответствие максимальной деятельности человека, его поведения, требованиям среды.

Психическая адаптация является сплошным процессом, который, наряду с собственно психической адаптацией (то есть поддержанием психического гомеостаза), включает в себя ещё два аспекта :

- а) оптимизацию постоянного воздействия индивидуума с окружением;
- б) установление адекватного соответствия между психическими и физиологическими характеристиками.

### **Профилактика стресса**

Профилактика стресса относится к широкому спектру психологических методов терапии, доступных специалистам по психологии, а также – для применения в домашних условиях, так называемый аутотренинг, который основан на теории и практике когнитивно-поведенческой терапии.

Управление стрессом включает в себя достаточно широкий набор методов, используемых на практике, рассмотрим наиболее часто используемые, которые возможно использовать в бытовых условиях без применения медикаментозных средств:

**Повышение социальной активности.** Характерной особенностью хронического стресса является замыкание на своих проблемах, что в итоге может привести к развитию различных психопатологических состояний. Необходимо избегать этого, как можно более на ранних этапах, путем повышения уровня общения с другими людьми;

**Разрешение конфликтов.** Зачастую причиной любого стрессового состояния является конфликт, возникший между личностями или обстоятельствами. Лучшим решением для разрешения стрессовой ситуации, на этом поле, будет шаг навстречу, который позволит свести к нулю причину возникшего конфликта. Не самый легкий метод, особенно, когда дело касается субъективного чувства справедливости;

**Открытие занимательных увлечений.** Занятие любимым позволяет отключиться от навязчивых мыслей, стимулирующих воздействие стрессовых факторов, а также – получить положительные эмоции от проделанного труда;

**Медитация.** Не нужно считать, что медитация, это – прерогатива буддийских монахов или принадлежность к какой-либо религиозной общине. Медитировать, значит – размышлять, сконцентрироваться на решении проблемы или вовсе отключить от нее

разум, наведя его на положительные мыслительные эмоции. Искусству правильной медитации самостоятельно обучиться крайне сложно, поэтому имеет смысл обратиться к специалисту в этой области;

Чтение книг. Один из самых распространенных методов в профилактике хронического стресса. Вовлечение в мир, демонстрируемый романом, позволяет не только с пользой провести время, но и стимулировать работу мышления и переключить его на позитивные восприятия;

Молитва. Для верующих людей – прекрасный способ подавить возбуждающее действие окружающих стресс-факторов и расслабить свой мышечный тонус и мышление. Атеистам, возможно, придется пересмотреть свое отношение к духовному;

Рисование может послужить хорошим способом в профилактике стрессового воздействия на организм, когда расслабляющее действие оказывает не только процесс, но и рассматривание результата своих трудов;

Активный моцион и физические упражнения. Данный метод снимает накопленные в крови излишки стероидных гормонов и питательных веществ, позволяет лучше расслабиться после физической нагрузки, а также – повышает уровень социального контакта;

Проводить больше времени на природе. Предпочтение отдается живописным местам за городом и воде. Проведенный солнечный день на берегу журчащей реки под пение птиц с удочкой в руке – прекрасный способ восстановить жизненный и энергетический потенциал;

Домашние животные требуют повышенного к себе внимания и ухода, отвлекая, тем самым от стрессовых факторов;

Управление временем особенно полезно против стрессовых факторов, возникших на рабочем месте. Занятие одним и тем же делом в течение всего дня, уже являет собой стрессовую ситуацию, поэтому необходимо нормировать свои дела, чередуя умственный труд с физическим [инт. рес. 4.].

Во многих развитых странах уделяют огромное значение профилактике и лечению стресса. Разработаны целые программы по управлению стрессом и предотвращению его хронического воздействия на организм. Очень жаль, что Россия находится только в начале этого пути. По этой причине приходится спасать себя самостоятельно (Рис.2.).



Рис. 2.

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Понятие «семья»
2. Факторы, влияющие на семью
3. Понятие «здоровье»
4. Социальное значение здоровья
5. Законодательную основу здоровья
6. Понятие «семейная жестокость»
7. Моральный климат семьи
8. 3 уровня потребности по А. Маслоу.
9. основные потребности человека по А. Маслоу.

**Лекция 3. Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами**

**План:**

- Виды контрацепции
- Задачи службы планирования
- Сомнительные признаки беременности
- Вероятные и достоверные признаки
- Определение продолжительности срока родов.

**Контрацепция. Виды контрацепции**

Контрацепция (от новолат. *contraceptio* — исключение) — предотвращение беременности и заражения от болезней механическими (презервативы, шеечные колпачки и другое),

химическими (например, влагалищные шарики, грамицидиновая паста) и другими противозачаточными средствами и способами.

Некоторые методы (в частности, презерватив) помогают значительно снизить вероятность заражения ВИЧ и другими венерическими заболеваниями. Впервые контрацепция широко распространилась во Франции в середине XVIII века

### **Стерилизация - 99.9%**

Самым эффективным методом контрацепции является стерилизация. У мужчин - это вазэктомия, у женщин - перевязка маточных труб. Данные процедуры требуют хирургического вмешательства и исключают возможность иметь ребенка в будущем, поэтому, естественно, не пользуются особенной популярностью у молодых мужчин и женщин. По надежности стерилизацию обгоняет только полное воздержание.

Особенности: Рекомендуется только женщинам, которые уже имеют несколько детей и в случае медицинских противопоказаний к беременности, потому как способность забеременеть не восстанавливается. Существует также риск внематочной беременности.

### **Оральные контрацептивы - 99.7%**

Гормональные таблетки являются одним из самых надежных методов контрацепции (Рис.1).



Рис.1.

Их главная особенность состоит в механизме действия на организм женщины. Они оказывают комплексное действие на женскую половую систему: подавляется овуляция, сгущается слизь в цервикальном канале, истончается слой эндометрия в матке. Во время приема таблеток яичники женщины "отдыхают", а необходимая доза гормона обеспечивается препаратом. Сгущение цервикальной слизи в шейке матки препятствует проникновению в матку не только сперматозоидов, но и бактерий, тем самым снижая риск инфекционных заболеваний. Однако следует понимать, что оральные контрацептивы не

защищают от инфекций, передающихся половым путем. Также при использовании этого метода контрацепции снижаются кровопотери женщины в период менструации, за счет уменьшения внутреннего слоя матки. Этот эффект оказывает положительное влияние на здоровье в целом, особенно для женщин, страдающих от железодефицитной анемии.

#### **Внутриматочная контрацепция - 99.2- 99.8%**

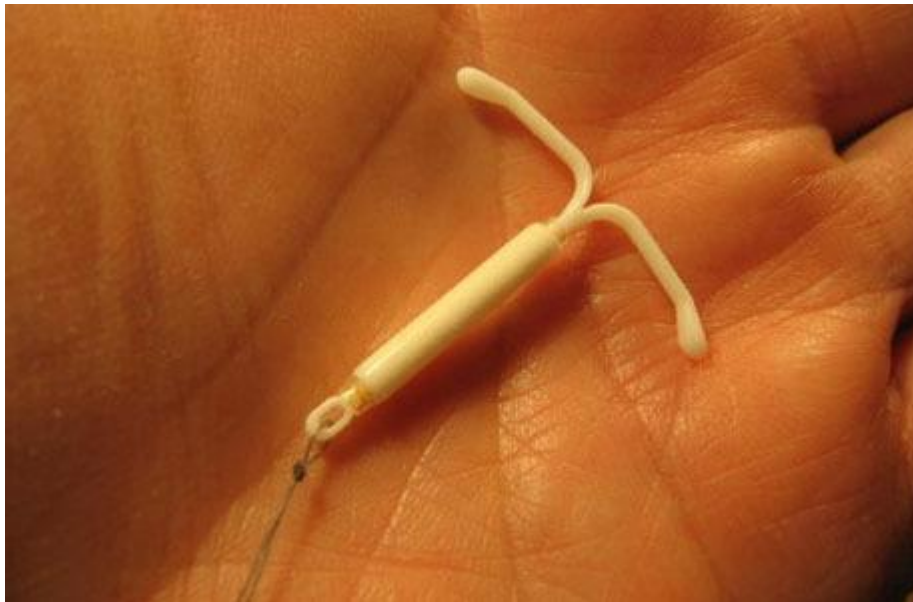


Рис.2.

Этот вид контрацепции включает внутриматочную спираль и внутриматочную гормональную систему. Как по надежности, так и по механизму действия они отличаются друг от друга. Спираль устанавливается в полость матки и препятствует имплантации (прикреплению) оплодотворенной яйцеклетки (Рис.2.).

Внутриматочная гормональная система вводится тем же способом, но действует по-другому - она регулярно высвобождает определенное количество гормона, которое воздействуя местно, оказывает несколько эффектов: повышает вязкость слизи в цервикальном канале, подавляет подвижность сперматозоидов, истончает внутренний слой полости матки (эндометрий).

#### **Гормональные имплантаты и инъекции - 90-99%**

Эти методы контрацепции работают по принципу гормональных таблеток, только гормон вводится в организм другими способами: внутримышечная инъекция проводится каждые три месяца (или ежемесячно), гормональный имплантат вводится в верхнюю часть руки и обеспечивает контрацепцию в течение 5 лет.

#### **Гормональный пластырь и кольцо - 92%**

Одинаковый уровень надежности у этих двух методов отнюдь не говорит о схожести их применения: гормональный пластырь клеится на кожу, а гормональное кольцо необходимо самостоятельно вводить во влагалище.

#### **Барьерные методы: презерватив, диафрагма, колпачок, губка - 84-85%**

Презерватив - единственный среди всех вышеперечисленных средств контрацепции, защищающий не только от беременности, но и от любых инфекций и бактерий. Но его невысокая надежность говорит о том, что это изделие часто выходит из строя (попросту рвется) (Рис.3.).



Рис.3.  
Диафрагма, колпачок и губка - также барьерные методы контрацепции, эти приспособления устанавливаются во влагалище непосредственно перед половым актом.

#### **Календарный метод - 80%**

Предполагает математические вычисления дней, в которые может состояться оплодотворение, согласно менструальному циклу женщины. Таким образом, в «опасный» период нужно или воздержаться от сексуального контакта или использовать другие методы контрацепции (Рис.4.).



Рис.4.

Особенности: Подходит только женщинам с регулярным менструальным циклом, которых не смущает "любовь по графику".

#### **Прерванный половой акт 73%**

Суть в том, что мужчина должен успеть извлечь половой член из влагалища до семяизвержения. Это один из самых древних способов предохранения от беременности, но далеко не самый надежный. Учитывайте, что небольшое количество семенной жидкости может выделяться и во время полового акта (Рис.5.)



Рис.5.

Недостаточная надежность ППА негативно отражается и на сексуальной жизни женщины. Она тоже испытывает психологическое напряжение, которое не позволяет ей расслабиться и получить максимальное удовлетворение во время полового акта. По статистике среди женщин, которые никогда не испытывали оргазм -50 % предохранялись ППА.

#### **Спермициды 71%**



Рис.6.

Спермицидами называют средства химической контрацепции: вагинальные свечи, кремы, таблетки, капсулы. В их состав в основном входят "ноноксинол" или "хлорид бензалкония", оказывающие разрушительное воздействие на сперматозоиды. Химические контрацептивы женщина должна применять каждый раз перед половым актом (Рис.6.) [инт. рес. 4.].

#### **Задачи службы планирования**

Планирование семьи – комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, смертности, сохранение здоровья населения в целях рождения здоровых и желанных детей.

#### **Цели службы планирования:**

- подготовка врачебного и среднего медицинского персонала по вопросам планирования семьи
- направленное гигиеническое воспитание по вопросам планирования семьи
- укрепление состояния здоровья населения, лечение заболеваний, решение вопросов и проблем

#### **Задачи службы планирования:**

- профилактика нежелательной беременности, лечение бесплодия и венерических заболеваний
- предупреждение ранних и поздних родов
- обеспечение оптимальных интервалов между родами

#### **Учреждения, занимающиеся планированием семьи:**

1. Женская консультация
2. Медико-генетическая консультация
3. Консультация брак и семья
4. РНПЦ "Мать и дeтя"

#### **Содержание работы по планированию семьи в ЛПУ:**

- предупреждение нежелательной беременности у женщин до 19 лет и после 35-40 лет
- соблюдение интервалов между родами 2,0-2,5 года
- предупреждение абортoв у женщин из группы риска (в 2001 г. в РБ вышло постановление о перечне медицинских показаний для прерывания беременности (15 показаний) + перечень социальных показаний (10 показаний)
- гигиена полового воспитания подростков

- добрачное консультирование
- широкое внедрение в практику современных методов контрацепции с целью улучшения планирования беременности

### **Современные проблемы планирования семьи:**

1) снижение рождаемости до уровня малодетности (в семье чаще 1-2 ребенка, что не обеспечивает простого воспроизводства населения)

2) опасные прерывания беременностей (особенно первой), приводящие в дальнейшем к бесплодию, невынашиванию беременности, воспалительным процессам (после аборта осложнения при беременности и родах встречаются в 3 раза чаще), увеличению частоты онкологии (аборт у женщин 20-24-х летнего возраста увеличивает частоту развития рака молочной железы в 2 раза).

3) несоблюдение должного интервала в 2,0-2,5 г. между родами (дети, рожденные с интервалом между беременностями в 1 год, умирают в 2 раза чаще, чем дети, рожденные с интервалом в 2 и более года)

4) раннее начало половой жизни (прямая зависимость между ранним началом половой жизни до 19 лет, особенно с многими партнерами, и заболеваемостью раком шейки матки).

Планирование семьи, решая вышеперечисленные проблемы, способствует сохранению здоровья женщин и их детей.

### **Сомнительные признаки беременности**

К этой категории относят те симптомы, которые могут лишь навести на мысль о возможности беременности в данном случае. Причем у некоторых женщин, ожидающих ребенка, они очень сильно выражены и появляются чуть ли не с первых недель беременности, у других – за весь период вынашивания ребенка не отмечается ни одного из таких. К ним относят:

- Тошнота.

Чаще всего возникает в утренние часы и продолжается несколько часов. Иногда присоединяется рвота – тоже утром натощак или после приема пищи. В некоторых случаях, когда тошнота и рвота особенно выражены, могут потребоваться некоторые изменения в диете и режиме питания, а иногда и медицинская помощь. Также могут быть и желудочно-кишечные расстройства, которые начинаются в 4-6 недель беременности и заканчиваются к 8-12 неделе.

- Изменение вкуса, обоняния, пристрастий в еде и т.д.

Именно сюда и следует отнести легендарную «тягу к соленькому»... Иногда бывает так, что до беременности женщина просто не любила тот или иной продукт или блюдо, а в этот период он становится одним из самых желанных в ее рационе. На других беременных уже с первых недель буквально обрушивается целая гамма новоявленных запахов, которые они попросту не замечали до беременности. Причем у каждой будущей мамочки свои особенные новые ощущения, не характерные и вовсе не обязательные для всех остальных...

- Эмоциональная лабильность.

Другими словами, частая смена настроений, что может неоднократно иметь место в течение даже одного дня. Будущая мама становится очень чувствительной к словам и поступкам окружающих, реагируя на ситуацию совершенно иным, нежели до беременности, образом. Женщина, ранее практически не замечавшая соседского ребенка,

теперь может долго и с умилением наблюдать за его шалостями. Она может плакать и страдать из-за неразделенной любви к донье Марии вместе с доном Педро в 546 серии сериала, 545 предыдущих серий которого ни разу в жизни не смотрела...

Это далеко не все сомнительные признаки беременности. Но не будем останавливаться на них слишком уж подробно, так как они являются лишь «вспомогательными» в постановке диагноза, их наличие только предполагает факт беременности. Так как не всегда та же тошнота указывает на беременность и далеко не всякая беременность, как вы понимаете, сопровождается тошнота [инт. рес. 4].

### **Вероятные и достоверные признаки**

#### **Вероятные признаки**

Эти симптомы с большей вероятностью, чем сомнительные, указывают на беременность. Выраженность их у каждой беременной различная. Но все же они могут встречаться и при других различных заболеваниях и состояниях вне беременности.

- Прекращение менструации («задержка»).

Отсутствие очередных месячных у женщин детородного периода (18-45 лет) даёт основание предположить наступление беременности. Задержка менструации на 10 дней может рассматриваться как относительно надёжный признак беременности при условии регулярного ранее менструального цикла.

- Изменения молочных желез, которые чаще всего начинаются в сроке 8-12 недель. Именно в период беременности и в период лактации молочные железы достигают своего максимального развития. Они увеличиваются в размере, становятся более чувствительными (нагрубание молочных желез), усиливается пигментация (окраска) сосков и околососковых кружков. Со временем даже во время беременности может появиться светлое отделяемое из сосков.

- Пигментация (потемнение) срединной линии живота, больших половых губ, внутренней поверхности бедер, а иногда и лобных бугров, надбровных дуг, подбородка и скул.

- Расстройство мочеиспускания.

Чаще всего это учащенное мочеиспускание, которое появляется уже на ранних сроках. Это объясняется тем, что растущая матка оказывает давление на своего «соседа» - на мочевой пузырь. На более поздних сроках матка несколько изменяет свое положение, и этот не совсем приятный признак устраняется, появляясь вновь в самом конце беременности. Теперь уже головка плода начинает оказывать давление на мочевой пузырь, вызывая учащение мочеиспускания.

- Увеличение размеров матки.

Сначала неприметное даже самой женщине, а затем – явный факт для всех окружающих. Каждому сроку беременности соответствует определенный размер матки.

- Положительные лабораторные пробы и тесты на беременность.

Как вы понимаете, все эти признаки все же не всегда указывают именно на беременность. Даже лабораторные пробы и различные тесты, которые лишь указывают на наличие определенных гормонов в организме женщины в той или иной концентрации, могут встречаться при некоторых «женских» заболеваниях.

Задержка месячных, изменения молочных желез, увеличение пигментации и даже изменение размеров и формы матки могут быть симптомами различных гинекологических заболеваний, эндокринной патологии; учащенное мочеиспускание – при переохлаждении и воспалении мочевого пузыря. Но с другой стороны, беременность без наличия вероятных признаков, практически казуистична (в этом и есть их отличие от сомнительных). Например, трудно себе представить вынашивание ребенка без увеличения матки, в которой он растет...

### **Достоверные признаки**

Вот мы и добрались до самой немногочисленной, но самой точной группы признаков, которые в 100% случаев указывают на то, что внутри женщины растет и развивается новая жизнь.

- Регистрация работы сердца развивающегося плода.

Это можно сделать различными способами. На ранних сроках – при помощи ультразвукового исследования матки (УЗИ); на более поздних – выслушивая сердце еще не родившегося ребенка при помощи стетоскопа («деревянной трубочки»), приложенного к животу матери. Для этого же были придуманы и другие методы: ЭКГ плода, фонокардиография и кардиотахография.

- Определение головки, спинки, ручек, ножек и ягодичек плода, которое осуществляет гинеколог при помощи своих рук через переднюю брюшную стенку беременной женщины. Говоря проще, просто «нащупывает» ребеночка, кладя обе свои руки на мамин животик.

- Определение движений плода через переднюю брюшную стенку матери, которое также осуществляет доктор во время осмотра.

Безусловно, определение этих признаков, особенно последних двух, становится возможным только на поздних сроках беременности, зато уж в этом случае вряд ли кто сможет усомниться в факте беременности.

Другими словами, точный диагноз беременности можно поставить довольно рано. Уже в сроке 4-5 недель, как правило, во время ультразвукового исследования матки хорошо видна работа маленького сердца. На более поздних сроках бывает достаточно осмотра и выслушивания сердца плода, чтобы установить факт беременности [инт. рес. 4.].

### **Определение продолжительности срока родов.**

ПДР - это часто используемая врачами аббревиатура фразы "предполагаемая дата родов". Как определяется предполагаемая дата родов (ПДР)

Беременность от зачатия до рождения ребенка длится около 266 дней, или 38 недель. Поскольку дата зачатия, как правило, точно неизвестна, в современном акушерстве принято рассчитывать срок беременности от первого дня последней менструации, т.е. вам необходимо рассчитать дату родов по месячным. При таком расчете он составляет примерно 280 дней, или 40 недель, так как овуляция и, соответственно, оплодотворение обычно происходят через две недели после начала цикла. На такое же исчисление срока беременности настроена и УЗИ-аппаратура, поэтому при задержке менструации 4 недели врач, скорее всего, сообщит о беременности 8 недель (тогда как от момента зачатия прошло только около 6 недель).

### **Точность вычисления даты родов**

Вы можете высчитать приблизительную дату рождения ребенка, если знаете дату начала последней менструации. Предполагаемая дата родов (ПДР) будет через 280 дней (40 недель) после первого дня последней менструации. Однако лишь 5% детей при нормально протекающих беременностях рождаются в "расчетный" день, еще 85% появляются на свет в период плюс-минус неделя от этой даты, и еще 10% "запаздывают" или "спешат" еще на одну неделю. Считается, что здоровая беременность может длиться от 38 до 42 недель.

### **Продолжительность беременности**

Продолжительность беременности зависит от очень многих факторов, в том числе индивидуальных темпов развития ребенка, а также длительности менструального цикла женщины. Так, например, если длительность цикла менее 24 дней, то роды могут наступить на 10-15 дней раньше, чем при расчете по формуле "1-й день последней менструации + 280 дней", при этом ребенок будет полностью созревшим и здоровым. А если менструальный цикл длится более 32 дней, то беременность может затянуться на 10-15 дней, и это не будет считаться перенашиванием.

### **Вопросы для самоконтроля:**

- 1) Планирование работы семейной медсестры с беременными женщинами.
- 2) Задачи службы планирования семьи: здоровая мать – здоровый ребенок, грудное вскармливание.
- 3) Служба социального патронажа и совместная работа их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья женщины.
- 4) Тщательный сбор анамнеза, сомнительные признаки беременности, вероятные и достоверные признаки.
- 5) Определение продолжительности срока родов.

## **Лекция 4. Консультирование членов семьи по уходу за новорожденными**

### **Виды кормления**

#### **План:**

- Признаки доношенного новорожденного
- Физиологические состояния доношенного новорожденного
- Уход за здоровым младенцем непосредственно после рождения
- Прямой контакт с телом матери "кожа-к коже"
- Поддержание теплового режима

- Правила заполнения истории развития ребенка.

### **Признаки доношенного новорожденного**

Доношенный новорожденный ребенок — это ребенок, который родился при сроке беременности 37-42 недели.

- Недоношенный ребенок — это малыш, который родился при сроке менее 37 недель.
- Переношенный ребенок — это новорожденный, родившийся после нормального срока, то есть по истечении 42 недель беременности.

Так же по отношению к новорожденным малышам применяют такие понятия как доношенный и зрелый ребенок.

Доношенность — это нормальное развитие плода, наступающее при сроке беременности 39-40 недель.

Зрелость — готовность всех органов и систем новорожденного для обеспечения внеутробного существования.

Новорожденный считается функционально зрелым, когда его органы и системы удовлетворительно поддерживают жизнедеятельность организма во внеутробной среде. Как правило, доношенный плод является зрелым, недоношенный — незрелым. В некоторых случаях, доношенный ребенок рождается морфофункционально незрелым. К незрелости могут привести неблагоприятные внутриутробные условия для развития плода, многоплодная беременность, инфекции и другие вредные факторы.

### **Признаки доношенности**

- Ребенок считается доношенным, если он родился на сроке 37-42 неделя беременности.
- Масса доношенного ребенка от 2500 до 5000 грамм.
- Средний вес для девочек — 3250 — 3400 грамм; для мальчиков — 3400 — 3500 грамм. Рост доношенного ребенка от 47 до 56 см, чаще всего длина тела новорожденного составляет 50-52 см.
- Массо-ростовой коэффициент у доношенного новорожденного 60 и более (это отношение массы к росту).
- Окружность головы 32-34 см.
- Высота головы равна 1/4 от длины тела.
- Окружность грудной клетки — 28-29 см.
- Длина рук и ног приблизительно равны и составляют 3/8 длины тела.
- У доношенного малыша кости черепа плотные, большой родничок равен 2х3 см, а малый родничок 0,5х1 см.
- Кожа у доношенного новорожденного эластичная, бледно-розового цвета, бархатистая на ощупь.
- Первородный пушок в небольшом количестве на руках, плечах и спине, но может и отсутствовать.
- Для доношенного ребенка характерно наличие хорошо развитого подкожно-жирового слоя. Признаком доношенности считаются плотные ногти, которые доходят до кончиков пальцев.
- Длина волос на голове 2-3 см.
- Ушные раковины упругие, крылья носа плотные.

- У доношенных мальчиков яички опущены в мошонку, а у девочек большие половые губы прикрывают малые, половая щель сомкнута.
- Пупочное кольцо располагается на середине между мечевидным отростком и лонным сочленением (лобком).
- Доношенный новорожденный имеет хорошую двигательную активность, его крик громкий, глаза открыты, хорошо выражены сосательный и глотательный рефлексы. Хорошо удерживает температуру тела при адекватной температуре окружающей среды. Ритм дыхания и сердцебиений правильный, устойчивый.
- У доношенного ребенка имеются ядра окостенения: в дистальном эпифизе бедренной кости (размер 6-8 см), в проксимальном эпифизе большой берцовой кости (4-6 см), в костях стопы — пяточной, таранной и кубовидной [инт. рес. 4.].

### **Физиологические состояния доношенного новорожденного**

#### **ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ (ПЕРЕХОДНЫЕ) СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ**

После рождения ребенок попадает в окружающую среду, совершенно отличную от внутриутробной. Температурные, тактильные, зрительные, звуковые раздражители в корне отличаются от условий, в которых плод существовал 10 лунных месяцев. Состояния, отражающие процесс адаптации к жизни, называют физиологическими (переходными, транзиторными, пограничными). Некоторые болезненные явления, сопровождающие их, сравнительно быстро проходят. Однако при определенных обстоятельствах (например, патологии внутриутробного периода, сроков рождения и т.д.) могут повлечь и серьезные отклонения и здоровье.

#### **К числу физиологически переходящих состояний относятся:**

**Альбинурия.** Нарушение деятельности почек и в связи с этим белок в моче встречается почти у всех новорожденных первых дней жизни. Это обусловлено увеличенной проницаемостью клеток почек, вырабатывающих мочу на фоне особенностей движения крови по сосудам (после рождения начинает функционировать легочный круг кровообращения и в связи с этим изменяется протяженность сосудистого русла и сопротивляемость стенок сосудов). Вместе с тем реакция на белок может быть положительной при исследовании мочи из-за примесей солей и слизи в моче.

**Желтуха физиологическая.** Наблюдается у 2/3 новорожденных вследствие незрелости ферментных систем печени и повышенного образования билирубина. На 2-3 день жизни появляется желтушное окрашивание кожи, а иногда и слизистых оболочек глаз. Стул и моча сохраняют обычную окраску. Это состояние продолжается не более 10 дней. И если самочувствие удовлетворительное, лечения не требуется. При заметном похудании, вялости, пассивности ребенка, немедленно обратитесь к педиатру, т.к. данное состояние не характерно для физиологической желтухи. Также следует думать о гемолитическом заболевании в случае, если желтуха наступила не на 2-3-й день, а в первые сутки жизни.

**Затрудненное дыхание.** Первый вдох после рождения не полностью расправляет легкие. Для этого требуется особенный тип дыхания, которым бессознательно пользуется новорожденный. Он делает периодически глубокий вдох, а выдох сдерживает, выталкивая воздух как бы с затруднением — "раздувает" легочную ткань. У недоношенного или слабого, больного ребенка этот процесс протекает дольше. У здоровых на 5 сутки жизни легочная ткань обычно расправляется до конца.

#### **Изменения кожных покровов:**

**Физиологическая эритема** — реакция кожи на удаление первородной смазки, которой ребенок был покрыт еще внутриутробно, выражается ее покраснением. Усиливается на 3-й сутки жизни и исчезает к концу первой недели.

**Физиологическое шелушение** — появляется после эритемы, как ее исход, чаще на груди и животе. Особенно выражено у переносенных детей. При сильном шелушении можно смазать детским кремом.

Родовая опухоль — отек части тела, чаще головы, которая к моменту родов находилась ближе к выходу из матки (предлежала). Держится 1-2 суток. Иногда на месте родовой опухоли появляются мелкоточечные кровоизлияния, исчезающие самостоятельно.

**Токсическая эритема** — красноватые, слегка плотноватые пятна, иногда с пузырьками в центре. Встречается у 20-30 % новорожденных. Располагается в основном на ногах и руках вокруг суставов, на ягодицах, груди, реже — на животе, лице. Реакция аллергического типа, лечения обычно не требует. Но при обильных высыпаниях, когда ребенок беспокоен, его следует обильно поить, а также обратиться к врачу, который назначит глюконат кальция, димедрол в возрастных дозировках.

**Мочекислый инфаркт почек.** Бывает практически у всех новорожденных. Обусловлен нарушением обмена веществ в почках и отложением в ее зонах кристаллов солей мочевой кислоты. Внешне проявляется выделением мутной, кирпично-желтой мочи. К концу 1-й недели эти явления проходят, с середины 2-й признак считается патологическим.

**Половые кризы.** Связаны с изменениями гормонального баланса у большинства новорожденных. Одно из проявлений — нагрубание молочных желез (как у девочек, так и у мальчиков) с максимальным увеличением на 7-8 день, обычно проходит к концу месяца. Из нагрубевших молочных желез не следует пытаться выдавливать секрет, т.к. это ведет к инфицированию их и развитию мастита. Полезнее наложить стерильную сухую салфетку, смоченную прокипяченным и охлажденным камфорным маслом.

**В первые 2 дня жизни** может воспалиться слизистая влагалища. Из половой щели появляются обильные выделения серовато-беловатого цвета, которые на третий день самостоятельно исчезают. Рекомендуется подмывать девочек слабым раствором перманганата калия (марганцовка), при этом следить, чтобы в раствор не попали кристаллики, которые могут вызвать сильный ожог. Можно также использовать в этих же целях отвары ромашки, зверобоя, череды. Эти травы обладают обеззараживающими свойствами.

#### **Транзиторное понижение температуры, транзиторная лихорадка.**

Физиологические нарушения теплового баланса связаны с несовершенством терморегуляции новорожденных, которые не могут удерживать постоянную температуру тела и реагируют на любые изменения ее в помещении или на улице. Вследствие особенностей строения их кожи, богатой сосудами и капиллярами и бедной потовыми железами, происходит быстрое перегревание или переохлаждение ребенка.

Когда новорожденный выделяет больше жидкости, чем получает при кормлении, это выражается — беспокойством, сухостью слизистых оболочек, повышением температуры до 38,5°C и выше, жаждой. Его надо раздеть, обтереть спиртом, одеколоном, обильно напоить сладким чаем или кипяченой водой. При отсутствии эффекта — сделать клизму с анальгином. Для этого вначале делают обычную, чтобы очистить кишечники обеспечить лучшее всасывание лекарства, а затем непосредственно клизму с анальгином. Растолочь одну таблетку (0,5 г) в порошок, и ее 1/10 часть растворить в воде объемом с маленький

резиновый баллончик, предназначенного специально для новорожденных. Ожидаемое облегчение наступит через 20-30 минут.

### **Уход за здоровым младенцем непосредственно после рождения**

#### **Уход за пуповиной:**

- культу пуповины содержать в сухости и чистоте, ничем не прикрывать и ничего не накладывать;
- нет необходимости в ежедневной обработке пуповины антисептическими средствами;
- обеспечить чистоту одежды и предохранять от попадания мочи, кала и других загрязнителей на культу пуповины.

#### **Купание ребенка:**

- первое купание проводится через 6 часов при условии, если поверхность тела ребенка сильно загрязнена кровью или меконием;
- обеспечивается ежедневное купание новорожденного;
- температура воздуха в палате/комнате не ниже 27°C;
- температура воды в ванночке 37,5°C;
- сразу после купания завернуть ребенка в теплое сухое полотенце и тщательно обсушить его с головы до пяток;
- быстро запеленать ребенка, не забыв надеть ему шапочку;
- положить ребенка к матери и приложить к груди.
- при смене пеленок необходимо следить за тем, чтобы ребенок не охлаждался, выполнять все процедуры быстро.
- предпочтительнее одевать ребенка свободно в хлопчатобумажную одежду, или пеленать только нижнюю часть тела, одев на верхнюю часть тонкую и теплую распашонки, оставляя руки и голову (в шапочке) свободными для движений.

#### **Уход за новорождённым**

##### **Непосредственно уход за ребёнком в первые дни жизни включает:**

- интимный туалет (подмывание);
- обработку глаз и носа;
- умывание;
- обработку кожи и ногтей;
- обработку пупочного остатка.
- Подмывание новорождённого

Интимный туалет новорождённого нужно делать довольно часто. Желательно подмывать ребёнка после каждого мочеиспускания и дефекации, так как его кожа очень чувствительна к моче и меконию (первородному калу).

Подмывают новорождённого под струёй тёплой проточной воды. Новорождённую девочку обязательно подмывают спереди назад, а новорождённого мальчика можно подмывать и в направлении от ануса к промежности.

##### **Уход за глазами новорождённого**

Обрабатывать глазки новорождённого достаточно раз в день. Для этого нужно: смочить ватный шарик (диск) в физиологическом растворе или просто в прокипяченной воде;

аккуратно протереть сначала один глаз от наружного края к внутреннему, то есть в направлении от уха к носу;

взять новый ватный шарик или диск и смочить в растворе (воде);

аккуратно протереть второй глаз.

**Уход за носом новорождённого**

В первые дни жизни нос ребёнку нужно очищать по мере необходимости. Обычно достаточно одного раза в день. Из ваты скручивается 2 жгутика — персональный для каждого носового хода.

Жгутик смачивается в физиологическом растворе или масле, вводится в носовой ход вращательными (закручивающими) движениями на 1-1,5 см и затем извлекается.

**Уход за лицом (умывание)**

Лицо новорождённого протирают ватным шариком или диском, смоченным в физиологическом растворе или кипячёной воде. Сначала умывается лоб, затем щёки и, наконец, кожа вокруг рта. После этого лицо можно просушить сухим шариком (дискон) промокающими движениями.

**Уход за кожей и ногтями новорождённого**

Главное при уходе за кожей новорождённого следить, чтобы малыш не перегревался, и кожные складки были сухими. На практике обрабатывают складки кожи редко. Но при необходимости их протирают ватными палочками, смоченными в 2% растворе йода или в салициловом спирте. После четвёртого дня жизни ребёнка для обработки кожных складок используют растительное (вазелиновое) масло.

Складки обрабатываются сверху вниз: за ушами, шейную складку, под мышками, локтевые, лучезапястные, подколенные и голеностопные складки.

В первые дни жизни ребёнка в стрижке ногтей нет необходимости. Уход начинается после 4 дня жизни и заключается в обработке кожи вокруг ногтя 2% спиртовым раствором йода.

Это обезопасит от воспалительного процесса в случае появления заусенец. Сначала обрабатываются ногти на руках, а затем на ногах.

### **Прямой контакт с телом матери “кожа-к коже”**

Будем рассматривать и медицинские причины, и психологические.

- Тактильный контакт с мамой нормализует температуру тела новорожденного.
- Нормализуется сердечный ритм и артериальное давление.
- Повышается уровень сахара в крови малыша.
- Успокаивает ребенка, дает ему ощущение безопасности.
- У ребенка в крови снижается уровень гормонов стресса.
- Организм малыша заселяется бактериями мамы (это полезно).
- Проще наладить [грудное вскармливание](#)



Рис.1.

На опыте выхаживания недоношенных деток, отмечено, что дети, которые контактировали с родителями (и мамой, и папой) почаще, «кожа к коже» лучше набирали вес, легче переваривали пищу.

Больше шансов, что при первых попытках ГВ ребенок правильно возьмет грудь, высосет больше молока (тем самым облегчая начало процесса ГВ).

Кроме того, если ребенок сразу правильно берет грудь, то у мамы больше вероятности «остаться с неповрежденными сосками».

- Ребенок (это проверено) в разы меньше плачет. Можно сказать, что он, если ничего не болит, не плачет вообще. Это дает маме возможность ощутить приятные эмоции от материнства «прямо сейчас».
- От тактильного контакта (так же, как и от грудного вскармливания) у мамы выделяются гормоны пролактин и окситоцин, - гормоны счастья и любви. То есть, природой так задумано, чтобы мама держала малыша побольше на руках, и была от этого счастлива.
- Многие молодые мамы жалуются, что они не могут спать нормально, так как вскакивают все время к ребенку, который **спит отдельно**. Дорогие мамы, пожалейте себя и ребенка! Если ребенок спит у Вас на руках и просыпается, как только Вы его кладете в кроватку, - разве это не призыв к действию J? Положите ребенка на себя, или **рядом с собой**, или на живот мужу,- как удобно, и спите. Поверьте, вся семья не будет никуда вскакивать и будет нормально спать (Рис.1.).

#### **Поддержание теплового режима**

Способы поддержания нормальной температуры тела у новорожденного (Рис.2.).



Рис.2.

Чем меньше ребенок, тем актуальнее необходимость создать ему особый тепловой режим. Существуют следующие способы для создания комфортных условий:

- Прогревание детской комнаты до показателей 20-24 градусов.
- В одежде грудного ребенка должен быть или отсутствовать дополнительный слой (зависит от времени года), чем позволяет себе одеться аналогичных климатических условиях родитель.
- Отслеживание состояния ребенка в ночное время. Правильнее всего укрыть его одеялом из натуральных материалов (шерсть, хлопок). Оно будет способствовать сохранению тепла, обеспечению оптимального температурного режима.
- Во время прогулки грудного ребенка необходимо одевать в соответствии с особенностями погоды. Голова малыша обязана находиться в тепле, чтобы не случилось переохлаждения.
- Для собственного удобства всегда можно повесить в комнате обычный термометр, который крепится к стене, чтобы было легче ориентироваться.
- Чтобы понять тепло ли крохе, необходимо коснуться ладонью его затылка. При ощущении прохлады, нужно обеспечить крохе дополнительное тепло.

Как не допустить перегрев грудничка

Перегрев – не менее плохо влияет на состояние малыша, чем охлаждение, так как дети переносят его намного хуже. Если у ребенка теплое тело, розовый кожный покров, он выдает эмоциональную реакцию и проявляет активность, можно говорить о нормальных показателях температуры. При отсутствии аппетита, вялости, можно говорить о наличии перегрева. Стоит быть внимательными, так как данное состояние может оказаться причиной заболеваний, и даже летального исхода.

Чтобы не допустить перегрев малыша, нужно помнить:

- Иметь в наличии соответствующую одежду для ребенка, которая ему оптимально подходит. Этот нюанс особенно актуален в летнее время года;
- Обеспечение ребенка достаточным количеством жидкости;
- Нельзя выносить малыша на открытую площадку в солнечную погоду, лучше прогуляться в тени;

- Необходимо надевать на голову ребенка панамку;
- Не стоит проявлять беспечность, оставляя малыша в коляске в летнее время года. Солнечные лучи способны нагреть не только средство перемещения ребенка, но и его самого, учитывая, насколько сильно может раскалиться воздух.
- Ни в коем случае нельзя оставлять новорожденного в полном одиночестве в транспортном средстве.

#### **Правила заполнения истории развития ребенка**

Документ история развития ребенка по форме 112/у является основным медицинским документом детской поликлиники, а также детских яслей, ясельных групп яслей-садов, домов ребенка. Она предназначена для ведения записей наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка и о его медицинском обслуживании от рождения до 14 лет включительно (школьников - до окончания средней школы).

История развития заполняется на каждого ребенка при взятии его на учет: в детской поликлинике - при первичном патронаже (вызове на дом) или при первом обращении в поликлинику; в яслях, яслях-садах и домах ребенка - с момента поступления в дошкольное учреждение.

**Паспортная часть** "Истории развития ребенка", в т.ч. касающаяся сведений о составе семьи, заполняется в регистратуре поликлиники при взятии его на учет на основании сведений родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном (форма N 113/у) "Обменная карта" (родильного дома, родильного отделения больницы) или медицинского свидетельства о рождении (ф. N 103/у) и опроса родителей.

Отсутствие медицинского свидетельства о рождении или данных о прописке не является основанием для отказа в обслуживании ребенка.

В детских яслях, ясельных группах яслей-садов и домах ребенка паспортная часть заполняется медицинской сестрой.

Истории развития ребенка на детей до 1 года, как правило, хранятся в кабинете участкового педиатра для оперативного использования их в целях обеспечения систематического наблюдения за ребенком и своевременного проведения профилактических мероприятий.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Признаки доношенного новорожденного
2. Физиологические состояния доношенного новорожденного
3. Уход за здоровым младенцем непосредственно после рождения
4. Прямой контакт с телом матери "кожа-к коже"
5. Поддержание теплового режима
6. Правила заполнения истории развития ребенка.

## Лекция 5. Роль семейной медсестры по уходу за детьми с соматическими заболеваниями

### План:

- ОРВИ, клиника, уход за больными детьми
- Определение острого тонзиллита.
- Пневмония у детей, определение, причины, классификация пневмоний по тяжести, клиника.
- Астма, определение, клиника, диагностика, принципы лечения.

### ОРВИ, клиника, уход за больными детьми

**Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)** — группа клинически и морфологически подобных острых воспалительных заболеваний органов дыхания, возбудителями которых являются пневмотропные вирусы. ОРВИ — самая распространённая в мире группа заболеваний, объединяющая респираторно-синцитиальную инфекцию, риновирусную и аденовирусную инфекции и другие катаральные воспаления верхних дыхательных путей. В процессе развития вирусное заболевание может осложняться бактериальной инфекцией.

### **Симптомы ОРВИ**

- Насморк.
- Першение в горле.
- Кашель может быть сухим или с выделением мокроты.
- Озноб и повышение температуры тела.
- Головная боль.
- Ломота в мышцах, суставах.
- Ощущение разбитости.
- Возможны жидкий стул, рвота.
- Возможно воспаление лимфатических узлов.

Иногда клинические проявления заболевания могут быть слабо выражены или отсутствовать. В этом случае заболевший переносит заболевание «на ногах» и представляет собой источник распространения инфекции.

### **Инкубационный период**

В зависимости от типа возбудителя инкубационный период может длиться от нескольких часов (например, при гриппе) до нескольких дней (например, при парагриппе инкубационный период составляет 2-7 дня).

### **Формы**

В зависимости от типа возбудителя выделяют различные группы ОРВИ, например:

- риновирусная инфекция — представляет собой в большинстве случаев обычную простуду, протекает легко, специального лечения не требуется;
- коронавирусная инфекция — протекает по типу обычной простуды, но характеризуется меньшей продолжительностью (около 6 дней);

- аденовирусная инфекция — сопровождается симптомами конъюнктивита (ощущение наличия инородного тела в глазах, покраснение, слезотечение, резь);
- для парагриппозной инфекции характерным признаком является лающий сухой кашель.

### **Причины**

Источник ОРВИ – это, прежде всего, больной человек, иногда животное или птица.

Заражение происходит воздушно-капельным путем, возможно контактно-бытовым путем, то есть через предметы обихода, игрушки, белье или посуду.

Вирусы попадают в воздух при кашле и чихании, оседают на различных поверхностях, остаются на руках больного, сохраняются на полотенцах, носовых платках и других предметах обихода. Заражение происходит в результате вдыхания возбудителя здоровым человеком или при использовании предметов, на поверхности которых имеется вирус.

### **Диагностика**

Однозначно определить, какой вирус стал причиной заболевания, довольно сложно, так как заболевания данной группы характеризуются относительно похожими симптомами.

### **Лечение ОРВИ**

- Употребление витамина С, которое облегчает течение заболевания.
- Симптоматическая терапия: прием жаропонижающих, обезболивающих, препаратов, обладающих противовоспалительным эффектом, сосудосуживающих капель при сильном насморке.
- Строгое соблюдение постельного режима.
- Обильное питье.
- Интерферон лейкоцитарный человеческий обладает противовирусными свойствами, защищает мембраны клеток от пагубного воздействия вируса, стимулирует собственные защитные силы человека.
- Антибиотики для лечения ОРВИ не применяются, так как антибиотики эффективны только в отношении заболеваний, вызванных бактериями, а не вирусами. Назначение антибиотиков целесообразно только в случае лечения осложнений, вызванных наложением бактериальной инфекции.

### **Осложнения и последствия**

- Бактериальные риниты (воспаление слизистой оболочки носа).
- Синуситы (воспаление одной или нескольких придаточных пазух носа).
- Отиты (воспаление в ухе).
- Трахеиты (воспаление трахеи).
- Пневмония (воспаление легких).
- Менингит (воспаление оболочек головного мозга и спинного мозга).
- Неврит (воспалительное заболевание периферических нервов).
- Радикулоневрит (поражение спинномозговых нервов и их корешков, которое сопровождается болями, онемениями различной локализации и слабостью мышц).

### **Профилактика ОРВИ**

- Ограничить контакт с больными, особенно в первые 3 дня заболевания.
- В разгар ОРВИ избегать посещения массовых мероприятий, стараться не пользоваться общественным транспортом или надевать при этом защитную повязку.
- Строго соблюдать правила личной гигиены (регулярное мытье рук после контакта с предметами, на которых мог остаться вирус).

- Поддерживать защитные силы организма, обеспечивая себе:
- полноценное питание, достаточное употребление овощей, фруктов, витаминов;
- прогулки на свежем воздухе, занятия спортом;
- полноценный сон;
- употребление в пищу чеснока и лука (эти продукты являются естественными иммуностимуляторами, обладают бактерицидным и противовирусным действием);
- отказ от курения (курение снижает защитные свойства организма, сопротивляемость к инфекциям дыхательных путей);
- промывание носа физиологическим раствором;
- местное применение оксолиновой мази в нос (каждые два часа) [инт. рес. 4.].

**Острый тонзиллит (синоним: ангина) является инфекционной патологией, которая имеет местные проявления** в виде острого воспаления элементов лимфоэпителиального глоточного кольца, в частности небных миндалин. Обострение хронического тонзиллита также можно называть ангиной.

**Этиология.** Острый тонзиллит могут вызывать различные бактерии, вирусы и грибы. В большинстве случаев данное заболевание вызывает  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А. Реже возбудителем ангины выступает стафилококк либо их сочетание. Среди вирусов острый тонзиллит обычно вызывают аденовирусы, герпетическая инфекция, энтеровирус Коксаки. Также острый тонзиллит может быть вызван веретенообразной палочкой в симбиозе со спирохетой полости рта (язвенно-пленчатая ангина). Кроме того, ангину могут вызывать грибы рода *Candida* в симбиозе с патологическими кокками. Предрасполагающими факторами для развития острого тонзиллита являются общее и местное переохлаждение организма, травма миндалин, снижение иммунитета (общего и местного), нарушение носового дыхания, нарушения состояния вегетативной и центральной нервной системы, а также хронические воспалительные процессы в полости носа, околоносовых пазух и рта.

**Клиническая картина при остром тонзиллите включает симптомы поражения миндалин:** боль в горле различной степени выраженности, покраснение миндалин, боль при глотании, припухлость миндалин (катаральная ангина), фибринозно-гнойный налет в лакунах (лакунарная ангина). Также характерен регионарный лимфаденит, признаки общей интоксикации и гипертермия. Начинается острый тонзиллит обычно с появления боли в горле, а также резкого повышения температуры тела (как правило, до 39°C, иногда выше). Как правило, боль в горле острая и сильная, однако может быть и умеренной. Также отмечается увеличение регионарных лимфатических узлов: они легко прощупываются под нижней челюстью, их пальпация сопровождается болезненными ощущениями.

#### **Диагностика**

Проводится анализ жалоб пациента, оценка анамнеза заболевания, осмотр глотки (фарингоскопия). Для определения вида возбудителя выполняется исследование мазка с миндалин. При этом обычно определяется чувствительность и резистентность выявленного возбудителя к антибактериальным препаратам.

**Виды заболевания.** Ангины принято разделять на банальные (обычные) ангины и атипичные. К банальным ангинам относятся следующие формы: катаральная, фолликулярная, лакунарная. Атипичные формы включают язвенно-некротическую

ангину (Симановского – Венсана – Плаута), грибковую ангину (обычно вызывается *Candida albicans*), флегмонозную ангину (интратонзиллярный абсцесс).

#### **Действия пациентов**

При возникновении симптомов, характерных для острого тонзиллита, пациенту необходимо безотлагательно обратиться к врачу, так как чем раньше будет начато лечение, тем меньше вероятность развития серьезных осложнений данного заболевания.

**Лечение.** При остром тонзиллите пациент в первые дни болезни должен соблюдать постельный режим. Назначается щадящая диета, обильное питье и витамины. Выбор лекарственного препарата при остром тонзиллите зависит от вида возбудителя. Препарат, его дозировка и метод введения определяются лечащим доктором. В лечении ангин бактериального происхождения используются антибактериальные препараты. При грибковых ангинах назначаются противогрибковые средства. Лечение вирусного острого тонзиллита предусматривает применение противовоспалительных и симптоматических средств. При остром тонзиллите любого происхождения обязательным является применение антисептических растворов для полоскания горла.

### **Пневмония у детей, определение, причины, классификация пневмоний по тяжести, клиника**

Воспаление легких (пневмония) – тяжелое инфекционное заболевание, которому подвержены люди всех возрастов. И дети не являются исключением. В последнее время наблюдается увеличение количества острых инфекционных заболеваний органов дыхания, и воспаление легких является самым опасным из них. Поэтому родители должны понимать, что это такое – пневмония, как распознать эту болезнь, и что делать в случае ее появления у ребенка.

Опасность болезни связана с той важной ролью, которую играют легкие в организме человека. Ведь легкие выполняют функцию доставки кислорода в ткани организма и, следовательно, поражение столь важного органа может иметь тяжелые последствия.

#### **Классификация**

По размерам и форме области воспаления пневмония делится на:

- очаговую,
- сегментарную,
- сливную,
- крупозную,
- левостороннюю,
- правостороннюю.

При очаговой пневмонии существуют лишь отдельные очаги воспаления размером около 1 см, а при сливной эти очаги сливаются вместе. При сегментарной пневмонии поражается один из сегментов легких. При крупозном типе воспаления легких патологическим процессом охватывается вся доля.

#### **Особенности воспаления легких в детском возрасте**

Левосторонняя пневмония у ребенка чаще всего протекает тяжелее, чем правосторонняя. Это обусловлено тем, что легкие имеют ассиметричное строение, и с

левой стороны дыхательные пути уже, чем с правой. Это обстоятельство затрудняет выведение слизи и способствует укоренению инфекции.

Хорошо известно, что дети подвержены пневмонии чаще, чем взрослые. У этого факта есть несколько причин. Прежде всего, у маленьких детей довольно слабый иммунитет по сравнению с взрослыми. А вторая причина заключается в том, что органы дыхания у ребенка не столь развиты как у взрослого. Кроме того, узость дыхательных ходов у детей обуславливает застой в них слизи и затрудняет ее выведение.

Также у грудных детей обычно осуществляется дыхание при помощи движений диафрагмы, на которые влияет состояние желудочно-кишечного тракта. Нарушение его работы, выражающееся, например, во вздутии живота, немедленно отражается на легких – в них возникают застойные явления, приводящие к повышению количества болезнетворных микроорганизмов. У грудных детей также относительно слабая дыхательная мускулатура, которая не позволяет им эффективно откашливать мокроту.

### **Симптомы пневмонии у ребенка**

Симптомы пневмонии у детей разного возраста несколько отличаются. Однако стоит отметить, что при всех видах пневмонии отмечается такой симптом, как дыхательная недостаточность. Она выражается, прежде всего, в учащении дыхания при пневмонии, чего обычно не бывает при инфекционных заболеваниях верхних дыхательных путей. В норме соотношение пульса и частоты дыхания составляет 3 к 1. Однако при пневмонии соотношение может достигать 2 к 1 и 1 к 1. То есть, если пульс у ребенка – 100, то частота дыхания может составлять более 50 вдохов в минуту. Несмотря на повышенную частоту дыхания, оно обычно поверхностное, неглубокое.

Как еще можно определить дыхательную недостаточность? Существует и ряд других признаков, свидетельствующих о ней, например, посинение кожных поверхностей, прежде всего, в области носогубного треугольника. Иногда может наблюдаться бледность кожных покровов.

Во-вторых, при воспалении легких существует и другой характерный признак – высокая температура. Уровень гипертермии при пневмонии обычно значительно выше, чем при прочих респираторных заболеваниях и может достигать +39-40°C. Однако этот симптом может наблюдаться не при всех видах пневмонии. Признаки атипичной пневмонии у ребенка включают субфебрильную температуру или температуру несколько выше +38°C. Иногда может наблюдаться и такой сценарий заболевания, когда температура в первые дни повышается до высоких значений, а затем снижается. Кроме того, у детей до года из-за несовершенства иммунной системы температура также может оставаться в пределах субфебрильной даже при тяжелейших формах пневмонии (Рис.1.).

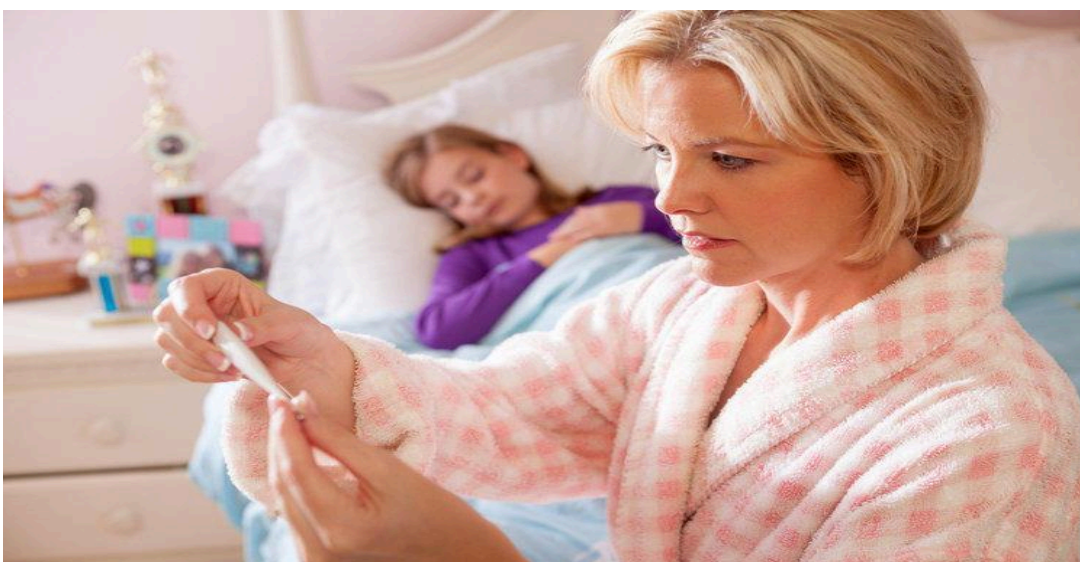


Рис.1.

Признаки пневмонии у ребенка включают и другие респираторные симптомы. Прежде всего, это кашель. Как правило, он может наблюдаться в том случае, если инфекцией затронуты не только легкие, но и бронхи, что чаще всего и бывает на практике, а также в том случае, если пневмония является осложнением ОРЗ. Кашель может быть разнообразным, но как правило, он не совсем сухой, а связан с отхождением мокроты. Или же в первые дни заболевания появляется сухой кашель, а затем он переходит в кашель с отхаркиванием мокроты. Многообразием проявлений отличается двусторонняя крупозная пневмония. У детей симптомы при данной форме заболевания включают не только кашель, но «ржавую» мокроту, включающую эритроциты из поврежденных мелких капилляров.

При развитии пневмонии у ребенка симптомы будут включать признаки интоксикации – головные боли, тошнота, головокружение. При некоторых видах пневмонии у детей симптоматика может включать боли в груди, иногда в области подреберья.

Симптомы пневмонии у грудного ребенка могут быть не столь сильно выражены, как у детей старшего возраста. Часто симптомы пневмонии у грудных детей включают лишь субфебрильную температуру и кашель (в некоторых случаях может и отсутствовать). Поэтому распознавание недуга в возрасте до года затруднено. Следует обращать внимание на косвенные симптомы – низкий тонус мышц, вялость, отказ от груди, беспокойство, частые срыгивания.

#### **Причины возникновения**

По причинам возникновения пневмония делится на первичную и вторичную. К первичным пневмониям относятся случаи заболевания, которые возникают непосредственно от заражения болезнетворными микроорганизмами. К вторичным пневмониям относятся случаи заболевания, представляющие собой осложнения других респираторных заболеваний – ОРВИ, бронхита, гриппа, ангины, и т.д.

В большинстве случаев речь идет о вторичных заболеваниях. Надо отметить, что вирусные респираторные заболевания очень часто провоцируют возникновение пневмоний и подготавливают для них почву тем, что они ослабляют иммунитет и понижают защитные свойства бактерицидной мокроты, образующейся в легких.

Довольно редко пневмония переносится от человека к человеку воздушно-капельным путем. Как правило, возбудители заболевания уже обитают в организме, задолго до его начала, и просто ждут своего часа, чтобы начать свое наступление на легкие. Спусковым крючком, способным спровоцировать активизацию патогенной микрофлоры, может быть инфекционное заболевание верхних дыхательных путей, грипп, ослабление иммунитета, например, в результате переохлаждения организма.

В особую группу случаев заболеваний пневмонией входят так называемые госпитальные инфекции. Они возникают в стационарах, в том случае, если больные лечатся от других заболеваний. Госпитальные пневмонии вызываются особыми, госпитальными штаммами бактерий, имеющих повышенную устойчивость к традиционным антибиотикам.

Таким образом, пневмонию могут вызвать и застойные явления в легких, связанные с долгим постельным режимом. У маленьких детей застой в легких может вызываться и кишечными инфекционными заболеваниями, при которых появляется вздутие живота и нарушается нормальная вентиляция легких. Также возникновению пневмонии может способствовать частое срыгивание пищи ребенком, при котором рвотные массы с содержащимися в них кишечными патогенными микроорганизмами могут частично попадать в легкие.

Если пневмония возникает у новорожденных, то этому могут быть две основные причины – либо ребенок заразился непосредственно в роддоме, либо был инфицирован уже в утробе матери.

#### **Прочие факторы, способствующие заболеванию:**

- стрессы,
- авитаминозы,
- неправильное питание,
- пассивное курение окружающих.

#### **Диагностика**

У ребенка острая пневмония может диагностироваться лишь врачом. При первых признаках пневмонии у ребенка следует вызвать терапевта. Опытный врач может определить очаг воспаления при помощи прослушивания шумов и хрипов в легких и простукивания грудной клетки. Также для распознавания болезни используются и прочие диагностические признаки: дыхательная недостаточность, характер гипертермии, поражение верхних дыхательных путей.

Однако для того, чтобы однозначно поставить диагноз и определить местоположение очага заболевания в большинстве случаев требуется рентгенография. На рентгеновском снимке прекрасно видны степень поражения легких и область распространения патологического процесса. Именно этот признак является наиболее важным при диагностике.

#### **Прогноз**

В большинстве случаев пневмонии у детей, при условии своевременного обращения к врачу прогноз благоприятный. Серьезную опасность для жизни представляют пневмонии у новорожденных и грудных детей, особенно у недоношенных. Также опасны своими тяжелыми осложнениями пневмонии, вызванные стафилококками и стрептококками, а также синегнойной палочкой. В большинстве случаев при правильном лечении вероятность осложнений невелика [инт. рес. 4].

#### **Астма, определение, клиника, диагностика, принципы лечения**

Бронхиальная астма — это хроническое воспалительное заболевание нижних дыхательных путей, которое характеризуется сужением просвета бронхов в результате их спазма или под действием иммунных механизмов, вызывающих отек слизистой оболочки дыхательных путей.

### **Симптомы болезни**

Так как заболевание поражает дыхательные пути, признаки его проявления тесно связаны с нарушениями дыхания. Для бронхиальной астмы характерны:

- Эпизоды одышки, являются основным симптомом данного заболевания;
- Свистящие хрипы;
- Кашель;
- Заложенность в грудной клетке;
- Удушье, чувство нехватки воздуха;
- Боль в нижней части грудной клетки.

### **Причины болезни**

Как уже говорилось выше, в основе заболевания лежит уменьшение просвета дыхательных путей, как следствие, требуются все большие усилия, чтобы прокачать через них достаточный для обеспечения организма объем воздуха. Причины у такого сужения следующие:

- Нарушение работы вегетативной нервной системы;
- Нарушение биохимии клеток бронхиальных стенок;
- Активация клеток иммунной системы, вызывающая отек слизистой.

### **Диагностика**

В основе диагностики данного заболевания лежит группа лабораторных и инструментальных методов, призванных оценить проходимость дыхательных путей и причину снижения этой проходимости. Диагноз «бронхиальная астма» устанавливается следующим образом:

Врач на приеме опрашивает больного, выясняя наличие характерных для бронхиальной астмы жалоб. Если у больного имеются длительно текущие бронхиты с выраженным кашлевым синдромом, это тоже может являться признаком латентно текущей болезни и требует дополнительного обследования.

Если при осмотре и сборе жалоб больного врач заподозрил возможное наличие заболевания, назначается исследование функции внешнего дыхания, называемое спирометрией. Спирометрия позволяет оценить, сколько воздуха могут пропустить через себя дыхательные пути. Если обнаружено снижение их проходимости, больному назначается дополнительная проба с противоастматическим препаратом. Если после нее проходимость бронхов улучшилась, наличие астмы можно считать подтвержденным. После получения данных спирометрии, свидетельствующих о наличии заболевания, нужно установить, чем оно провоцируется. Для этого выполняются аллергологические пробы.

### **Осложнения**

Главным и наиболее опасным осложнением бронхиальной астмы является удушье. Даже легкое течение болезни может сопровождаться приступом нехватки воздуха, опасным для жизни больного. В отсутствие адекватного лечения больной вполне может умереть от такого осложнения.

### **Лечение болезни**

Лечение бронхиальной астмы состоит из двух основных мер, направленных на увеличение просвета бронхов. Это:

Прием препаратов, расслабляющих стенку бронхов, что приводит к устранению мышечного спазма и, как следствие, увеличивает просвет воздухопроводящих путей. Такая мера принимается для экстренного купирования обострения заболевания.

Прием препаратов, блокирующих аллергическую реакцию в стенке бронхов, отчего уменьшается отек слизистой и увеличивается просвет воздухопроводящих путей.

Применяется для поддерживающей терапии и предотвращения развития обострений.

Уникальные методы лечения

**Выделяют следующие группы риска:**

Лица, у родителей или родственников которых имеется бронхиальная астма. Если заболевание имеется у одного из родителей, то вероятность появления болезни составляет около 30%, если у обоих — около 75%.

Лица, контактирующие в ходе профессиональной деятельности с пылью различного происхождения.

Лица, находящиеся в неблагоприятной экологической обстановке, чаще болеют бронхиальной астмой.

Разнообразные моющие средства, средства личной гигиены и косметика значительно повышают риск обострения заболевания.

Высокое биоразнообразие в месте проживания также повышает риск проявления заболевания.

**Профилактика**

В основе профилактики лежит предотвращение контакта больного с провоцирующими заболевание факторами.

**Диета и образ жизни**

При обнаружении у человека данной патологии следует произвести ряд изменений в образе жизни, направленных на предотвращение развития новых обострений заболевания:

Необходимо достоверно установить, что именно провоцирует обострение болезни, и избегать этого в дальнейшем;

Отказаться от ароматизированной косметики и средств личной гигиены;

Избегать контакта с пылью и промышленными загрязнениями воздуха [инт. рес. 4.].

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Причины и факторы риска, основные клинические проявления, осложнения при заболеваниях органов дыхания у детей.
2. ОРВИ, клиника, уход за больными.
3. Поддерживающий уход и наблюдение.
4. Определение острого тонзиллита.
5. Клиника острого стрептококкового тонзиллита, сбор информации, объективный осмотр, лечение, профилактика, уход.
6. Пневмония у детей, определение, причины, классификация пневмоний по тяжести, клиника.
7. Астма, определение, клиника, диагностика, принципы лечения.
8. Сестринский процесс.
9. Роль семейной медсестры в профилактике и диспансеризации бронхиальной астмы  
Постановка сестринского диагноза (приоритетные проблемы).

10. Планирование сестринского ухода.
11. Реализация плана сестринского ухода.
12. Оценка результатов сестринского ухода.
13. Противоэпидемические мероприятия в очаге ОРВИ.
14. Роль семейной медсестры в профилактике острых респираторных инфекций у детей.

## **Лекция 6. Роль семейной медсестры при работе с подростками. Вопросы гигиены и полового воспитания. Вредные привычки**

### **План:**

- Организация работы семейной медсестры с подростками в семье
- Патронаж семейной медсестры в семье, где проживают подростки
- О влиянии вредных привычек на организм подростков
- О вреде курения
- О вреде алкоголя
- О вреде наркомании.

### **Организация работы семейной медсестры с подростками в семье**

Являются выполнение лечебно-диагностических назначений врача-терапевта подросткового в поликлинике и оказание помощи ему в обслуживании подростков, проживающих на территории деятельности поликлиники, а также работающим (обучающимся) на предприятиях, и

Учреждениях, организациях, школах, ПТУ и других учебных заведениях, прикрепленных к данной поликлинике, проведение профилактических и санитарно-просветительных мероприятий среди данного контингента населения.

Назначение и увольнение медицинской сестры подросткового кабинета осуществляется главным врачом поликлиники в соответствии с

#### **Действующим законодательством**

Медицинская сестра подросткового кабинета подчиняется непосредственно врачу-терапевту подростковому и работает под его руководством.

В своей работе медицинская сестра подросткового кабинета руководствуется настоящей должностной инструкцией и другими официальными документами.

1. Вести систематический учет всех подростков 15-18 лет, работающих или обучающихся в районе деятельности поликлиники.

2. Подготавливать перед амбулаторным приемом врача-терапевта Подросткового рабочие места, контролируя наличие необходимой медицинской документации, инвентаря, оборудования, проверяя исправность аппаратуры, средств оргтехники.

3. Контролировать своевременное прохождение подростками назначенных врачом осмотров в специализированных кабинетах, а также

Проведение лабораторных и других исследований с расклейкой их результатов в медицинские карты амбулаторных больных.

4. Измерять подросткам по указанию врача-терапевта подросткового артериальное давление, проводить термометрию и другие медицинские манипуляции.
5. Объяснять больным подросткам способы и порядок подготовки к лабораторным, инструментальным и аппаратным исследованиям.
6. Обеспечивать своевременное проведение углубленных медицинских осмотров в соответствии с графиком, утвержденным главным Врачом медицинского учреждения и администрацией предприятия или Учебного заведения, и принимать в них участие.
7. Организовывать систематическое наблюдение за своевременной Явкой на повторные осмотры подростков, взятых на диспансерное Наблюдение, вести их учет.
8. Осуществлять текущий санитарный надзор за состоянием учебно-производственного обучения подростков.
9. Участвовать в проведении среди учащихся санитарно-просветительной работы.
10. Следить за правильным хранением медицинской документации

#### **Патронаж семейной медсестры в семье, где проживают подростки**

**Основными задачами отделения медико-социальной помощи предусматривались:**

- медико-социальный патронаж в семье, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке;
- оказание медико-психологической помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в т.ч. и путем анонимного приема;
- осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек/девушек и мальчиков/юношей;
- гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
- индивидуальная, групповая и коллективная санитарно-просветительная работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни и ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда «рисковых» или так называемых «саморазрушающих» форм поведения для здоровья и развития (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и т.п.);
- оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством;
- анализ с применением анкетного опроса и других методов потребности обслуживаемого детско-подросткового контингента и их семей в конкретных видах медико-социальной помощи.

В состав отделения могут быть введены должности: психолог/медицинский психолог, врач-педиатр, врач-терапевт подростковый, социальный работник. К решению задач отделения медико-социальной помощи в области охраны репродуктивного здоровья привлекаются врач акушер-гинеколог, уролог, хирург или иной специалист, в области правовой помощи юрисконсульт.

В настоящее время медико-социальную помощь оказывают преимущественно в клиниках, дружественных к молодежи, ориентированных на контингент подростков 15-17 лет. Реальная система этих услуг, охватывающая все контингенты подростков и молодежи и учитывающая все их запросы пока не создана.

Внимания требуют не только подростки 15-17 лет, но и другие категории молодых людей. Особо тревожная ситуация прослеживается у подростков младшей группы – 10-14 лет. По данным отчета ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): международный отчет по материалам обследования 2009–2010 гг.), охватывающего 40 стран Европы и Северной Америки, 15-летние российские подростки по курению табака и особенно употреблению алкоголя по сравнению с их западноевропейскими и американскими сверстниками не выглядят угрожающе. Однако 11-летние российские школьники по этим показателям к 2010 году стали практически лидерами. Крайне тревожна высокая степень их психосоциальной дезадаптации, связанной с процессом обучения. Вполне очевидно, что именно школа для этой категории подростков может и должна стать основной здоровьесберегающей средой.

Лишенными полноценного доступа к медико-социальной помощи можно считать и молодежь старше 18 лет, имеющую более высокую, чем подростки, уровень рискованного поведения

### **О влиянии вредных привычек на организм подростков**

Период полового созревания длится более 10 лет, от 7-8 до 17-18 лет. В течении этого времени формируются вторичные половые признаки, заканчивается физическое развитие женского организма, созревание репродуктивной системы. Организм девочки преобразуется в организм зрелой женщины, способный на воспроизведение как с физиологической, так и с психологической точки зрения (способность к зачатию, вынашиванию плода в матке, рождению, уходу за ребенком и его воспитание).

#### **К основным характеристикам подросткового периода относятся:**

- бурный рост тела в длину, а также размеров многих органов
- завершение окостенения зон роста трубчатых костей
- рост и развитие половых признаков, становление специфических функций
- формирование половоспецифического телосложения (изменение строения тела, распределение жировой и мышечной ткани по женскому типу)
- развитие дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мышечной систем, приводящие к более энергетическому снабжению организма.
- По определению ВОЗ, репродуктивное здоровье человека – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

Проблемы репродуктивного здоровья населения в условиях современного экономического и демографического кризиса выходят за рамки здравоохранения и приобретают характер первостепенных задач национальной политики.

Вопросы сохранения репродуктивного здоровья детей и подростков остаются крайне актуальными, поскольку нарушения специфических функций организма взрослой женщины во многом формируются в юном возрасте.

Репродуктивная система в период полового созревания характеризуется повышенной чувствительностью к воздействию как благоприятных, так и неблагоприятных факторов, поскольку механизм ее реализации находится в стадии формирования.

Существуют внутренние и внешние факторы, влияющие на половое созревание девушек-подростков. К внутренним факторам относят: наследственно-конституциональные особенности, состояние здоровья (патология половых желез, очаги инфекции и соматические заболевания, эндокринно-обменная патология, психические заболевания и состояние нервной системы), масса тела, неблагоприятный антенатальный анамнез. К внешним факторам относят: питание, климато-географические, социально-экономические, экологические, физические нагрузки, стресс, вредные привычки.

Остановимся на примере одного фактора, немаловажного среди всех и актуального в наше время. Это вредные привычки!

Экзогенная интоксикация (курение, алкоголь, токсические вещества и наркотики) способны нанести организму девушки больший вред, чем организму взрослой женщины.

Девушки, рано начинающие курить, хуже развиваются физически, чаще болеют заболеваниями верхних дыхательных путей. Действие никотина на половую сферу чаще всего проявляется в нарушениях менструального цикла, в частности, дисменореей, где основным симптомом являются болезненные менструации (ошибочное мнение многих – что этот симптом является вариантом нормы). По данным за 2009 г., среди девушек 15-18 лет, обследованных в одном из районов г.Алматы, с гинекологической патологией, выявленной на профилактических осмотрах, лишь 18,4 % самостоятельно обращались к специалисту, остальные 81,6% считают себя здоровыми, даже при наличии ярких клинических признаков заболевания. Из них 11,2% курят ежедневно, 17,1% — иногда, 34,4% являются «пассивными» курильщиками (невольно дышат табачным дымом от окружающих их людей – родителей, друзей и т.д.) и остальные 37,3%, якобы, не курят вообще. Хотя, по сути дела, все мы, незаметно для себя, в той или иной степени являемся «пассивными» курильщиками. Хотим мы этого или не хотим!

Также, среди данного контингента было выявлено, что 67,5% страдают хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей, в том числе хроническими тонзиллитами, которые в свою очередь могут привести к ювенильным маточным кровотечениям.

Токсическое воздействие алкоголя, никотина, наркотических веществ на половые клетки девочек-подростков влечет за собой увеличение риска рождения у них неполноценного потомства в будущем, а также может стать причиной бесплодия.

Особенно острой за последние 15 лет стала проблема ранней сексуальной активности подростков. Многие из них начинают свой «взрослый путь» под действием алкоголя. Как следствие раннего начала половой жизни отмечен рост незапланированных беременностей и абортов, а также юного материнства и ИППП у подростков.

Проведенные исследования за 2009 г. показали, частота гинекологической патологии у девочек, имеющих опыт половой жизни, в 2,5 раза превышает таковую у их сверстниц, не имеющих подобного опыта. В основном за счет резкого увеличения воспалительных заболеваний.

Решению этих проблем способствует развитие на местах специализированной гинекологической помощи детям, наиболее приближенной к нуждам детского населения. Наиболее значимыми факторами для эффективной работы специализированной службы является широкая сеть лечебно-профилактических учреждений с разнообразными функциями и направлениями деятельности, обеспеченность высококвалифицированными

кадрами врачебного и сестринского персонала, обученными работать с детским и подростковым контингентом, оснащенные современной аппаратурой и лабораторной поддержкой, рабочие места специалистов.

## **О вреде курения**

Табачный дым содержит свыше 4 тысяч химических соединений и веществ, большинство из которых токсичны, мутагенны или канцерогенны. Всасывание вредных веществ начинается непосредственно с попадания табачного дыма в рот через слизистую и далее по гортани в легкие. Слюни, попадая в желудок также несут с собой этот яд.

### **Вот воздействие некоторых из них:**

#### **Никотин**

Алкалоид содержащийся в табаке. Сильнейший яд, который в небольших дозах оказывает возбуждающее действие на нервную систему. В больших вызывает паралич (за всю жизнь человек вводит в себя около 2 кг никотина, этого хватит чтобы убить 2000 человек при одновременном введении). В результате длительного воздействия на организм возникает никотиновая зависимость. Никотин усугубляет ход течения ряда заболеваний (атеросклероз, гастрит, гипертоническая болезнь, тромбофлебит, инфаркт миокарда, язвенная болезнь и др.).

#### **Синильная кислота**

Сильный яд. При вдыхании стимулирует увеличение частоты и глубины дыхания. Попадая в кровь воздействует на ее клетки, снижая их способность воспринимать кислород. Итогом является кислородное голодание. Также в результате тканевой гипоксии нарушаются функции нервной системы.

#### **Оксид углерода**

В результате соединения с гемоглобином замещает кислород, как следствие кислородное голодание, которое сказывается на всех органах человека.

#### **Смола**

Самое большое зло сигареты. Попадая в организм она оседает на стенках легких и коксуруется там. В результате чего возникают раковые заболевания (курение повышает риск возникновения 12 форм раковых заболеваний), разрушение иммунной системы.

Смолы содержат канцерогенные полициклические ароматические углеводы (ПАУ) и табакспецифические нитрозосоединения. При этом низкий уровень смол в сигаретах необязательно означает, что в них мало этих крайне вредных веществ. При одинаковом содержании смолы уровень нитрозосоединений в сигаретах может различаться в два и более раз. Концентрации ПАУ и нитрозосоединений не регулируются ни в одной стране мира. По сути это означает, что люди, курящие даже дорогие марки сигарет с пониженным содержанием смол, подвергаются риску, о котором табачные компании их не информируют. К радиоактивным компонентам, найденным в очень высокой концентрации в табачном дыму, относятся полоний-210 и калий-40. Помимо этого, присутствуют такие радиоактивные компоненты как радий-226, радий-228 и торий-228. Установлено, что радиоактивные компоненты являются канцерогенами.

#### **Влияние курения на мозг**

В результате замещения кислорода углекислым газом, происходит кислородное голодание мозга. Глюкоза, находящаяся в крови перестает окисляться, ее уровень растет и клетки мозга перестают получать сигналы для бодрствования. В результате неправильной работы мозга

человек начинает страдать нарколепсией. Сигаретные смолы увеличивают в мозге содержание свободных радикалов, что также разрушает его. Даже малые дозы никотина снижают умственные способности на 14 а иногда и 25%. Происходит деградация курильщика. Инсульт для курильщика это также один из возможных исходов.

### **Влияние курения на сердце**

**Курение – основная причина поражения коронарных артерий сердца и других сердечно-сосудистых заболеваний.** После выкуривания каждой сигареты сердце начинает работать в учащенном режиме, в итоге сердце курящего человека в день совершает на 12-15 тысяч сокращений больше чем у некурящего человека, что ведет к преждевременному изнашиванию вашего мотора. Прямая связь курения и таких заболеваний как инфаркт Миокарда, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь доказана научно. Обратите внимание на эти симптомы — длительный приступ острых сжимающих болей в центре или левой половине грудной клетки, коллапс, повышение температуры, ощущение страха, удушья. Все это результат курения.

### **Влияние курения на легкие**

Как показывают исследования врачей, для легких последствия курения — самые тягостные. Дым поступает в трахею и делится на 2 главных бронха, попадает в бронхиолы, и в итоге проникает в самую структуру легких человека – в дыхательные мешочки или ацинусы. Дыхательные пути человека — трахея, бронхи, бронхиолы — покрыты нежным мерцательным эпителием, который мерцает против тока воздуха. Именно тут и оседают мельчайшие частицы воздуха и дыма, и легкие самоочищаются.

Если в воздухе есть примеси — они оседают на мерцательном эпителии и вместе с мокротой удаляются из дыхательных путей. На эпителии скапливаются все вредные вещества, содержащиеся в дыму. При курении с каждой новой затяжкой их становится всё больше. В результате мерцательный эпителий не может справиться со смолой, осевшей на нем, и подключаются другие защитные системы организма – кашель. Кашель будет повторяться пока, не очистит дыхательные пути от грязи. Именно из-за этого курильщика можно узнать по постоянному кашлю — его организм пытается избавиться от смолы и других вредных веществ.

### **Влияние курения на зрение**

Действие табачного дыма крайне негативно сказывается на органах зрения. У курящих очень часто развивается ослабление зрения, не сопровождающееся видимыми изменениями глазного яблока, так называемая амблиопия. Так же может развиваться нарушение световосприятия. В некоторых случаях курение может привести даже к слепоте. В Лондонском институте офтальмологии было установлено, что у курильщиков увеличивается риск ослепнуть к старости в 3 раза. Курение замедляет обмен веществ в организме, в результате микроэлементы так необходимые для работоспособности органов зрения не доходят до них. Кроме того зрение страдает от нехватки кровоснабжения, причиной которого является также курение.

### **Влияние курения на половую систему**

Курение отрицательно отражается на половой функции как мужчин, так и женщин. Считается, что у курильщиков развитие бесплодия увеличивается на 11. У женщин выкуривающих 10 сигарет в день, риск бесплодия увеличивается в 2 раза. Если курящая женщина забеременела, то вероятность выкидыша у нее увеличивается по сравнению с

некурящими. Кроме того, у курящих женщин рак молочных желез наблюдается в 4-5 раз чаще.

### **Влияние курения на внешний вид**

Очень часто курение несет за собой пожелтение зубов и ногтей, запах изо рта серый вид кожи. Кроме того у курильщиков нарушен обмен веществ, в результате чего возникают проблемы с весом тела.

В общем можно сделать вывод что кроме отрицательных сторон курение больше ничего не дает. Однако не стоит отчаиваться. На сегодняшний день существует множество методов бросить курить. О них мы и поговорим в дальнейшем [инт. рес. 4.].

### **О вреде алкоголя**

Алкоголь вреден — это знают все. Но многие относятся к этому факту, как к аксиоме, не требующей доказательств и пояснений. Поэтому мало кто может ответить на простой вопрос: «А в чем вред алкоголя?». Психология человека такова, что ему необходимо представить худшее, чтобы полностью отказаться от спиртного и не допустить его негативного влияния на свой организм. Вот почему важно знать в подробностях все возможные последствия и вред от употребления алкоголя.

### **Вредные вещества, содержащиеся в алкоголе**

Алкогольные напитки содержат в своем составе некоторое количество этилового спирта (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH). В небольших количествах для взрослого человека это органическое вещество неопасно. Но нет такого алкоголя, в котором бы не присутствовали различные добавки. Вкусовые и ароматические модификаторы добавляют туда специально. А в плохо очищенных напитках в небольшом количестве остаются ядовитые вещества, которые наносят серьезный вред. Сюда относят:

- сивушные масла;
- тяжелые изоалкиловые спирты;
- метиловый спирт;
- уксусный и муравьиный альдегиды;
- ацетали;
- кетоны;
- фенол и представители других классов органических соединений.

### ***Вред для нервной системы***

Этанол является химически активным веществом. Попадая в организм, он довольно быстро замещает в сложнейших биохимических реакциях другие компоненты и взаимодействует с ними по-своему. Таким образом он влияет на работу мозга и всей нервной системы. Сначала после употребления алкоголя усиливается выработка адреналина, дофамина, серотонина. Это ведет к дальнейшим изменениям: появляется чувство тревоги, говорливость, усиливается возбуждение. В процессе привыкания организм начинает требовать увеличения дозы, развивается алкогольная зависимость. После этого могут проявиться и другие осложнения:

- депрессии;
- подавленное состояние;
- склонность к суициду;

- появления галлюцинаций;
- судороги;
- повреждение сосудов в головном мозге и др.

На определенном этапе уменьшение вреда алкоголя на организм становится невозможным.

#### ***Вред алкоголя для сердца и легких***

Алкоголики больше других подвержены легочным и сердечно-сосудистым заболеваниям. У них часто развивается:

- пневмония;
- различные хронические и острые заболевания легких;
- туберкулез;
- анемия;
- кардиомиопатия;
- аритмия и другие болезни.

#### ***Влияние на печень и пищеварительную систему***

На фоне злоупотребления спиртным может развиваться:

- алкогольный цирроз печени;
- гепатит;
- ожирение печени;
- гастриты и язвы;
- рак пищевода;
- панкреатит

#### **Социальный вред алкоголя**

Употребление спиртных напитков становится причиной заболеваний, поломанных судеб, бедности, загубленных талантов. Это зло, которое расстраивает здоровье и разрушает жизни. Какой социальный вред алкоголя? Под воздействием алкоголя совершается большая часть преступлений и ошибок в жизни. А коварство в том, что такие последствия невозможно предугадать, пригубивши в первый раз рюмку (Рис.1.).

#### ***Вред алкоголя на организм подростка***

Ещё более страшен вред алкоголя для подростков. Как уже говорилось выше, спиртное эффективно убивает организм взрослого, окрепшего человека. Что уж говорить про подростков, чей организм не успел окрепнуть. Именно в подростковом возрасте организм наиболее уязвим – полным ходом идет перестройка организма ребенка в организм взрослого человека. И в этот момент по нему наносится страшный удар. Конечно, в этом случае вред алкоголя становится ещё более заметным и страшным. Например, печень в этом возрасте имеет более высокую пропускную способность, а кроме того её структура не успела окрепнуть. В результате заболевания печени могут быть вызваны считанными граммами спиртного. В целом же алкоголь, будь то водка, вино или пиво, наносят удар по всему детскому организму – печень, нервная система, мозг, дыхательные пути, снижение иммунитета и быстрое превращение в запойного алкоголика – вот удел детей, которым родители в детстве не сумели доступно пояснить чем же страшно любое спиртное. Так что всерьез задумайтесь – так ли мал вред алкоголя для подростков, как принято считать или же стоит сделать определенные шаги уже сегодня, чтобы подарить своему ребенку здоровую и счастливую жизнь?

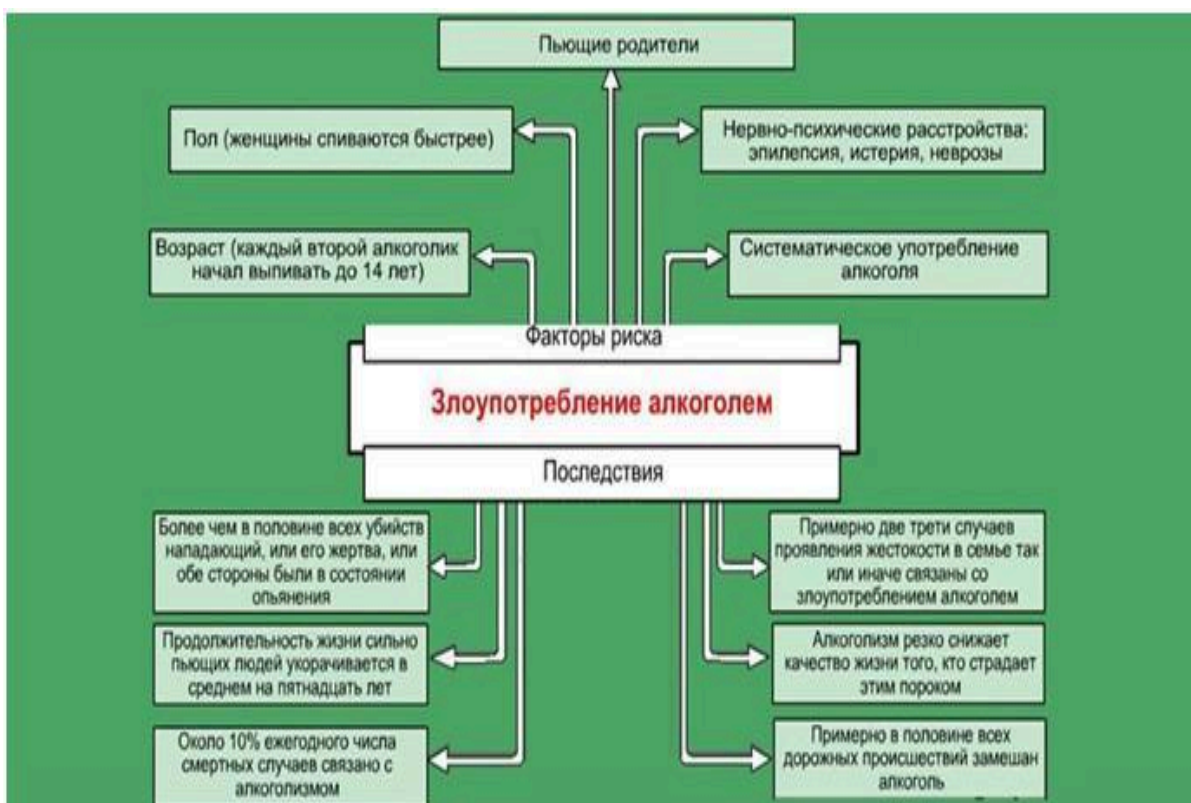


Рис.1.

*Алкоголь — это причина большинства:*

- дорожно-транспортных нарушений;
- убийств;
- драк;
- сексуальных насилий;
- незапланированных беременностей;
- случаев передачи половых инфекций;
- распада семей.

Предотвратить или уменьшить эту печальную статистику может только активная пропаганда здорового образа жизни и разъяснение вреда алкоголя во всех подробностях. Иллюзия счастья, которая возникает после употребления этого легализованного наркотика, длится недолго. А цена за короткий момент эйфории — здоровье и жизни людей.

У людей нет врожденной потребности в алкоголе. Традиции употреблять спиртное в праздники и по торжественным случаям каждый следует по-разному. У одних получается найти зыбкую грань между положительным и вредным эффектом от алкогольных напитков и не переступить ее, а другие этого не могут. Каждый должен понять, чем вреден алкоголь, признать это и отказаться от медленного, но верного самоубийства [инт. рес. 4.].

### О вреде наркомании



Наркотики – это вещества, способные вызывать состояние радостного опьянения, привыкание и зависимость (Рис.2.)

### **Воздействие наркотиков на человека**

Человек в состоянии наркотического опьянения перестает испытывать душевную и физическую боль, появляется ощущение легкости, комфорта. Ощущение легкости приводит к потере над собой и утрате чувства реальности. Состояние наркотического опьянения продолжается только в то время, когда наркотическое вещество содержится в крови.

### **Развитие наркомании**

У того, кто постоянно употребляет наркотики, постепенно снижается чувствительность к ним. Через некоторое время для достижения радости обычных доз уже не хватает. Жертва наркомании вынуждена увеличить дозу. Впоследствии не хватает и этого, тогда происходит переход к более сильному наркотическому веществу. Так, постепенно, человек приобщается к сильным наркотикам, избавления от которых почти нет.

### **Вред от наркотиков**

Абсолютно все наркотики по своей природе являются ядами, поражающими все системы органов и тканей, но особенно центральную нервную систему, мозг, половую систему, печень и почки. Как правило, люди с самым крепким здоровьем при регулярном употреблении наркотиков живут не более десяти лет. Большинство умирает раньше. Весьма распространены случаи, когда люди, умирают в течение первого года с момента начала употребления наркотического вещества. Поскольку наркоманы пользуются не стерильными шприцами, среди них распространены многие болезни, передаваемые через кровь – СПИД, гепатит и другие. От этих болезней они часто умирают раньше, чем произошло отравление организма наркотиком.

### **Влияние наркомании на душевный облик человека**

Нарастает эмоциональное опустошение, возникает раздражительность, апатия, расслабление воли, а при употреблении отдельных наркотиков появляется слабоумие. Внешне все это проявляется вялостью, черствостью, грубостью, эгоизмом, лживостью. Человек, употребляющий наркотики, утрачивает контроль над своей жизнью, глубоко перерождается, становится совсем другим. Постепенно снижается интеллект.

### **Смерть от наркотиков**

В большинстве случаев от передозировки. Наркоман через несколько лет ждет полное разрушение печени и всего организма. Но многие не доживают до этого момента и умирают от аллергии, инфекционных и сопутствующих заболеваний, например, СПИДА или гепатита.

Многие заканчивают жизнь самоубийством или погибают насильственной смертью, так как наркоманы зачастую связаны с организованной преступностью. Наркоман теряет

инстинкт самосохранения и легко может замерзнуть, стать жертвой преступления, попасть в аварию, погибнуть от несчастного случая и многих других причин [инт. рес. 4.].

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Организация работы семейной медсестры с подростками в семье.
2. Работа семейной медсестры и совместная работа их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья подростков.
3. Патронаж семейной медсестры в семье, где проживают подростки.
4. Причины возникновения заболеваний связанных с курением.
5. Проблемы, связанные с алкоголем.

**Лекция 7. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями респираторной системы. Профилактика ХОБЛ**

**План:**

- Этиологию заболеваний органов дыхания
- Острый бронхит
- Пневмонии
- Острые деструктивные процессы в легких
- Эмфизема легких
- Бронхиальная астма
- Профилактика ХОБЛ

**Этиологию заболеваний органов дыхания**

Болезни органов дыхания характеризуются многообразием клинико-морфологических проявлений, что связано со своеобразием структуры легких, возрастными особенностями и большим числом этиологических факторов.

**Этиологическими факторами могут быть:**

- биологические патогенные возбудители (вирусы, бактерии, грибки, паразиты);
- химические и физические агенты.

**Среди заболеваний органов дыхания наибольшее значение имеют:**

—бронхиты;  
—пневмонии;  
—деструктивные заболевания легких (абсцесс, гангрена);  
—хронические неспецифические заболевания легких;  
—другие болезни легких (опухоли, пороки развития).

**Бронхит**

**Различают острый и хронический бронхит.**

**Острый бронхит**

Острый бронхит — острое воспаление бронхов — может быть самостоятельным заболеванием или проявлением ряда болезней, в частности пневмонии, хронического гломерулонефрита с почечной недостаточностью (острый уремический бронхит) и др (Рис.1.).

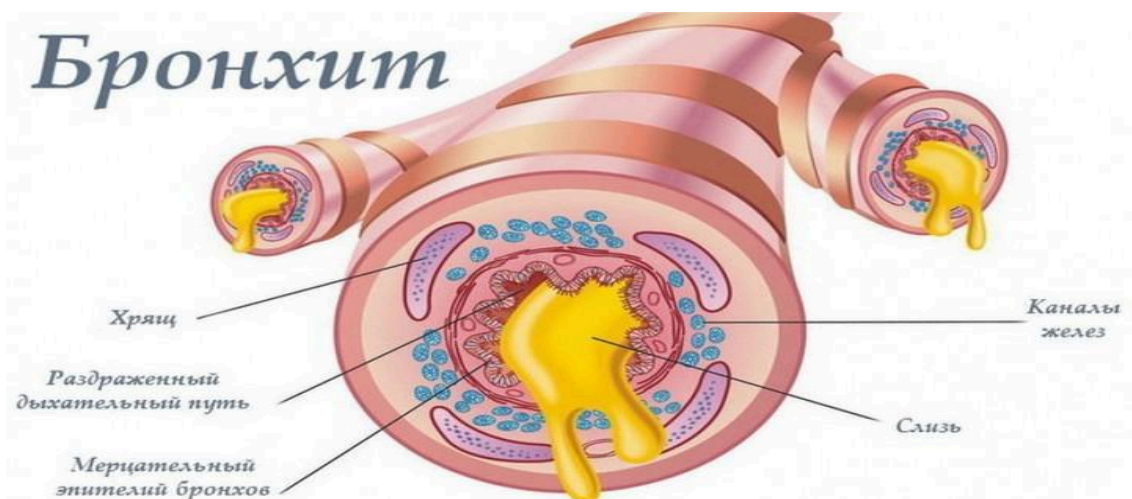


Рис.1.

О хроническом бронхите говорят в том случае, если на протяжении двух лет клинические симптомы заболевания (кашель и отхождение мокроты) наблюдаются не менее 3 месяцев. Острый бронхит, как правило, протекает тяжелее у детей. Клинически он проявляется кашлем и одышкой.

**Этиология и патогенез.** Наиболее часто причиной бронхитов являются:

- 1) вирусы, особенно респираторно-синцитиальный вирус (RS-вирус);
- 2) бактерии, наиболее часто *Haemophilus influenzae* и *Streptococcus pneumoniae*;
- 3) химические агенты, находящиеся во вдыхаемом воздухе (сигаретный дым, диоксид серы и пары хлора, окислы азота);
- 4) физические агенты – сухой или холодный воздух, радиация;
- 5) бытовая и промышленная пыль в повышенной концентрации.

Осложнения острого бронхита часто связаны с нарушением дренажной функции бронхов, что способствует аспирации инфицированной слизи в дистальные отделы бронхиального дерева и развитию воспаления легочной ткани (бронхопневмония). При панбронхите и панбронхиолите возможен переход воспаления не только на перибронхиальную ткань, но и на межуточную ткань легкого (перибронхиальная межуточная пневмония).

В бронхиолах острое воспаление, или бронхиолит может развиваться в виде трех основных типов:

Первичный бронхиолит — это редкая инфекция дыхательных путей, вызываемая вирусами, особенно респираторно-синцитиальным вирусом. Чаще всего он развивается у детей до 2 лет. В большинстве случаев первичный бронхиолит разрешается в течение нескольких дней, однако иногда может развиваться бронхопневмония.

Фолликулярный бронхиолит наблюдается при ревматических заболеваниях и характеризуется развитием в стенках бронхиол лимфоидных инфильтратов с герминативными центрами, что приводит к сужению просвета дыхательных путей.

Облитерирующий бронхиолит характеризуется накоплением полипоидных масс, которые формируются из грануляционной ткани и организуемого воспалительного экссудата, распространяющихся из альвеол в бронхи. Этот тип бронхиолита может встречаться при респираторно-синцитиальных инфекциях, после воздействия токсических веществ, при

аллергическом альвеолите, легочном фиброзе, и некоторых коллагенозах, поражающих кровеносные сосуды.

Исход острого бронхита зависит от глубины поражения стенки бронха. Серозный и слизистый катары бронхов легко обратимы. Деструкция стенки бронха (гнойный катар, деструктивный бронхит и бронхиолит) способствует развитию пневмонии. При длительном воздействии патогенного фактора бронхит приобретает черты хронического [инт. рес. 4.].

### **Пневмонии**

Пневмонии — это группа воспалительных заболеваний, различных по этиологии, патогенезу и клинико-морфологическим проявлениям, характеризующихся преимущественным поражением дистальных воздухоносных путей, особенно альвеол (Рис.2.). В настоящее время хроническая пневмония исключена из Международной классификации болезней, поэтому здесь будут рассмотрены только острые пневмонии.

#### **Острые пневмонии**

Острые пневмонии можно классифицировать по нескольким признакам. Острые пневмонии делят на:

- первичные;
- вторичные.

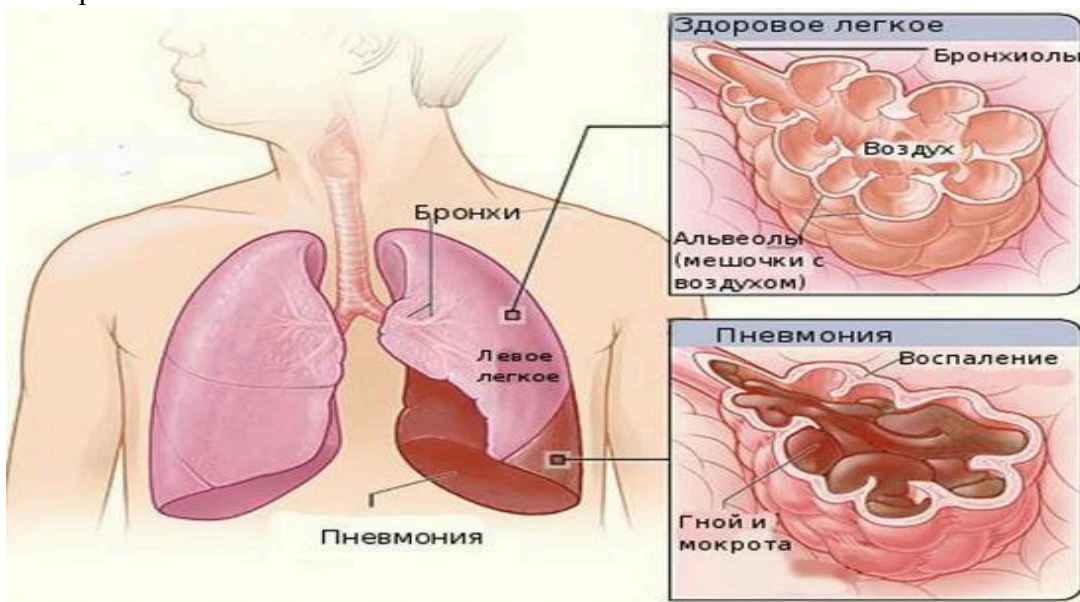


Рис.2.

К острым первичным пневмониям относят пневмонии как самостоятельное заболевание и как проявление другой болезни, имеющее нозологическую специфику (например, гриппозная, чумная пневмонии). Острые вторичные пневмонии являются чаще всего осложнением многих заболеваний.

#### **По распространенности воспаления:**

- очаговые;
- милиарная пневмония, или альвеолит;
- ацинозная;
- дольковая, сливная дольковая;

—сегментарная, полисегментарная.

—долевая пневмония;

— тотальная пневмония.

**По характеру воспалительного процесса пневмония бывает:**

—серозная (серозно-десквамативная, серозно-геморрагическая);

—гнойная;

—фибринозная;

—геморрагическая;

— смешанная.

**По механизму развития различают следующие виды пневмоний:**

- аспирационная,
- ателектатическая,
- гипостатическая (на фоне застоя крови),
- послеоперационная (обусловленная токсическим действием наркотических препаратов, образованием ателектазов при ИВЛ, застоем крови в малом круге кровообращения и аспирацией),
- травматическая,
- аллергическая (пневмонит),
- бронхопневмония (при переходе воспаления с бронхов на окружающую легочную ткань).

Острые пневмонии классифицируются на пневмонии, развивающиеся в нормальном (неиммуносупрессированном) организме и пневмонии, развивающиеся в иммуносупрессированном организме.

Этиология острых пневмоний разнообразна, но чаще их возникновение связано с инфекционными агентами. Помимо инфекции (особенно вирусной) верхних дыхательных путей выделяют следующие факторы риска острых пневмоний:

—обструкцию бронхиального дерева;

—иммунодефицитные состояния;

—алкоголь;

—курение;

—вдыхание токсических веществ;

—травматическое повреждение;

—нарушение легочной гемодинамики;

—послеоперационный период и массивную инфузионную терапию;

—старость;

—злокачественные опухоли;

—стресс (переохлаждение, эмоциональное перенапряжение).

Из острых пневмоний наиболее важное клиническое значение имеет крупозная пневмония [инт. рес. 4.].

### **Острые деструктивные процессы в легких**

К острым деструктивным процессам в легких относят абсцесс и гангрену легкого.

Абсцесс легкого может иметь как пневмониогенное, так и бронхогенное происхождение.

Пневмониогенный абсцесс легкого возникает как осложнение пневмонии любой этиологии, обычно стафилококковой и стрептококковой. Нагноению очага пневмонии

обычно предшествует некроз воспаленной легочной ткани, за которым следует гнойное расплавление очага. Расплавленная гнойно-некротическая масса выделяется через бронхи с мокротой, образуется полость абсцесса. В гное и в воспаленной легочной ткани обнаруживается большое число гноеродных микробов. Острый абсцесс локализуется чаще во II, VI, VIII, IX и X сегментах, где обычно расположены очаги острой бронхопневмонии. В большинстве случаев абсцесс сообщается с просветом бронхов (дренажные бронхи), через которые гной выделяется с мокротой. Бронхогенный абсцесс легкого появляется при разрушении стенки бронхоэктаза и переходе воспаления на соседнюю легочную ткань с последующим развитием в ней некроза, нагноения и формированием полости — абсцесса. Стенка абсцесса образована как бронхоэктазом, так и уплотненной легочной тканью. Бронхогенные абсцессы легкого обычно бывают множественными. Острый абсцесс легкого иногда заживает спонтанно, но чаще принимает хроническое течение. Хронический абсцесс легкого обычно развивается из острого и локализуется чаще во II, VI, IX и X сегментах правого, реже левого легкого, т.е. в тех отделах легких, где обычно встречаются очаги острой бронхопневмонии и острые абсцессы. Строение стенки хронического абсцесса легкого не отличается от хронического абсцесса другой локализации. Рано в процесс вовлекаются лимфатические дренажи легкого. По ходу оттока лимфы от стенки хронического абсцесса к корню легкого появляются белесоватые прослойки соединительной ткани, что ведет к фиброзу и деформации ткани легкого. Хронический абсцесс является источником бронхогенного распространения гнойного воспаления в легком. Возможно развитие вторичного амилоидоза. Гангрена легкого — наиболее тяжелый вид острых деструктивных процессов легких. Она осложняет обычно пневмонию и абсцесс легкого любого генеза при присоединении гнилостных микроорганизмов. Легочная ткань подвергается влажному некрозу, становится серо-грязной, издает дурной запах. Гангрена легкого обычно приводит к смерти.

#### **Хронические неспецифические заболевания в легких**

К хроническим неспецифическим заболеваниям легких (ХНЗЛ) относятся:

- хронический бронхит;
- эмфизема легких;
- бронхиальная астма;
- бронхоэктазы;
- интерстициальные болезни легких;
- пневмофиброз (пневмоцирроз).

Среди механизмов развития этих заболеваний выделяют бронхитогенный, пневмониогенный и пневмонитогенный.

В основе бронхитогенного механизма ХНЗЛ лежит нарушение дренажной функции бронхов и бронхиальной проводимости. Заболевания, объединяемые этим механизмом, или хронические обструктивные заболевания легких, представлены хроническим бронхитом, бронхоэктазами (бронхоэктатической болезнью), бронхиальной астмой и эмфиземой легких (особенно хронической диффузной обструктивной). Хронические (диффузные) обструктивные заболевания характеризуются реверсивными или неревверсивными нарушениями структуры бронхов или бронхиол, приводящих к нарушению вентиляции легких. При значительном поражении бронхов происходит снижение функциональных показателей легких, а именно:

- снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ);
- снижение отношения максимального объема вдоха и выдоха к ЖЕЛ;

—снижение максимальной скорости форсированного выдоха.

### **Эмфизема легких**

Эмфиземой легких (от греч. *emphysao* — вздуваю) называют заболевание, которое характеризуется избыточным содержанием воздуха в легких и увеличением их размеров.

Различаются следующие виды эмфиземы:

- хроническая диффузная обструктивная;
- хроническая очаговая (перифокальная, рубцовая);
- викарная (компенсаторная);
- первичная (идиопатическая) панацинарная;
- старческая (эмфизема у стариков);
- межуточная.

Буллезная эмфизема. Это не отдельный тип эмфиземы, а термин, указывающий на наличие булл размером более 10 мм в диаметре. Буллы могут встречаться при всех типах эмфиземы. Буллы часто разрываются, что приводит к развитию спонтанного пневмоторакса. Обычно буллы располагаются на верхушке легких субплеврально.

Редукция капиллярного русла происходит на ограниченном участке легкого, поэтому при перифокальной эмфиземе не наблюдается гипертонии малого круга кровообращения.

Викарная (компенсаторная) эмфизема одного легкого наблюдается после удаления части его или другого легкого. Этот вид эмфиземы сопровождается гипертрофией и гиперплазией структурных элементов оставшейся легочной ткани.

Первичная (идиопатическая) панацинарная эмфизема встречается очень редко, этиология ее неизвестна. Морфологически она проявляется атрофией альвеолярной стенки, редукцией капиллярной стенки и выраженной гипертонией малого круга кровообращения. Старческая (сенильная) эмфизема рассматривается как обструктивная, но развивающаяся в связи с возрастной инволюцией легких. Это неправильный термин, т.к. при данном типе не наблюдается деструкции альвеолярной стенки. При старении происходит снижение поверхности альвеол, прогрессирующее начиная с 30-летнего возраста, что приводит к повышению воздушности легких. Этот процесс является нормальной сенильной инволюцией легких и не является заболеванием. Поэтому ее правильнее называть эмфиземой у стариков.

Межуточная (интерстициальная) эмфизема принципиально отличается от всех других видов. Она возникает при попадании воздуха в интерстиций в результате травматического разрыва воздухоносных путей (при усиленных кашлевых движениях) или спонтанного разрыва буллы. Интерстициальная эмфизема может распространяться на средостение и под кожу. При надавливании на раздутые воздухом участки кожи слышен характерный хруст (крепитация).

### **Бронхиальная астма**

Бронхиальная астма (от греч. *asthma* — удушье) — это заболевание легких, которое характеризуется повышенной возбудимостью бронхиального дерева, что проявляется пароксизмальными сужениями просвета воздухоносных путей, которые разрешаются спонтанно или под влиянием лекарственных веществ (Рис.3.). Астма широко распространена в мире, однако причиной смерти является редко.

# Бронхиальная астма

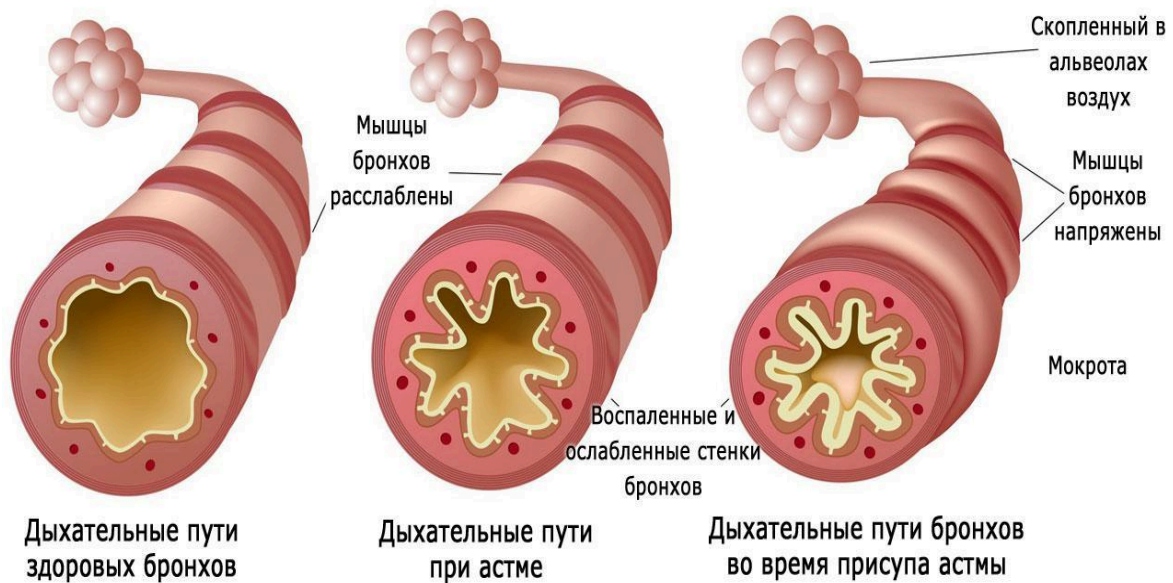


Рис.3.

Выделяют пять основных клинических типов астмы:

- атопическая;
- неатопическая;
- индуцируемая аспирином;
- профессиональная;
- аллергический бронхолегочной аспергиллёз.

Каждый тип имеет различные предрасполагающие факторы. Однако клинические признаки при всех типах схожи.

**Атопическая астма.** Атопическая астма характеризуется возникновением приступов при вдыхании различных веществ. Аллергенами могут быть пыль, пыльца растений, пищевые продукты, выделения и шерсть животных. Обычно этот тип астмы является наследственным. У данных больных могут развиваться и другие типы аллергических реакций, такие как сенная лихорадка и экзема.

Бронхоспазм возникает в результате реакций гиперчувствительности I типа.

Медиаторами бронхоспазма, повышенной сосудистой проницаемости и гиперсекреции слизи являются гистамин и медленнореагирующая субстанция анафилаксии (MPC-A). В результате освобождения анафилактического фактора хемотаксиса эозинофилов (ECF-A) в бронхиальной стенке накапливается большое количество эозинофилов. Иногда приступ может затягиваться, тогда говорят об астматическом статусе.

В результате сложного механизма реакций происходят следующие патоморфологические изменения:

- сужение бронхов, что приводит к ателектазу или, наоборот, переполнению альвеол воздухом;
- закупорка бронхов вязкой мокротой;
- воспаление бронхов;

- появление спиралей Куршмана: спирали из слущенного эпителия и мокроты;
- появление кристаллов Шарко-Лейдена: кристаллы в агрегатах эозинофилов;
- гипертрофия слизистых желез;
- гипертрофия гладкой мышечной ткани бронхов;
- утолщение базальной мембраны.

Воспаление из бронхов может распространяться на бронхиолы, что приводит к локальной обструкции, что является причиной развития централобулярной эмфиземы.

### **Профилактика ХОБЛ**

#### **Первичная профилактика.**

ХОБЛ – заболевание, которое можно предотвратить. Для этого необходимо:

- отказаться от курения;
- избегать воздействия вредных факторов производства и окружающей среды (пыли, паров кислот и щелочей, других химических частиц, содержащихся в воздухе, продуктов сгорания биоорганического топлива).

**Вторичная профилактика** - направлена на замедление прогрессирования заболевания:

- адекватная физическая нагрузка (направлена на тренировку дыхательных мышц): ходьба в умеренном ритме, плавание, дыхательная гимнастика (по различным методикам: надувание шариков, выдувание воздуха через соломинку, диафрагмальное дыхание);
- вакцинация (для предотвращения инфекционных заболеваний, провоцирующих обострение ХОБЛ) – пневмококковой, гриппозной вакцинами. Оптимальное время вакцинации: октябрь – середина ноября. В дальнейшем эффективность вакцинации значительно уменьшается;
- постоянный прием назначенных врачом препаратов. ХОБЛ характеризуется хроническим воспалительным процессом, поэтому нельзя ограничиваться только препаратами для расширения бронха (за исключением ранних стадий), необходимо постоянное использование противовоспалительных средств;
- правильное пользование ингаляторами – зачастую отсутствие эффекта от назначенных препаратов связано с неправильной техникой ингаляции. Просите Вашего врача объяснить Вам, как правильно пользоваться назначенным ингалятором. Препарат должен поступать строго в бронхиальное дерево, в противном случае эффект от терапии значительно снижается вплоть до полного отсутствия [инт. рес. 4.].

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Этиологию заболеваний органов дыхания
2. Острый бронхит

3. Пневмонии
4. Острые деструктивные процессы в легких
5. Эмфизема легких
6. Бронхиальная астма
7. Профилактика ХОБЛ

## **Лекция 8. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы**

### **План:**

- Острая сосудистая недостаточность
- Определение, причины, основные симптомы заболеваний органов кровообращения
- Основные синдромы при болезнях органов кровообращения
- 

### **Болезни органов кровообращения**

Острая сосудистая недостаточность - коллапс. Коллапс - внезапно наступающее состояние резкой слабости вследствие падения кровяного давления и уменьшения кровоснабжения жизненно важных органов. Острая сосудистая недостаточность часто протекает одновременно с острой сердечной недостаточностью. В этом случае создается большая опасность для жизни животного.

**Этиология.** Токсические поражения венномоторных центров, наблюдаемые при некоторых острых инфекционных болезнях, интоксикациях (диффузный острый перитонит), анафилактических состояниях, экзогенных отравлениях, сильных болях и т. п.

**Симптомы.** Коллапс возникает в момент максимального развития или в конце предшествующей ему болезни. При этом быстро развивается прогрессирующая слабость - животное с трудом удерживается на конечностях, шатается при движении, безучастно к окружающему. Отмечаются бледность всех слизистых оболочек и кожи, понижение общей температуры тела (до 37° у крупных животных), уши и конечности становятся холодными. Пульс слабый, малый, очень частый (до 120 у коров и лошадей). Вены спадаются и становятся плохо заметными. Дыхание частое, поверхностное.

**Лечение.** Полный покой, чистое, хорошо вентилируемое помещение, мягкая подстилка. Под кожу немедленно вводят в обычных дозах средства, стимулирующие сердечную деятельность и тонизирующие сосуды, - адреналин, дигален, кардиамин, камфару; внутривенно вливают глюкозу. Наряду с этим при развитии коллапса на почве инфекционных болезней применяют антибиотики, сульфаниламидные и биологические препараты. При коллапсе вследствие отравления минеральными веществами или ядовитыми травами промывают рубец у жвачных и желудок у лошади, дают рвотные

препараты свинье и собаке, после чего применяют противоядие и дают внутрь солевые слабительные.

При болезнях органов кровообращения больные могут предъявлять различные жалобы: боли в области сердца и за грудиной, одышка, сердцебиение, перебои в сердце, жудыше, отеки, цианоз головная боль, увеличение печени, слабость.

### **1. Боль в области сердца или за грудиной.**

Боли в области сердца являются важным и частым симптомом у больных с сердечно - сосудистой патологией. Выделяют коронарные боли (ишемические, стенокардия) и некоронарные (кардиалгии). Наиболее опасными являются ишемические боли в сердце в результате недостаточного кровоснабжения сердечной мышцы «ишемия миокарда», вследствие чего в ней накапливаются продукты недоокисленного обмена (молочная, бета-оксималяная, ацетоуксусная и др. кислоты), которые раздражают болевые рецепторы. Такие боли имеют четкую характеристику: они сжимающего или давящего характера, кратковременные (3—5 мин), возникают приступообразно, чаще всего во время физической нагрузки, локализуются за грудиной и иррадируют в левую лопатку, плечо, 4-5 палец левой руки, сопровождаются чувством страха и прекращаются после приема нитроглицерина или уменьшения физической нагрузки и снимаются покоем или приемом нитроглицерина.

При других болезнях боли, как правило, ноющего, колющего характера, продолжительность их различна, интенсивность невелика, причинами болей в области сердца могут быть воспалительные процессы в миокарде (миокардит), перикарде (перикардит), коронарных сосудах, метаболические нарушения. Боли, связанные с воспалительным процессом в сердце, ноющие, длительные, локализуются в области левого соска.

Боли в области сердца могут возникать и при заболеваниях других органов, например плевральные боли, при остеохондрозе грудного отдела позвоночника, заболеваниях пищевода, ребер и реберных хрящей.

### **2. Одышка.**

Одышка (dyspnoe) - затрудненное дыхание с изменением его частоты, глубины и ритма, проявляющееся ощущением нехватки воздуха. Одышка - наиболее раннее и постоянное проявление недостаточности кровообращения. Сердечная одышка зависит от нарушения кровообращения и в первую очередь в малом круге (например, при снижении ударного объема левого желудочка на почве инфаркта миокарда, стенозе левого атриовентрикулярного отверстия). При застое в малом круге кровообращения снижается парциальное давление кислорода, повышается содержание углекислоты в крови, что приводит к раздражению дыхательного центра, учащению и углублению дыхания, т.е. одышке.

Сердечная одышка характеризуется нарушением дыхания в обе фазы (вдоха и выдоха) и носит название смешанной. Реже встречается инспираторная одышка, когда затруднен только акт вдоха.

Сердечная одышка возрастает при физической нагрузке и после еды. Особенностью этой одышки является ее усиление при нахождении больного в горизонтальном

положении, что заставляет его больше находиться в сидячем или полусидячем положении, принимать вынужденное положение ортопноэ.

**3. Удушье (редко, постоянно).** Быстро развивающаяся и очень сильная одышка, при которой больной буквально задыхается и близок к асфиксии, называется удушьем. Удушье, возникающее периодически и внезапно, при заболеваниях сердца называется сердечной астмой. Оно возникает вследствие острого развития слабости левого желудочка, что приводит к значительному повышению давления и застою в малом круге кровообращения, способствует пропотеванию жидкости из капилляров в альвеолы и развитию отека легких.

**3. Сердцебиение**(постоянное, периодическое, связь с нагрузкой). Здоровый человек не чувствует биений своего сердца в покое и при умеренной физической нагрузке. Однако при значительной нагрузке (после интенсивного бега, при сильном волнении, при высокой температуре) он ощущает сердцебиение.

При заболеваниях сердца сердцебиения могут возникать ощущаться уже при незначительной нагрузке или в покое. Причина возникновения сердцебиения: снижение сократительной функции сердца, когда сердце за одно сокращение выбрасывает меньше крови в аорту по сравнению с нормой ( $\downarrow$  УО). Поэтому для компенсации кровоснабжения органов и тканей сердце начинает сокращаться чаще ( $\uparrow$  ЧСС - тахикардия), работа сердца в таком режиме является неблагоприятной, так как укорачивается время диастолы.

Перебои. Ощущение неритмичной работы сердца (аритмии) в виде чувства замирания, остановки, короткого сильного удара. Перебои могут быть единичными или более длительными, постоянными. Они могут сочетаться с тахикардией или происходить на фоне нормального ритма. Причиной перебоев могут являться нарушения сердечного ритма, экстрасистолы (внеочередные сокращения сердца), мерцательная аритмия (потеря предсердиями ритма сокращения), различные виды нарушений в проводящей системе сердца, изменения в сердечной мышце.

**4. Кашель** у сердечных больных является следствием застойного полнокровия легких при сердечной недостаточности и развития застойного бронхита. Кашель при этом обычно сухой, иногда выделяется небольшое количество мокроты.

**5. Кровохарканье.** Кровохаркание - появление крови в мокроте. У сердечных больных кровохаркание в большинстве случаев обусловлено застоем крови в малом круге кровообращения и выходом эритроцитов через стенку капилляров (митральный стеноз, врожденные пороки сердца).

**6. Отеки (пастозность, значительные, видимые на глаз, локализация). Отек (oedema) - избыточное** накопление жидкости в тканях и серозных полостях организма. Отеки сердечного происхождения связаны с венозным застоем на почве сердечной недостаточности и увеличением фильтрации жидкости из крови в ткани. Как правило, сердечные отеки вначале появляются на стопах, в области лодыжек, чаще к вечеру, после длительного нахождения в вертикальном положении. По мере нарастания сердечной недостаточности отеки образуются на голенях, бедрах, мошонке, пояснице, увеличивается печень. Скопление жидкости в плевральных полостях называется гидроторакс, в перикарде - гидроперикард, в брюшной полости - асцит. Водянка (общий отек) -

значительное накопление жидкости в тканях, особенно в подкожной клетчатке (анасарка). Отечная жидкость прозрачна, золотисто - желтого цвета, бедна белком.

Для контроля потребляемой пациентом жидкости и предупреждения у него отеков проводится взвешивание пациента, определение водного баланса (соотношения потребленной пациентом жидкости за сутки к суточному количеству мочи). Водный баланс может быть положительным (мочи за сутки выделяется больше потребленной жидкости) и отрицательный (при задержке жидкости в организме). У здорового человека суточное количество мочи составляет 75—80 % потребленной жидкости

**7. Цианоз.** Синюшное окрашивание губ, кончика носа, пальцев рук и ног. Цианоз может появиться раньше отеков, синюшное окрашивание обусловлено просвечиванием через кожу крови, содержащей увеличенное количество восстановленного гемоглобина вследствие замедленного тока крови в капиллярах.

**8. Головная боль и головокружение.** Головная боль может быть в затылочной области и связана с повышением артериального давления и застоя крови в задней черепной ямке, чаще бывает в утренние часы после сна. Головокружение - неспособность удержать равновесие, "теряется почва под ногами", а окружающие предметы как бы уплывают. Головокружение у сердечных больных чаще обусловлено ухудшением мозгового кровообращения (при аортальных пороках сердца, выраженной брадикардии, повышении АД).

**9. Другие симптомы.** У больных с патологией сердечно - сосудистой системы часто выявляются и общие жалобы: слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, плохой сон и т.д. Эти признаки обусловлены в основном нарушением функционального состояния центральной нервной системы на почве снижения мозгового кровообращения

### **Основные синдромы при болезнях органов кровообращения:**

1. Болевой синдром:

Подробно описывая и анализируя боли в области сердца необходимо выделить:

1) Острую коронарную недостаточность (коронарогенные боли):

а) стенокардию: - типичная локализация и иррадиация; - кратковременность боли (~ 20 мин.); - стереотипность боли: четкую связь с физической нагрузкой и/или возникновение боли в покое (чаще по ночам, в одно и то же время); - быстрое купирование нитроглицерином;

б) болевой синдром при остром инфаркте миокарда:

- более интенсивные боли; - более продолжительные (20-30 мин.), - не купируются нитроглицерином; - возможен абдоминальный клинический вариант;

2) Кардиалгии (некоронарогенные боли):

- локализация в области верхушки или слева от грудины; - длительные боли, колющие ноющие, несвязанные с физической нагрузкой; - нет четкой стереотипности; - не купируются нитроглицерином;

2. Синдром артериальной гипертензии :

- головные боли; - признаки "гипертонической энцефалопатии" (наиболее ярко выражены при гипертонических кризах) : резкие головные боли, шум в ушах, головокружение, "туман", "пелена", мушки перед глазами, дезориентация в пространстве и времени, тошнота и рвота, не приносящая облегчения, ухудшение зрения; снижение памяти, внимания; - могут быть кардиалгии или стенокардия, одышка; - гиперемия или бледность кожи; - - подъем АД.

3. Синдром аритмий (нарушения ритма и проводимости) :

- ощущение перебоев в работе сердца; - ощущение сердцебиений; - неритмичный пульс, неритмичные тоны сердца; - возможен дефицит пульса; - неправильный и/или несинусовый ритм по ЭКГ; - ЭКГ-признаки;

4. Синдром недостаточности кровообращения:

1) Левожелудочковая сердечная недостаточность (недостаточность по малому кругу кровообращения):

- одышка, (усиливающаяся в горизонтальном положении)  
- сухой кашель, (усиливающийся в горизонтальном положении), кровохарканье  
- приступы удушья (сердечная астма и/или отек легких)  
- легкий акроцианоз;  
- положение ортопноэ;  
- влажные незвонкие хрипы в легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания;

2) Правожелудочковая сердечная недостаточность :

- выраженный акроцианоз;  
- отеки ног и поясницы;  
- набухание шейных вен;  
- увеличение печени (закругленный край, плотно-эластическая консистенция, болезненная печень)  
- гидроторакс (чаще правосторонний)  
- асцит;  
- редко – гидроторакс;  
- отек мошонки и полового члена;

5. Острая сосудистая недостаточность:

- возникает внезапно;  
- резкая слабость, головокружение, затемнение сознания, шум в ушах;  
- снижение АД;  
- пульс малого наполнения и напряжения;  
- тахикардия;  
- ослабление тонов сердца;

6. Синдром хронического легочного сердца:

1) Стадия компенсации :

- наличие у больного хронических обструктивных заболеваний легких (хронического бронхита, бронхиальной астмы, вторичной обструктивной эмфиземы легких)  
- усиление сердечного толчка и эпигастральной пульсации;  
- смещение вправо правой границы относительной тупости сердца (при наличии дилатации ПЖ)  
- правый тип ЭКГ, (P-pulmonale)

- рентгенологические данные: расширение сердца в поперечнике за счет правых отделов при наличии дилатации и изменения в легких;

2) Стадия декомпенсации: то же +застой по правому кругу кровообращения

Методы диагностики заболеваний органов кровообращения.

Жалобы больного: боли в области сердца или за грудиной (связь с нагрузкой, локализация, иррадиация, длительность), одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца и реже - головокружение, кашель, кровохарканье, отеки, боль в правом подреберье.

Профилактикой заболеваний органов системы кровообращения является ведение здорового образа жизни, регулярные пробежки, пребывание на свежем воздухе вдали от загазованности крупных городов, соблюдение распорядка дня, правильное питание, а также регулярное проведение профилактического медицинского осмотра.

Следует запомнить, что при появлении малейших болей в области сердца необходимо сразу же обратиться к врачу, а также сдать все назначенные им анализы и обязательно сделать кардиограмму сердца.

Причинами, влияющими на возникновение заболеваний органов кровообращения, могут быть самые различные факторы. В результате заболеваний системы кровообращения поражаются самые различные внутренние органы, например такие как: сердце, артерии, вены и т.д. Чаще всего в результате заболевания органов кровообращения поражается сердце человека, исходом этого может стать недостаточность обращения крови в сосудах организма [инт. рес. 4.].

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. **Определение** сердечно – сосудистых заболеваний
2. **Причины** возникновения сердечно – сосудистых заболеваний
3. **Основные симптомы** заболеваний органов кровообращения;
4. **Методы** обследования заболеваний органов кровообращения;
5. **Принципы** лечения заболеваний органов кровообращения
6. **Уход, профилактика** сердечно - сосудистых заболеваний

## Лекция 9. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения.

### План:

- Определение острого гастрита, хронических гастритов, типы (А, язвенной болезни и рака желудка В).
- Причины, основные симптомы.
- Оказание первой доврачебной помощи при отравлении.
- Принципы лечения и уход.
- Диспансеризация.
- Роль медсестры в консультировании по вопросам диетотерапии, деонтология. Осложнения язвенной болезни и рака желудка.

### Определение острого гастрита, хронических гастритов, типы (А, язвенной болезни и рака желудка В).

**Гастрит** (лат. gastritis, от др.-греч. γαστήρ [gaster] «желудок» + суффикс -itis «воспаление») — воспалительные или воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки желудка; длительно протекающее заболевание, характеризуется дистрофически-воспалительными изменениями, протекает с нарушением регенерации, а также с атрофией эпителиальных клеток и замещением нормальных желёз на фиброзную ткань. Прогрессирование заболевания ведёт к нарушению основных функций желудка, прежде всего секреторной (Рис. 1.).

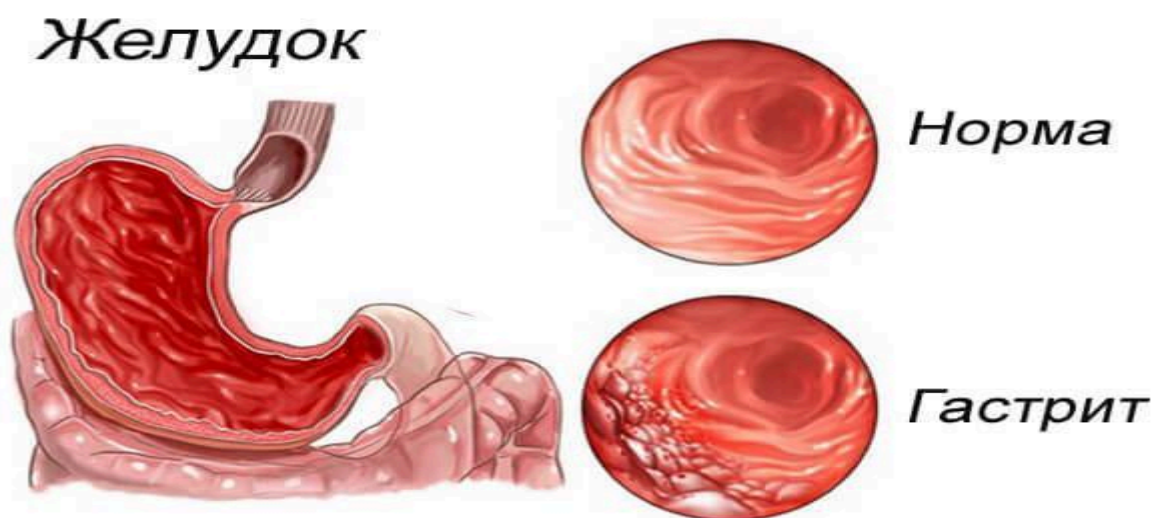


Рис.1.

**Гастрит** — это морфологический диагноз, который может не иметь клинического эквивалента и протекать бессимптомно. А клинический диагноз, жалобы, предъявляемые пациентом, укладываются в диагноз функциональная диспепсия, с ведущим для неё вариантом (синдром эпигастральной боли, либо пост-прандиальный дистресс-синдром).

Итак, необоснованно ставя (не подтверждая морфологическим исследованием биоптата) диагноз хронический гастрит, врач берёт на себя ответственность, так как это потенциально предраковое заболевание и такая группа пациентов должна подвергаться диспансеризации. При степени 1-2, — 1 раз в год, при степени атрофии 3-4, — 1 раз в 6 месяцев.

### **Острый гастрит**

Острым гастритом называют острое воспаление слизистой оболочки желудка, вызванное разовым воздействием сильных раздражителей. Острый гастрит часто развивается вследствие попадания в желудок химических раздражающих веществ, приёма некоторых лекарств, употребления некачественной и заражённой болезнетворными микроорганизмами пищи. Кроме того, острый гастрит может возникать и на фоне других общих заболеваний, часто — при острых инфекциях или нарушениях обмена веществ.

В зависимости от клинических проявлений и характера повреждения слизистой оболочки желудка рассматривают следующие типы острого гастрита: катаральный, фибринозный, коррозионный и флегмонозный:

**Катаральный гастрит** (лат. gastritis catarrhalis, син. простой гастрит, банальный гастрит) является чаще всего следствием пищевых отравлений и неправильного питания. Он характеризуется инфильтрацией лейкоцитов в слизистую оболочку желудка, воспалительной гиперемией, дистрофическими изменениями эпителия.

**Фибринозный гастрит** (лат. gastritis fibrinosa, син. дифтеритический гастрит) возникает при отравлении кислотами, сулемой или при тяжёлых инфекционных заболеваниях. Острый фибринозный гастрит проявляется дифтеритическим воспалением слизистой оболочки желудка.

**Коррозионный гастрит** (лат. gastritis corrosiva, син. некротический гастрит, токсико-химический гастрит) возникает из-за попадания в желудок концентрированных кислот или щелочей, солей тяжёлых металлов. Коррозионный гастрит характеризуется некротическими изменениями тканей желудка.

**Причины флегмонозного гастрита** (лат. gastritis phlegmonosa) — травмы и осложнения после язвенной болезни или рака желудка, некоторых инфекционных болезней. Характеризуется гнойным расплавлением стенки желудка и распространением гноя по слизистому слою.

### **Лечение острого гастрита**

Главным при лечении острого гастрита является устранение причин его возникновения. Для очищения желудка больному дают выпить 2-3 стакана теплой воды и вызывают рвоту. При токсикоинфекционных или химических отравлениях в первые часы промывают желудок тёплой водой, используя для этого толстый желудочный зонд. Промывание проводится до чистых вод. В течение первых суток пища не принимается, назначается тёплое дробное питьё (предпочтительнее) или водно-чайная диета. Затем диету постепенно расширяют, придерживаясь принципа механического, термического и химического щажения. Постепенно включают в рацион слизистые супы, жидкие протертые каши, кисели, фруктовые желе, яйцо всмятку, сухари из белой муки.

Для устранения болей принимают спазмолитики, холинолитики, антациды. Рекомендуется приём энтеросорбентов (смекта и другие). При рвоте назначают прокинетики. При остром токсикоинфекционном гастрите — антибиотики

(аминогликозиды, фторхинолоны, бисептол и другие). При тяжёлом остром гастрите для коррекции водно-электролитных нарушений вводят парентерально раствор глюкозы, физиологический раствор, препараты калия.

### **Хронический гастрит**

#### **Хьюстонская классификация хронического гастрита:**

- гастрит А — аутоиммунный характеризуется образованием антител в обкладочных клетках фундального отдела вследствие появления антигенных свойств белковых структур клеток. Этот тип гастрита сопровождается пернициозной анемией (из-за нарушения выработки фактора Кастла).
- гастрит В — бактериальный; вследствие обсеменения инфекцией *Helicobacter pylori*. В 90 % случаев хронического гастрита встречается именно этот тип.
- гастрит С — рефлюкс-гастрит; вследствие заброса в желудок желчных кислот и лизолецитина.

#### **Этиология хронического гастрита**

Появление и развитие хронического гастрита определяется воздействием на ткани желудка многих факторов. Основными внешними (экзогенными) этиологическими факторами, способствующими возникновению хронического гастрита, являются:

- наиболее существенный — заражённость желудка *Helicobacter pylori* и, в меньшей степени, другими бактериями или грибами;
- нарушения питания;
- вредные привычки: алкоголизм и курение;
- длительный приём лекарств, раздражающих слизистую оболочку желудка, в особенности, глюкокортикоидных гормонов и нестероидных противовоспалительных препаратов, ацетилсалициловой кислоты;
- воздействие на слизистую радиации и химических веществ;
- паразитарные инвазии;
- хронический стресс

Внутренними (эндогенными) факторами, способствующими возникновению хронического гастрита, являются:

- генетическая предрасположенность;
- дуоденогастральный рефлюкс;
- аутоиммунные процессы, повреждающие клетки желудка
- эндогенные интоксикации;
- гипоксемия;
- хронические инфекционные заболевания;
- нарушения обмена веществ;
- эндокринные дисфункции;
- недостаток витаминов;
- рефлексорные воздействия на желудок от других поражённых органов

#### **Клинические проявления**

Хронический гастрит клинически проявляется как местными, так и общими расстройствами, которые, как правило, появляются в периоды обострений:

Местные расстройства характеризуются симптомами диспепсии (тяжесть и чувство давления, полноты в подложечной области, появляющиеся или усиливающиеся во время еды или вскоре после еды, отрыжка, срыгивание, тошнота, неприятный привкус во рту, жжение в эпигастрии, нередко изжога, которая говорит о нарушении эвакуации из желудка и забросе желудочного содержимого в пищевод). Эти проявления чаще возникают при определенных формах хронического антрального гастрита, которые ведут к нарушению эвакуации из желудка, повышению внутрижелудочного давления, усилению гастроэзофагеального рефлюкса и обострению всех перечисленных симптомов. При хроническом гастрите тела желудка проявления встречаются нечасто и сводятся преимущественно к тяжести в эпигастральной области, возникающей во время или вскоре после еды.

**Общие расстройства могут проявляться следующими синдромами:**

слабостью, раздражительностью, нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы — кардиалгии, аритмии, артериальной неустойчивостью;

у пациентов с атрофическим хроническим гастритом может развиваться симптомокомплекс, схожий с демпинг-синдромом (внезапная слабость, бледность, потливость, сонливость, возникающие вскоре после еды), иногда сочетающихся с расстройствами кишечника, с императивным позывом к стулу;

у пациентов с хроническим гастритом тела желудка и развитием В12-дефицитной анемии появляются слабость, повышенная утомляемость, сонливость, наблюдается снижение жизненного тонуса и утрата интереса к жизни; возникают боли и жжение во рту, языке, симметричные парестезии в нижних и верхних конечностях;

у пациентов с *Helicobacter pylori*-ассоциированным антральным хроническим гастритом с повышенной кислотностью возможно развитие язвенноподобных симптомов, свидетельствующих о возможном предъязвенном состоянии.

**Лечение**

**Режим питания**

При обострении гастрита необходима щадящая диета. Больным гастритом противопоказаны шоколад, кофе, газированные напитки, алкоголь, консервы, концентраты и суррогаты любых продуктов, пряности, специи, а также продукция предприятий быстрого питания, блюда, провоцирующие брожение (виноград, чёрный хлеб и т. п.), копчёная, жирная и жареная пища, изделия из сдобного теста. При этом питание должно быть разнообразным и богатым белками и витаминами. По окончании острого состояния питание должно становиться полноценным с соблюдением стимулирующего принципа в период ремиссии у больных с пониженной кислотностью. Рекомендуется дробный приём пищи, по 5-6 раз в сутки.

**Купирование обострения хронического гастрита**

Лечение рецидива хронического гастрита производят амбулаторно, курс лечения, включая диагностику, рассчитан на 14 дней. Из медикаментозных средств для лечения хронического гастрита применяют ингибиторы протонного насоса, блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, прокинетики, селективные M-холинолитики.

**Оказание первой доврачебной помощи при отравлении**

Отравление возникает при попадании в организм яда, которым может быть всякое вещество, оказывающее вредное воздействие, а иногда даже приводящее к летальному исходу. Важно помнить, что яд может попадать различными путями: через рот, легкие,

кожу (чаще у детей), слизистые оболочки (глаза, нос и т.п.), укусы насекомых и змей. От того, каким путем попал яд в организм, а также от состояния больного, во многом зависит первая помощь и лечение отравления.

#### **Задачи первой помощи при отравлении:**

Остановить или ограничить поступление яда в организм.

Как можно скорее вывести уже попавший яд, если это возможно.

Обеспечить пострадавшему безопасные условия.

Привести пострадавшего в чувства, при необходимости - провести искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.

Как можно скорее доставить пострадавшего в больницу.

Первая помощь может быть оказана как посторонними людьми, так и самим пострадавшим. Часто оказывается, что вовремя оказанная первая помощь в лечении отравления помогает спасти жизнь. Согласно статистике, в подавляющем большинстве случаев бытовые отравления составляют 97-98%, тогда как производственные всего 2-3%. Бытовые отравления подразделяются на алкогольные интоксикации, несчастные случаи в быту и суицидальные отравления, предпринятые умышленно. В литературе описаны более 500 отравляющих веществ.

#### **Основные признаки и симптомы отравления**

- тошнота, рвота
- холодный пот
- озноб
- судороги
- внезапная вялость
- сонливость
- жидкий стул;
- головная боль и головокружение.
- угнетение дыхательной функции и нарушения сознания (в тяжелых случаях)
- слюнотечение и/или слезотечение
- ожоги вокруг губ, на языке или на коже
- странная манера поведения пострадавшего (Рис. 2.).

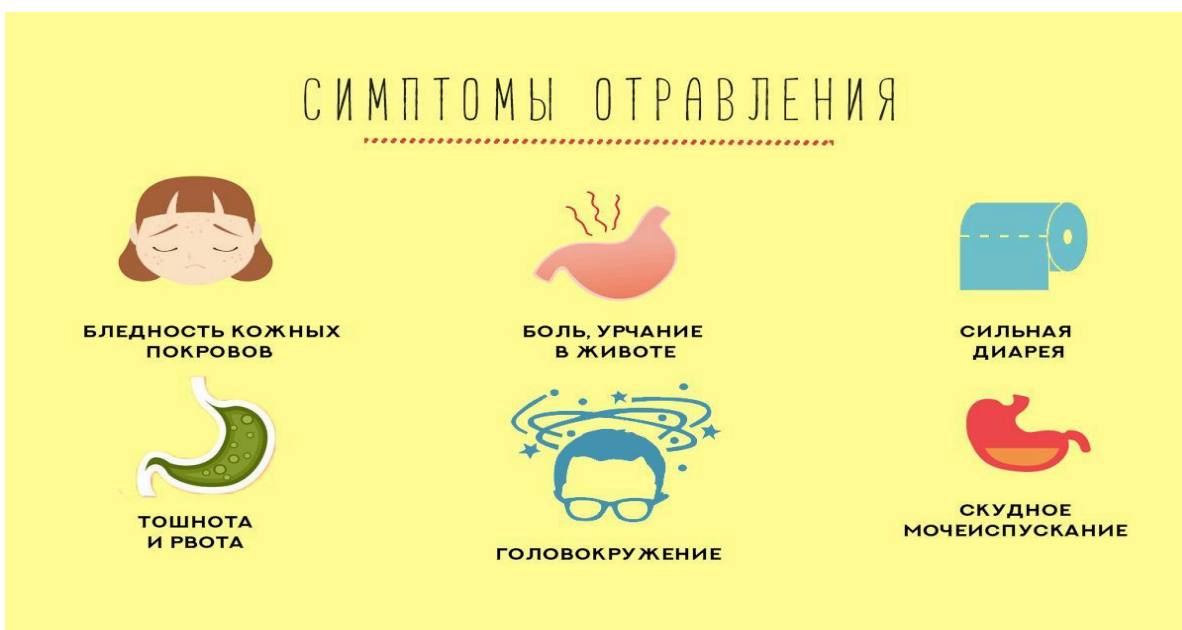


Рис.2.

Что делать при отравлении в зависимости от пути попадания яда:

При отравлении алкоголем, недоброкачественной пищей, грибами, ядовитыми растениями и их плодами и пр. ядами, когда яд в организм поступает через рот. Если пострадавший в сознании, ему дают выпить большое количество жидкости, затем вызывают рвоту надавливанием на корень языка (для лиц старше 6 лет) пальцами, процедуру повторяют до чистых промывных вод.

После промывания желудка в лечении отравления используют растолченный активированный уголь (1 таблетка на 10 кг веса), смекту и др. сорбенты. Можно принять белую глину, солевое слабительное средство.

Пострадавшего укладывают в восстановительное положение - на бок (чтобы он не захлебнулся рвотными массами), согревают с помощью грелок ноги. Дают обильное питье (для этого подойдет чай, вода).

Как можно скорее вызывают бригаду скорой медицинской помощи для госпитализации пострадавшего, так как его состояние может ухудшиться. Желательно сохранить и передать врачу вещество, которым отравился больной.

При отравлении кислотами (уксус) и щелочами промывать желудок нельзя.

При отравлении газообразными химическими веществами (угарный газ, окислы азота, аммиака, пары брома, фтористого водорода, хлор, сернистый газ, и др.), когда яд поступает в организм через легкие при вдыхании. По частоте отравлений газами, отравление угарным газом происходит чаще, чем отравления другими газообразными ядами. Угарный газ образуется при сжигании любого вида топлива: газа, нефти, керосина, древесины или угля.

При отравлении угарным газом, пострадавшего в первую очередь нужно вывести на свежий воздух, обеспечить ему удобное горизонтальное положение, освободить от стесняющей одежды [инт. рис. 4.].

Необходимо растереть тело пострадавшего, затем тепло укутать, приложить согревающие грелки к его ногам, дать понюхать ватку с нашатырным спиртом, если пострадавший в сознании - ему можно прополоскать горло и рот раствором соды. В случае отсутствия

дыхания или его значительного ослабления нужно начать проведение искусственного дыхания.

Независимо от степени отравления пострадавшего госпитализируют в стационар, на случай, если позднее возникнут осложнения со стороны нервной и дыхательной систем; При отравлении токсическими веществами, проникающими через кожный покров (некоторые ядовитые растения, химические растворители и средства от насекомых-ФОС-фосфорорганическими соединениями (карбофос, дихлофос и др.)), яд в организм проникает через кожу и слизистые поверхности.

При попадании ядовитого вещества на кожу нужно как можно быстрее снять это вещество с поверхности кожи ватным или марлевым тампоном или тряпкой, стараясь не размазывать его на поверхности кожи.

После этого кожу следует хорошо обмыть теплой водой с мылом или слабым раствором пищевой (пищевой) соды, обработать место поражения на коже 5—10%-ным раствором нашатырного спирта. При наличии раны, например ожога, наложите чистую или стерильную влажную повязку. Далее дважды промыть желудок 2%-ным раствором пищевой соды (1 ч. л. соды на 1 стакан воды).

Затем следует выпить 0,5 стакана 2%-ного раствора пищевой соды с добавлением активированного угля или солевое слабительное. Пострадавшему дают выпить крепкий чай. Дождаться прибытия бригады скорой медицинской помощи.

При попадании отравляющего вещества в глаза надо немедленно промыть их струей воды при открытых веках. Промывание должно быть тщательным в течение 20-30 минут, так как даже небольшое количество ядовитого вещества, попавшего в глаза, может вызвать их глубокие поражения. После промывания глаз следует наложить сухую повязку и немедленно обратиться к главному.

### **Роль медсестры в консультировании по вопросам диетотерапии, деонтология**

#### **Основные принципы диетотерапии при заболеваниях системы пищеварения**

**Основными требованиями к диетотерапии при заболеваниях органов пищеварения являются следующие:**

Контроль энергетической ценности рациона, количества и качественного состава белков, жиров, углеводов, пищевых волокон, содержания витаминов, макро- и микроэлементов, соответствующих индивидуальным потребностям больного с учетом нарушенных процессов пищеварения.

На всех этапах лечения (стационарном, санаторном, амбулаторном) диетическая терапия должна быть дифференцированной в зависимости от характера, тяжести течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний.

Индивидуализация диетотерапии на основе нутриметаболического анализа с учетом энергетических и пластических потребностей организма, состава тела, особенностей пищевого и метаболического статуса больных с заболеваниями системы пищеварения.

Оптимизация химического состава и энергетической ценности диеты за счет включения в рацион диетических (лечебных) пищевых продуктов, специализированных продуктов, смесей для энтерального питания и биологически активных добавок (БАД) к пище.

#### **Основные принципы диетотерапии при заболеваниях системы пищеварения**

**Рассмотрим основные принципы диетотерапии при заболеваниях системы пищеварения.**

## **Заболевания печени**

Обеспечение достаточным количеством полноценного белка (1,0–1,2 г/кг/день) с правильным соотношением животного и растительного белка с учетом нозологической формы заболевания.

Увеличение содержания белка в диете (до 110–120 г/день) при жировом и белковом гепатозе у истощенных лиц.

Ограничение потребления белка при прогрессировании печеночной недостаточности (декомпенсации функциональной способности печени, угрожающей коме и др.).

Адекватное содержание жира (70–80 г/день) в диете или его ограничение (до 50–60 г/день) при нарушении процессов всасывания и стеатореи.

Обеспечение содержания углеводов в диете на уровне 50–60 % от энергетической ценности рациона.

Обогащение диеты витаминами (В1, В2, В6, В12, аскорбиновой кислотой, фолатов и др.).

Контролируемое количество поваренной соли в диете (с ограничением содержания натрия до 2 г/день при отеках и асците).

Включение в стандартную диетотерапию специализированных продуктов питания: смесей белковых композитных сухих с целью проведения белковой коррекции рациона.

**Заболевания желчевыводящих путей с синдромом холестаза**

Обеспечение активного влияния основных компонентов диетотерапии на желчевыделительную функцию, что препятствует развитию желчезастойного синдрома, а при наличии запоров способствует улучшению двигательной функции кишечника.

Увеличение в диете количества растительных масел, обладающих выраженным желчегонным действием.

Широкое включение в диету овощей, фруктов и ягод, обеспечивающее возбуждающее действие на секрецию желчи и других пищеварительных соков, способствующее устранению запоров.

Одновременное введение в рацион овощей и растительных масел с целью усиления желчевыделительной деятельности.

Повышение содержания пищевых волокон в диете за счет их традиционных источников (зерновых, круп, овощей, фруктов), а также диетических продуктов, обогащенных пищевыми волокнами.

Частый прием небольших количеств пищи в одни и те же часы, что способствует лучшему оттоку желчи.

При наличии у больного желчнокаменной болезни желчегонное действие растительных масел может служить противопоказанием для их активного введения в диету, поскольку усиление сократительной и двигательной функции желчного пузыря может сопровождаться приступом желчной колики.

Проведение белковой коррекции лечебных рационов смесями белковыми композитными сухими.

## **Заболевания желчевыводящих путей в период обострения**

В острый период болезни (острый холецистит или обострение хронического холецистита) лечебное питание больных строится с учетом максимального щажения всей пищеварительной системы.

В первые дни болезни рекомендуется только введение жидкости. Назначается питье (некрепкий чай, минеральная вода без газа пополам с кипяченой водой, сладкие соки, соки из фруктов и ягод, отвар шиповника) небольшими порциями.

Через 1–2 дня (в зависимости от уменьшения болевого синдрома) питание больных постепенно расширяется: сначала в ограниченном количестве назначается протертая пища (слизистые и протертые супы, протертые каши и т. д.), затем в диету включают нежирный творог, нежирное мясо в протертом виде, приготовленное на пару, нежирную отварную рыбу, пшеничные сухари.

Пища дается небольшими порциями, 5–6 раз в день.

Переход на более разнообразную пищу, в том числе и в непротертом виде (протирают только жилистое мясо и овощи, богатые клетчаткой, — капусту, морковь, свеклу), с исключением жареных продуктов осуществляется при хорошем общем самочувствии больного, после исчезновения болевого синдрома и диспепсических явлений.

Проведение белковой коррекции лечебных рационов смесями белковыми композитными сухими.

Заболевания желчевыводящих путей в период обострения сопутствующей патологии У больных, перенесших холецистэктомию, при обострении сопутствующих заболеваний органов пищеварения — гастрита, дуоденита, панкреатита и др., а также при наличии гипермоторной функции желчного пузыря и кишечника с склонностью к поносам диета строится с учетом максимального щажения всей пищеварительной системы.

В период обострения назначается вариант диеты с механическим и химическим щажением, способствующий уменьшению желчегонного эффекта, что достигается за счет тщательной кулинарной обработки пищи: измельчения, использования протертой пищи, проведения белковой коррекции диетических блюд СБКС, максимального удаления экстрактивных веществ, ароматических веществ, богатых эфирными маслами (редис, редька, репа и др.), исключения тугоплавких жиров (сала, лярда и др.) и продуктов, богатых холестерином (желтков яиц, субпродуктов, жирных сортов мяса и рыбы, вареных колбас и др.).

#### **Заболевания поджелудочной железы**

Лечебное питание, назначаемое при заболеваниях поджелудочной железы, по своему качественному и количественному составу и энергетической ценности должно соответствовать физиологическим потребностям организма.

Диетотерапия должна быть дифференцированной в зависимости от характера и стадии заболевания, от степени выраженности функциональных расстройств и метаболических нарушений, свойственных для острого и хронического панкреатита, от наличия осложнений, сопутствующих заболеваний и степени выраженности внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

При остром панкреатите нутритивная поддержка осуществляется путем парентерального питания, энтерального зондового питания, а также пероральным путем с дополнительным включением в диетотерапию смесей для энтерального питания.

После операций по поводу осложненного течения язвенной болезни (ушивания язвы, ваготомии) назначается вариант диеты с механическим и химическим щажением, с последующим переводом на основной вариант диеты.

После операции на желудке по поводу осложненного течения язвенной болезни или онкологического заболевания с прогрессирующей потерей массы тела и развитием белково-энергетической недостаточности назначается частое, дробное питание до 6 раз в

сутки с механическим и химическим щажением, вариант диеты с повышенным количеством белка.

В период длительной ремиссии заболевания назначается основной вариант стандартной диеты.

### **Осложнения язвенной болезни и рака желудка**

Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки  
К осложнениям язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки относятся: перфорация, переход язвы в рак (малигнизация), язвенный стеноз привратника, гастродуоденальные язвенные кровотечения, пенетрирующие язвы (указывается подлежащий орган), язва с формированием дивертикула.

Большинство осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки подлежит оперативному лечению.

### **Классификация показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки**

#### **Абсолютные:**

- перфорация;
- малигнизация;
- стеноз привратника.

#### **Условно абсолютные:**

- пенетрация;
- кровотечение.

#### **Относительные:**

- при отсутствии эффекта от консервативного лечения язвенной болезни желудка в течение 1 года, язвенной болезни 12-перстной кишки – 3 лет.

### **Перфорация язвы желудка и (или) 12-перстной кишки**

Соотношение перфораций 12-перстной кишки и желудка – 1:10.

Возможны перфорации в плевральную полость, в перикард, наружу.

#### **Классификация**

(В. В. Орнатский)

#### **По виду перфорации**

1. Типичная (в свободную брюшную полость) – 92 %.
2. Прикрытая (с временным закрытием перфорационного отверстия кусочком пищи, стенкой соседнего органа и т. п.) – 5-8,5 %.
3. Атипичная (в забрюшинное пространство):
  - между листками брюшины малого сальника;
  - забрюшинный отдел 12 п. к.;
  - кардиальный отдел желудка) – 3,7 %.

#### **По клиническому течению – 3 периода:**

- 1) стадия шока;
- 2) стадия мнимого благополучия;
- 3) стадия выраженного перитонита [инт. рис. 4.].

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Определение острого гастрита, хронических гастритов, типы (А, язвенной болезни и рака желудка В).
2. Причины, основные симптомы.

3. Оказание первой доврачебной помощи при отравлении.
4. Принципы лечения и уход.
5. Диспансеризация.
6. Роль медсестры в консультировании по вопросам диетотерапии, деонтология. Осложнения язвенной болезни и рака желудка.
7. Первая доврачебная помощь при желудочном кровотечении, перфорации язвы.
8. Роль медсестры в обучении пациентов по диетотерапии.
9. Определение хронического гепатита, цирроза печени, хронического холецистита, желчнокаменной болезни.
10. Причины, основные клинические симптомы, принципы лечения, уход.

### **Лекция 10. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы**

#### **План:**

- Определение острого и хронического гломерулонефрита, пиелонефрита, ОПН, ХПН, почечнокаменной болезни
- Этиологию, основные клинические симптомы
- Лабораторно-инструментальные методы исследования
- Принципы лечения и уход
- Особенности диетотерапии
- Диспансеризацию пациентов с заболеваниями почек
- Понятие о гемодиализе

#### **Определение острого и хронического гломерулонефрита, пиелонефрита, ОПН, ХПН, почечнокаменной болезни**

Гломерулонефрит представляет собой иммуно-воспалительную реакцию, которая поражает почечные клубочки, при этом имеются клинические проявления как со стороны почек, так и со стороны остальных органов и систем (Рис.1.).

# Гломерулонефрит

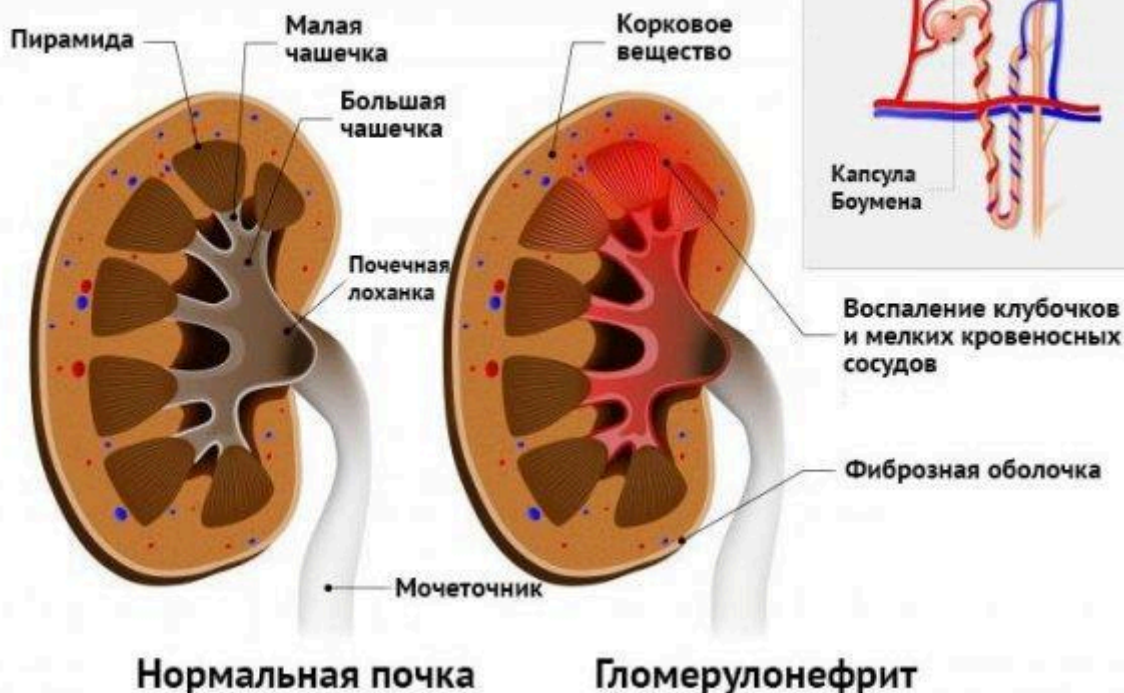


Рис.1.

Гломерулонефрит может классифицироваться по различным признакам. Так, по характеру течения выделяют:

## **Острый**

## **Хронический**

Латентный (выявляются только характерные изменения мочи и незначительное повышение артериального давления)

Быстро прогрессирующий.

Патологический процесс может быть в зависимости от причинных факторов:

Первичным – поражение почек является первоначальным

Вторичным – имеются системные иммуно-воспалительные заболевания, например, системная красная волчанка, ревматизм и другие.

Клинические формы гломерулонефрита представлены следующим образом:

Гематурическая, при которой в моче выявляется очень большое количество эритроцитов

- Нефротическая
- Смешанная
- Выделяют также активную и неактивную фазы заболевания.

## **Симптомы болезни**

Первые симптомы начинают появляться примерно через 2-3 недели после эпизода стрептококковой инфекции. Они различны и зависят от клинического варианта гломерулонефрита. Однако все симптомы делятся на две основные группы:

- Почечные
- Внепочечные.
- Начало заболевания может иметь классическую клиническую картину или проявляться только одним симптомом из трех классических:
- Повышение артериального давления
- Появление отеков
- Изменения в моче (наиболее типичный признак – это наличие эритроцитов в моче выше нормы).
- Причины болезни
- Основным причинным фактором является бета-гемолитический стрептококк, но могут быть и другие микроорганизмы.
- Иммунная система при развитии гломерулонефрита изначально работает неправильно, что и приводит к повреждению собственных тканей организма. В данном случае это почечные клубочки. Таким образом, это заболевание представляет собой сенсibilизацию организма к тем или иным микроорганизмам. При вторичных гломерулонефритах имеются системные нарушения в иммунной системе. Это преимущественно диффузные заболевания соединительной ткани.

**Принято выделяют предрасполагающие факторы, которые повышают вероятность развития аутоиммунного воспаления. К ним относятся:**

- Воздействие низких температур на организм
- Прием алкоголя в больших количествах
- Введение иммунных препаратов – это вакцины, сыворотки, иммуноглобулинов
- Предшествующие стрептококковые инфекции – ангина, ревматизм, поражения мягких тканей и т.д.

#### **Диагностика**

**Диагностический поиск при подозрении на гломерулонефрит включает в себя следующие дополнительные методы исследования:**

Общеклинический анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко (снижение или увеличение объема мочи, появление в моче белка (протеинурия), микрогематурия (эритроциты в моче))

- Общеклинический анализ крови (может быть повышена СОЭ, отмечается лейкоцитоз, эозинофилия)
- УЗИ почек
- Ревмопробы.
- Осложнения
- Отсутствие своевременного лечения острого гломерулонефрита приводит к следующим осложнениям:

#### **Острая недостаточность функции почек**

Поражение головного мозга (энцефалопатия), которое проявляется судорожным синдромом, потерей сознания, произвольно происходящими актами мочеиспускания и дефекации

Острая недостаточность функции сердца по левожелудочковому типу (очень высок риск смертельного исхода).

#### **Хронический гломерулонефрит может осложниться:**

- Злокачественным повышением артериального давления (эклампсией)

- Хронической недостаточностью сердца, печени и почек
- Обострением хронических инфекционно-воспалительных заболеваний
- Уремическим плевритом, перикардитом, перитонитом.

#### **Лечение болезни**

**Лечение гломерулонефрита основано на следующих принципах:**

- Иммуносупрессия (назначаются глюкокортикостероиды)
- Коррекция имеющихся патологических изменений (снижение артериального давления, повышение белка в крови и т.д.)
- Назначение антибиотиков, активных в отношении стрептококков, если они выявлены в организме.

#### **Группа риска**

**В группу риска включают пациентов с диффузными заболеваниями соединительной ткани, а также лиц, перенесших стрептококковую инфекцию.**

#### **Профилактика**

**Профилактические мероприятия включают в себя:**

- Предупреждение стрептококковых инфекций
- Воздействие на предрасполагающие факторы гломерулонефрита, то есть исключение переохлаждения, неправильного введения иммунных препаратов и т.д.
- Диета и образ жизни
- Образ жизни при гломерулонефрите выглядит следующим образом:
- Диетическое питание (исключаются острые, соленые, жареные продукты)
- Исключение переохлаждения
- Регулярное наблюдение у нефролога.

**Пиелонефрит** (греч. πύελός — корыто, лохань; νεφρός — почка) — неспецифический воспалительный процесс с преимущественным поражением канальцевой системы почки, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся поражением почечной лоханки (пиелит), чашечек и паренхимы почки (в основном её межуточной ткани). На основании пункционной и эксцизионной биопсии почечной ткани выявляются три основных варианта течения заболевания:

- острый;
- хронический;
- хронический с обострением.

**Пиелонефрит** — наиболее частое заболевание почек во всех возрастных группах. Заболевание выявляется в 8—20 % вскрытий. Девочки и женщины молодого и среднего возраста болеют в 6 раз чаще мальчиков и мужчин (Рис.2.).

# Понятие о заболевании.

- **Пиелонефрит** - это заболевание почек воспалительного характера, которое при неблагоприятных условиях вызывается рядом микроорганизмов.
- По своему течению пиелонефрит может быть острым и хроническим. Хронический пиелонефрит развивается на протяжении длительного времени (10-15 лет) и заканчивается сморщиванием почек. Если сморщивается только одна почка, то вторая принимает на себя функции больной почки. Если поражены оба органа, то развивается хроническая почечная недостаточность.

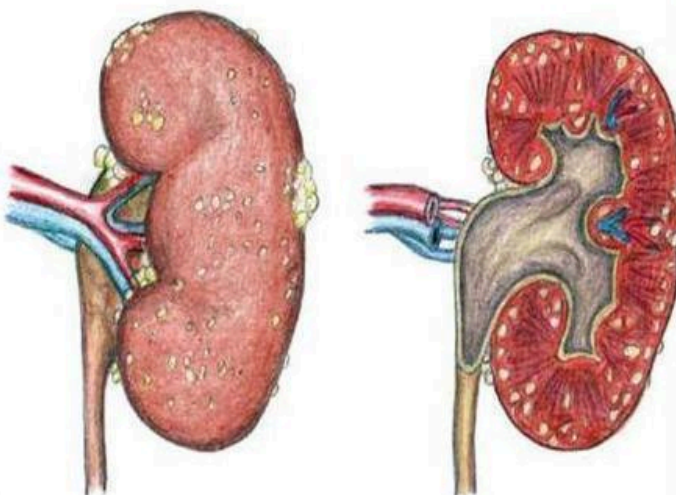


Рис.2.

## Классификация

### По количеству пораженных почек:

- Односторонний
- Двусторонний
- По условиям возникновения
- Первичный
- Вторичный

### По характеру течения:

- Острый
- Хронический

### По пути проникновения инфекционного агента

- Нисходящий (реже)
- Восходящий (чаще)

### По состоянию проходимости мочевыводящих путей

- Не обструктивный
- Обструктивный

### Формы острого пиелонефрита

- Серозный
- Гнойный

### Варианты течения хронического пиелонефрита

- латентная
- гипертензивная
- анемичная
- азотемичная

- бессимптомная
- ремиссия

## **Острый пиелонефрит**

### **Этиология и патогенез**

Наиболее частыми возбудителями, вызывающими воспалительный процесс в почке, являются кишечная палочка (*Escherichia coli*), протей (*Proteus*), энтерококки (*Enterococcus*), синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*), стафилококки (*Staphylococcus*). Проникновение возбудителя в почку при остром пиелонефрите чаще происходит гематогенным путём из любого очага инфекции в организме вследствие развития бактериемии. Реже инфекция в почку проникает уриногенным путём из нижних мочевыводящих путей (уретра, мочевого пузыря) по стенке мочеточника (в этом случае заболевание начинается с развития уретрита или цистита с последующим развитием т. н. восходящего пиелонефрита) или по просвету мочеточника вследствие пузырно-мочеточникового рефлюкса.

### **Клиническая картина**

#### **Местная симптоматика:**

Боли в поясничной области на стороне поражения. При необструктивных пиелонефритах обычно боли тупые, ноющего характера, могут быть низкой или достигать высокой интенсивности, принимать приступообразный характер (например, при обструкции мочеточника камнем с развитием т. н. калькулёзного пиелонефрита). Дизурические явления для собственно пиелонефрита не характерны, но могут иметь место при уретрите и цистите, приведших к развитию восходящего пиелонефрита.

Общая симптоматика характеризуется развитием интоксикационного синдрома:

- лихорадка до 38—40 °С;
- ознобы;
- общая слабость;
- снижение аппетита;
- тошнота, иногда рвота.

Для детей характерна выраженность интоксикационного синдрома, а также характерно развитие т. н. абдоминального синдрома (выраженные боли не в поясничной области, а в животе).

У лиц пожилого и старческого возраста часто развивается атипичная клиническая картина либо со стёртой клиникой, либо с выраженными общими проявлениями и отсутствием местной симптоматики.

### **Лабораторные методы исследования**

#### **Анализ крови**

Общий анализ крови. Общевоспалительные изменения: лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, при выраженном воспалении — анемия.

Биохимический анализ крови. Возможно увеличение трансаминаз, гипергаммаглобулинемия, при развитии явлений почечной недостаточности — повышение цифр мочевины, креатинина.

#### **Анализ мочи**

Общий анализ мочи. Основной признак — лейкоцитурия — может отсутствовать при гематогенном пиелонефрите в первые 2—4 дня, когда воспалительный процесс локализуется преимущественно в корковом слое паренхимы почки, а также при обструкции мочевыводящих путей на стороне поражения; эритроцитурия при

пиелонефрите может наблюдаться при наличии конкремента, вследствие некротического папиллита, повреждения форникального аппарата, при наличии явлений острого (геморрагического) цистита, послужившего причиной развития пиелонефрита.

Бактериологическое исследование мочи используется для точного определения возбудителя и его чувствительности к антибиотикам.

Окраска мочи по Граму является важным этапом этиологической диагностики пиелонефрита, что позволяет быстро получить предварительные ориентировочные данные о характере возбудителя. Культуральное исследование мочи (посев на питательные среды, выделение чистой культуры возбудителя и определение его чувствительности к препаратам) желателно проводить во всех случаях, особенно в стационаре. При подозрении на бактериемию (при высокой лихорадке, ознобах), а также в отделениях интенсивной терапии обязательно исследование крови на стерильность. Необходимым условием достоверности результатов бактериологического исследования является правильность забора мочи и крови.

#### **Инструментальные методы исследования**

Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек в фазе серозного воспаления при остром первичном пиелонефрите может не выявить патологических изменений в почках, в серозной фазе по УЗИ выявляется увеличение почек (или одной почки при одностороннем поражении) в размерах, уменьшение их подвижности при дыхании. При апостематозном пиелонефрите ультразвуковая картина такая же, как в фазе серозного воспаления (увеличение почек в размерах, ограничение их подвижности). Для карбункула почки при УЗИ характерно наличие гипозоногенного участка без четких контуров, иногда выбухание внешнего контура почки в этом месте. При формировании абсцесса почки при УЗИ определяется гипозоногенный участок с четкими контурами (капсула абсцесса) иногда с неоднородными анэзоногенными участками в центре (жидкий гной). При выходе гнойного процесса за пределы капсулы почки (развитие паранефрита) при УЗИ определяется нечеткость паранефральной клетчатки с наличием в ней гипо- и анэзоногенных компонентов.

#### **Рентгенологические методы исследования:**

Обзорная и экскреторная урография дополняют друг друга и проводятся обычно вместе (обзорный снимок с последующим проведением экскреторной урографии). На обзорном снимке может быть выявлено увеличение размеров почки, выбухание её контура (при карбункуле и абсцессе), нечеткость контура большой поясничной мышцы на стороне поражения (отёк паранефральной клетчатки, паранефрит), наличие теней конкрементов (калькулезный пиелонефрит). На экскреторных урограммах в фазе серозного воспаления уродинамика и функция почек чаще не нарушена, может определяться увеличение почки, ограничение её подвижности при ортопробе, умеренное сдавление чашечно-лоханочной системы отёчной паренхимой почки. При апостематозном пиелонефрите к перечисленным признакам серозного пиелонефрита добавляется снижение выделительной функции почки. При карбункулах и абсцессах почки на экскреторных урограммах может определяться выбухание контура, сдавление и деформация лоханки и чашечек абсцессом, инфильтратом.

#### **Лечение**

Консервативное лечение включает антибактериальную (пенициллин+аминогликозиды; фторхинолоны+цефалоспорины); инфузионно-детоксикационную, противовоспалительную терапию, физиотерапию, целесообразно применение

дезагрегантов и антикоагулянтов. До получения результата бактериологического исследования мочи антибактериальная терапия назначается эмпирически (чаще лечение начинают с фторхинолонов), а после получения результатов посева мочи лечение может быть скорректировано. Для увеличения эффективности антибактериальной терапии может быть применён метод внутриаортального [источник не указан 2419 дней] введения антибиотиков. Функционально-пассивная гимнастика почек (1—2 раза в неделю назначают 20 мл фуросемида). Обструктивные формы острого пиелонефрита требуют незамедлительного восстановления оттока мочи на стороне поражения, предпочтение отдается перкутанной пункционной нефростомии, а только потом назначение антибактериальной и инфузионной терапии.

К методам консервативного лечения относится также катетеризация мочеоттока на стороне поражения с целью восстановления оттока мочи из поражённой почки [инт. рис. 4.].

### **Понятие о гемодиализе.**

Гемодиализ (др.-греч. αἷμα ‘кровь’ и διάλυσις ‘отделение’) — метод внепочечного очищения крови при острой и хронической почечной недостаточности. Во время гемодиализа происходит удаление из организма токсических продуктов обмена веществ, нормализация нарушений водного и электролитного балансов.

### **Показания к применению**

Применяется при необходимости очищения крови от находящихся в ней вредных для организма веществ при следующих патологических состояниях:

- Острая почечная недостаточность;
- Хроническая почечная недостаточность;
- Отравления ядами и лекарствами (способными пройти через гемодиализную мембрану);
- Тяжёлые нарушения электролитного состава крови;
- Отравление спиртами;
- Гипергидратация, угрожающая жизни (отёк лёгких, отёк головного мозга и т. п.), не снимаемая консервативной терапией. Чаще применяется изолированная ультрафильтрация.

### **Сущность метода**

Во время гемодиализа происходит удаление находящихся в крови веществ путём диффузии и конвекции, которые зависят от свойств гемодиализной мембраны, а также удаление лишней воды из организма (ультрафильтрация).

Диффузия во время гемодиализа осуществляется через искусственную избирательно проницаемую мембрану, с одной стороны которой находится кровь пациента, а с другой — диализирующий раствор. В зависимости от размера пор и других характеристик мембраны из крови могут удаляться вещества с различной молекулярной массой — от натрия, калия, мочевины до белков (β<sub>2</sub>-микроглобулин). Из диализирующего раствора в кровь пациента также могут переходить электролиты (натрий, калий, кальций, хлорид и т. д.) и крупномолекулярные вещества. Поэтому диализирующий раствор содержит определенную концентрацию электролитов для поддержания их баланса в организме пациента и проходит специальную очистку, чтобы не допустить попадания бактериальных токсинов или токсичных веществ в кровоток пациента. Следует отметить, что при диффузии из крови практически не удаляются связанные с белками и гидрофобные токсические вещества.

Конвекция осуществляется через ту же гемодиализную мембрану за счёт разницы в давлении со стороны крови и диализирующего раствора. Она позволяет удалить гидрофобные токсические вещества.

Ультрафильтрация происходит за счёт трансмембранного давления (давления крови на полупроницаемую мембрану), создаваемого роликовым насосом. Современные аппараты для проведения гемодиализа оснащены электронными блоками автоматического расчёта необходимого трансмембранного давления для снятия необходимого количества жидкости.т.д. [инт. рис. 4.].

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Определение острого и хронического гломерулонефрита, пиелонефрита, ОПН, ХПН, почечнокаменной болезни
2. Этиологию, основные клинические симптомы
3. Лабораторно-инструментальные методы исследования
4. Принципы лечения и уход
5. Особенности диетотерапии
6. Диспансеризацию пациентов с заболеваниями почек
7. Понятие о гемодиализе

**Лекция 11. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями эндокринной системы**

**План:**

- Определение болезни, причины, основные клинические симптомы заболеваний эндокринной системы
- Принципы лечения и уход
- Особенности диетотерапии, стол № 9
- Диспансеризация

**Определение болезни, причины, основные клинические симптомы заболеваний эндокринной системы**

Болезни эндокринной системы.

Роль эндокринной системы трудно переоценить. Она включает группу особых органов, масса которых в совокупности составляет только 0,1% от всей массы тела.

Эти органы вырабатывают за сутки всего лишь 0,5 – 0,6 гр. биологически активных веществ (гормонов), влияющих на все жизненноважные процессы в организме.

**В состав эндокринной системы входят 9 органов:**

- Гипоталамус.
- Гипофиз.
- Паращитовидные железы.
- Надпочечник.
- Половые железы.

- Островки поджелудочной железы.
- Щитовидная железа.
- Диффузная эндокринная система.
- Эпифиз.

### **Патология эндокринной системы.**

Особенности:

- Сочетание банальных общепатологических процессов (повреждение, дисциркуляция, воспаление, дисрегенерация, опухоли) с необычными клинико-морфологическими признаками.
- В отличие от других систем организма болезни эндокринной системы проявляют себя не только через гипофункцию, но и гиперфункцию.

**Поэтому болезни конкретных эндокринных органов будут рассмотрены по плану:**

- гипофункциональные состояния;
- гиперфункциональные состояния.

### **Гипоталамус.**

Этот орган объемом в 1 кубический см. расположен непосредственно над гипофизом. В состав гипоталамуса входят особые клеточные скопления (ядра), которые вырабатывают гормоны, влияющие на функцию аденогипофиза, почек и других органов.

Вопросы патологии гипоталамуса разработаны недостаточно. Однако при определенных состояниях, как-то: немотивированное ожирение у девочек в период полового созревания имеется явная связь с нарушениями функции гипоталамуса.

### **ГИПОФИЗ.**

Вес гипофиза у взрослого человека: 0,5- 0,6 гр. Он состоит из 2 долей - передней и задней.

Передняя доля (аденогипофиз) вырабатывает следующие гормоны:

- соматотропный;
- гонадотропные;
- тиреотропный;
- лактотропный;
- адренокортикотропный;
- меланинстимулирующий.

**Задняя доля (нейрогипофиз). В ней накапливаются гипоталамические гормоны- вазопрессин и окситоцин, обладающие антидиуретическими свойствами.**

1) Гипофункциональные состояния.

#### **Причины:**

Воспалительные процессы - банальные, вызванные обычной инфекцией (стафилококк, стрептококк, брюшнотифозная палочка и т. д.) и специфические (туберкулез, сифилис).

Злокачественные опухоли - местные и метастазы.

Дисциркуляторные процессы - анемия, тромбоз, некроз. Кровопотеря в родах (синдром Шиена), разрывы сосудов, геморрагический синдром при болезнях крови.

Травмы - контрудары, переломы основания черепа.

Передняя доля. 2 варианата:

- Полное исключение всех функций.
- Частичное выпадение функций.

1. Полное исключение всех функций аденогипофиза выражается гипофизарной кахексией с атрофией всех периферических желез внутренней секреции (щитовидной железы, коры надпочечников, половых желез).

2. Частичное выпадение проявляется в утрате одной или нескольких функций аденогипофиза. Варианты:

1) Выпадение гонадотропной функции приводит к вторичному гипогонадизму в связи атрофией половых желез.

2) Выпадение тиреотропной функции влечет атрофию щитовидной железы и развитие микседемы.

3) Выпадение лактотропной функции приводит к атрофии молочных желез.

4) Выпадение соматотропной функции у детей проявляется прекращением роста тела.

Гипофизарные карлики. Лилипуты. При этом сохраняются умственные способности.

5) Выпадение адренокортикотропной функции приводит к вторичному гипокортицизму, снижению выработки глюкокортикоидов.

#### **Задняя доля.**

При полном разрушении задней доли развивается несахарный диабет. Главное проявление - полиурия. Причина - отсутствие вазопрессина и окситоцина, обладающих антидиуретическими свойствами. То есть способностью осуществлять обратное всасывание первичной мочи.

#### **2. Гиперфункциональные состояния.**

Причины: гиперплазии и доброкачественные опухоли.

1) Соматотропная функция. У детей проявляется гигантским ростом. У взрослых – акромегалией: выражается в увеличении костей в области надбровных дуг, нижней челюсти, стоп, кистей рук, а также языка.

2) Гонадотропная функция. Особенно ярко проявляется у детей синдромом преждевременного полового созревания.

3) Тиреотропная функция. Гипертиреозидизм.

4) Адренокортикотропная функция. Синдром Иценко- Кушинга : верхний тип ожирения, высокое артериальное давление, снижение функции половых желез.

5) Лактотропная функция. Лакторея у девушек вне беременностей, родов, кормлений [инт. рис. 4.].

#### **ПАРАЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ.**

Это 4 маленьких узелка наподобие горошин, которые располагаются на задней поверхности щитовидной железы. Они вырабатывают паратгормон, способствующий вымыванию кальция из костей.

1) Гипофункциональные состояния.

Причины: атрофия, воспаление, некроз, удаление при операциях на щитовидной железе.

Проявления: гипокальциемия, тетания, ларингоспазм, асфиксия, смерть.

2) Гиперфункциональные состояния.

Причины: опухоли, гиперплазии.

Проявления:

- вымывание кальция из костей;
- генерализованная остеодистрофия;
- известковое метастазирование в миокард, легкие, желудочно-кишечный тракт, артерии, почки;

- сердечно-сосудистая недостаточность;
- симптоматические язвы 12 перстной кишки;
- истощение.

Больные погибают часто от сердечной недостаточности в результате миокардита.

### **НАДПОЧЕЧНИКИ.**

Это парный орган листовидной формы расположен над верхними полюсами почек весом 12-15 гр. Состоит из коркового и мозгового слоев. Корковый слой выделяет стероидные гормоны- минералокортикоиды, глюкокортикоиды и половые гормоны. Мозговой слой вырабатывает адреналин, вызывающий повышение артериального давления.

1) Гипофункциональные состояния.

Причины:

- разрушение надпочечников в ходе воспаления при туберкулезе, сифилисе, гнойных инфекциях, а также дифтерийным токсином;
- злокачественные опухоли местного и метастатического генеза;
- дисциркуляция - ишемический некроз, кровоизлияния;
- снижение адренкортикотропной функции гипофиза;
- длительное введение больших доз кортикостероидов.

Клинико-морфологические проявления:

- гиподинамия и гипотония;
- гипокинезия, рвота, общая слабость;
- гиперпигментация;
- сердечно-сосудистая недостаточность при гипотонических кризах.

2) Гиперфункциональные состояния.

Причины: гиперплазии и доброкачественные опухоли.

Гиперплазии:

1. Приобретенные гиперплазии часто возникают при базофильных аденомах гипофиза, вырабатывающих большое количество адренкортикотропного гормона. При этом возникает состояние, известное в патологии как синдром Иценко-Кушинга.
2. Вржденные гиперплазии. Это семейная патология, при которой вырабатывается много андрогенов. Проявления болезни у мальчиков проявляются в виде преждевременного полового созревания, у девочек извращенным формированием вторичных половых признаков увеличение клитора, оволосение по мужскому типу, нарушение менструального цикла и полового созревания.

*Доброкачественные опухоли:*

- Корковый слой. Это гомонально активные кортикостеромы с выработкой конкретных гормонов:
  - минералокортикоидов (альдостеромы), их проявления: отеки, язва 12 перстной кишки, артериальная гипертензия (синдром Кона);
  - глюкокортикоидов – синдром Иценко-Кушинга;
  - андростеромы – выработка андрогенов: мальчики: преждевременное половое созревание, женщины- явления вирилизма (рост усов, бороды, снижение половой функции);

- кортикостеромы с выработкой эстрогенов: мужчины – феминизм; женщины – усиление половой функции.
  - Мозговой слой. Феохромоцитома. Увеличение адреналина и гипертонические кризы.

## **ОСТРОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

### **Сахарный диабет**

Статистика. В мире болеют десятки миллионов мужчин и женщин. Самая распространенная эндокринная патология.

Главной причиной болезни является нарушение инсулиновой функции.

Инсулин вырабатывается бета клетками. Эти клетки имеют особую морфологию. Они снабжены мощным белковосинтезирующим аппаратом (гранулярной эндоплазматической сетью). Инсулин – это белок с молекулярным весом 500- 600 тысяч единиц. Инсулин влияет на все виды метаболизма.

Он усиливает:

- проницаемость мембран для глюкозы, аминокислот, жирных кислот;
- процессы фосфорилирования глюкозы и синтез гликогена;
- полное сгорание глюкозы;
- синтез белков и регуляцию отношений между калием и натрием.

Синтез инсулина усиливают – легкие углеводы, адренкортикотропный и соматотропный гормоны, адреналин; ослабляют – недостаток белков, глюкозы, кислорода, а также интоксикации и хронические инфекции.

#### **Клинические проявления болезни:**

- жажда и полиурия;
- слабость и исхудание;
- склонность к гнойным воспалениям и туберкулезу;
- парадонтоз, снижение регенераторных возможностей.

Клинические проявления диабетической комы:

- апатия и сонливость;
- нарушение дыхания;
- гликемия;
- запах ацетона.

Современная классификация сахарного диабета.

Выделяют 2 типа сахарного диабета:

- инсулинзависимый (обозначается римской цифрой один);
- инсулиннезависимый (обозначается римской цифрой два).

Первый тип. Инсулинзависимый сахарный диабет.

Варианты:

- аутоиммунный;
- вирусиндуцированный;
- комбинированный;
- медленнопрогрессирующий.

**Второй тип. Инсулиннезависимый сахарный диабет.**

- В развитии болезни большую роль играет переизбыток и ожирение. Они ведут к:

- гипергликемии и гиперинсулинемии;
- снижению количества рецепторов к инсулину
- на клетках мишенях;
- относительной инсулиновой недостаточности;
- инсулинрезистентности.
- Течение болезни обратимое и при снижении количества употребляемой пищи наступает нормализация.

#### **Варианты болезни:**

- нарушение секреции и высвобождения инсулина из островков;
- нарушение биосинтеза инсулина с секрецией инсулина с измененной структурой;
- снижение количества рецепторов к инсулину.

#### **ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА**

Вырабатывает 3 гормона:

- йодсодержащий (тироксина);
- тиреокальцитонин - способствует отложению кальция в костях;
- биогенные амины.

Главным гормоном щитовидной железы является гормон, содержащий йод. Этот гормон обладает уникальными свойствами. Он активно стимулирует все виды обмена. По способности к активным действиям на энергетические процессы ему нет равных среди всех биоактивных веществ в организме. В настоящей лекции будут рассмотрены гипопункциональные и гиперфункциональные состояния именно по йодсодержащему гормону.

1) Гипофункциональные состояния.

Причины:

- отсутствие йода;
- тиреоидиты.

1. Отсутствие йода. Проявление- карликовость и идиотизм. Болезнь отмечается в местах, где в воде отсутствует йод. Это горы и особые географические зоны. Основной профилактикой болезни является йодизация населения.

2. Тиреоидиты. Отмечаются в различном возрасте. В финале развивается микседема и снижение функции всех жизненно важных органов и систем. Виды тиреоидитов- острый и хронический. Острый тиреоидит развивается после ангины или вирусных инфекций. Хронический тиреоидит – это аутоиммунное заболевание или специфическое воспаление (туберкулез, сифилис).

2) Гиперфункциональные состояния.

Причины: чаще - диффузный тиреотоксический зоб (Базедова болезнь), реже - токсической аденома.

Диффузный тиреотоксический зоб (Базедова болезнь).

Основные проявления болезни:

- увеличение щитовидной железы;
- пучеглазие;
- тахикардия (Мерзбургская триада).

Этиологические факторы:

- нервнопсихические расстройства;
- инфекции;
- наследственность[инт. рис. 4.].

## **Особенности диетотерапии, стол № 9**

Принципы диеты «Стол № 9» Диета 9, так же известная как «Стол № 9», заключается в снижении калорийности рациона питания за счет значительного уменьшения легкоусвояемых углеводов. Выбирать полезные продукты можно самостоятельно, пользуясь специальной таблицей гликемического индекса.

Продукты с высоким показателем следует исключить из питания, и наоборот - составлять свой ежедневный рацион следует преимущественно из продуктов с низкими ГИ.

Главные принципы диеты «Стол № 9»:

- питаться небольшими порциями;
- принимать пищу 5-6 раз в день, то есть, каждые 2,5-3 часа;
- строго исключить все копченое, жареное, соленое и острое; совсем исключить консервы, горчицу и алкогольные напитки.

Сахар заменить на безопасные сахарозаменители;

- ограничить употребление углеводов и жиров, а вот белки должны соответствовать ежедневной физиологической норме;
- блюда должны быть либо запеченными, либо вареными, либо тушеными.

Диета 9 составлена таким образом, чтобы химический состав пищи был достаточно сбалансирован и содержал все питательные вещества для нормальной жизнедеятельности.

В меню диеты 9 должны входить продукты с повышенным содержанием аскорбиновой кислоты и витаминов группы В. Это могут быть отруби или шиповник. Также, согласно диете, рекомендовано включить в меню свежие яблоки, ягоды, овощи и зелень. Для улучшения работы печени диета 9 включает продукты богатые липотропными веществами, то есть способствующие сжиганию жиров. Например, такие продукты как творог, овсянка, сыр, нежирная рыба. Для улучшения жирового обмена, в диете должна присутствовать доля растительных жиров, то есть салаты из свежих овощей лучше заправлять оливковым маслом.

Преимущества и недостатки Преимуществом диеты № 9 является сбалансированный рацион, который включает все полезные вещества необходимые организму. Дело в том, что количество углеводов и жиров снижено, но не так радикально, поэтому диету можно использовать достаточно длительное время. Людям с большим лишним весом врачи рекомендуют применять диету в течение всей жизни. Для многих диета 9 может показаться не удобной и сложной, из-за того что большую часть блюд необходимо готовить, потом подсчитывать и отмерять нужное количество продуктов. Но эти недостатки компенсируются возможностью безопасно и постепенно похудеть, стабильно держать вес, и контролировать уровень сахара в крови.

### **Диспансеризация**

Диспансеризация эндокринологических больных

Основной целью диспансеризации является осуществление комплекса мероприятий, направленных на формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, снижение заболеваемости, увеличение активного творческого долголетия.

Диспансеризация включает:

- ежегодный медицинский осмотр всего населения с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований;
- дообследование нуждающихся с использованием современных методов диагностики;
- выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующих возникновению и развитию заболеваний;
- определение и индивидуальную оценку состояния здоровья;

разработку и проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

В результате ежегодной диспансеризации и последующего дообследования выделяются следующие группы:

- здоровые – лица, не предъявляющие никаких жалоб и у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хронические заболевания или нарушения функции отдельных органов и систем; среди них лица с так называемыми «пограничными состояниями», нуждающимися в наблюдении (т.е. лица, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных границ нормы: величинах АД и прочих физиологических характеристик, не влияющих на функциональную деятельность организма(Д-1);
- практически здоровые- лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющие обострение в течение нескольких лет(Д-2);
- больные, нуждающиеся в лечении, - лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности; лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности; с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности(Д-3).

Здоровые и практически здоровые передаются для учета и наблюдения в отделение профилактики. Больные подлежат динамическому наблюдению у врачей специалистов соответствующего профиля.

**Эндокринологическая помощь** — вид специализированной медицинской помощи, оказываемой больным с эндокринной патологией. Организация этого вида медпомощи имеет большую социальную значимость, учитывая распространенность эндокринных заболеваний, особенно сахарного диабета, длительность и тяжесть их течения, возможность тяжелых осложнений. Эндокринологическая помощь оказывается в эндокринологических диспансерах, специализированных кабинетах городских поликлиник, в т.ч. детских, терапевтических, хирургических и детских эндокринологических отделениях многопрофильных больниц и эндокринологических диспансеров.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Определение гипертиреоза, гипотиреоза, эндемического зоба, сахарного диабета, ожирения.
2. Причины, основные клинические симптомы, принципы лечения и уход.
3. Подготовка лабораторно-инструментальным методам исследования. Особенности питания.

4. Роль семейной медсестры в профилактике эндемического зоба.
5. Особенности диеты.
6. Осложнения сахарного диабета.
7. Роль семейной медсестры в оказании первой неотложной помощи при комах.
8. Роль семейной медсестры в консультировании пациентов по вопросам лечебного питания

## **Лекция 12. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями крови**

### **План:**

Определение, причины, основные симптомы заболеваний крови:

- железодефицитной,
- В12-фолиеводефицитной,
- постгеморрагической анемий,
- геморрагического диатеза;
- лейкозы;
- принципы лечения и уход;
- профилактику анемий.

### **Болезни крови и кроветворной системы**

#### **1. Анемии**

Анемия – полиэтиологичное заболевание, характеризующееся изменением внешних признаков (бледностью кожных покровов, слизистых, склер, нередко маскирующейся желтухой), появлением нарушений со стороны мышечной системы (слабости, снижения тургора тканей), отклонениями в центральной нервной системе (вялостью, апатией, легкой возбудимостью), функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы (тахикардия, расширение границ, появление систолического шума в т. Боткина и верхушке сердца), развитием гепато– и спленомегалии, изменением морфологии эритроцитов (уменьшением объема, изменением формы, осмотической стойкости), изменением содержания других клеточных форм (лейкоцитов, тромбоцитов) пунктата костного мозга, электролитного обмена и содержания железа и магния в сыворотке крови.

#### **Классификация следующая.**

1. Дефицитные анемии: железодефицитные, витаминдефицитные, протеиндефицитные.
2. Гипо – и апластические анемии: врожденная анемия Фанко-ни, анемия Дабионда – Биекфена, приобретенные анемии.
3. Гемолитические анемии: сфероцитарная, серповидно-клеточная, аутоиммунная.

#### **По тяжести:**

- 1) легкая анемия: гемоглобин в пределах 90 – 110 г/л, число эритроцитов снижается до 3 мин;
- 2) анемия средней тяжести: гемоглобин 70–80 г/л, эритроциты до 2,5 мин;

3) тяжелая анемия: гемоглобин ниже 70 г/л, эритроциты ниже 2,5 мин. По функциональному состоянию эритропоэза:

а) регенераторные анемии: ретикулоцитов больше 50 %;

б) гипо – и арегенераторные анемии: низкий ретикулоцитоз, неадекватная степень тяжести анемии. По течению: фаза обострения, подострое и хроническое течение.

### **Железодефицитная анемия**

Железодефицитная анемия – заболевание, которое обусловлено дефицитом железа в сыворотке крови, костном мозге и депо, что приводит к развитию трофических расстройств в тканях. Развитию анемии предшествует латентный тканевой дефицит железа. Чаще встречается у женщин, чем у мужчин, у 14 % женщин детородного возраста, проживающих в средней полосе.

**Этиология:** причинами железодефицитной анемии являются хронические потери крови, недостаточный исходный уровень железа, проявляющийся в период полового созревания; нарушение всасывания и поступления железа с пищей. Чаще всего сочетаются несколько неблагоприятных факторов. Агистральные и энтологенные анемии сопровождаются нередко дефицитом не только железа, но и витамина В12, фолиевой кислоты, белков.

### **Классификация:**

1) хроническая постгеморрагическая;

2) обусловленная гемоглобинурией и гемосидеринемия;

3) дефицит железа у доноров (изъятие 400–500 мл крови сопровождается потерей 200–250 мг железа.).

**Клиника.** В анамнезе недостаточное, неправильное, одностороннее питание, частые заболевания. Сухость, шершавость кожи, ломкость волос, бледность слизистых, атрофия сосочков языка; функциональные изменения желудочно-кишечного тракта, приводящие к спазмам пищевода, ускоренной перистальтике кишечника, сплено- и гепатомегалия.

Изменение морфологии эритроцитов и биохимических показателей сыворотки крови, анизоцитоз, пойкилоцитоз, снижение осмотической способности эритроцитов, уменьшение концентрации сывороточного железа, увеличение содержания меди в сыворотке крови.

В механизме развития клинических проявлений железодефицитной анемии первостепенное значение имеют гипоксия тканей и снижение активности большинства ферментов.

У больных отмечается выраженная слабость, потемнение перед глазами при изменении положения тела, головные боли, головокружение, обморочные состояния, одышки, сердцебиения при небольших физических нагрузках, усиленные разрушения зубов, сглаженность сосочков языка. В тяжелых случаях – нарушение, дискомфорт при глотании (симптомы Бехтерева) сухой и твердой пищи, малиновая окраска языка, атрофические изменения глотки и пищевода, спастическое сужение верхней части пищевода, ломкость, образование продольной или поперечной исчерченности по ногтевой пластинке, койлонихия. Извращение вкусовых ощущений (пристрастие к меду, зубному порошку, мелу, сухой крупе, углю, извести, льду, запахам бензина, керосина) говорит о нарушении периферической вкусовой чувствительности. Больные могут предъявлять жалобы на мышечную слабость, императивные позывы на мочеиспускание, энурез. Гипорегенерация форменных элементов крови вызвана снижением пролиферативной способности костного мозга и неэффективным гемопоэзом. Дифференциальный диагноз проводят с талассемией, постгеморрагическими и инфекционными анемиями.

## **Лечение**

### **Принципы лечения следующие.**

1. Активный режим.
2. Сбалансированное питание.
3. Препараты железа в сочетании с аскорбиновой кислотой и медью.
4. Аэротерапии, массаж, гимнастика.
5. Пищевые ферменты.
6. Переливание крови при содержании гемоглобина менее 60 г/л, препараты железа назначаются внутрь между приемами пищи, так как в этот промежуток происходит лучшее усвоение. При непереносимости железа (снижение аппетита, тошнота, рвота, боли в эпигастрии, диспепсия, аллергические дерматозы) во избежание поражения слизистой желудочно-кишечного тракта препараты железа вводят парентерально. К препаратам железа относят гемо-стимулин, ферроплекс, сорбифер дурулез, феррум лек. Профилактику анемии следует проводить донорам, женщинам при обильных менструациях, частых беременностях, девушкам в период полового созревания, при часто повторяющихся кровотечениях.

### **Витаминодефицитная анемия**

Пернициозная анемия (болезнь Аддисона – Бирмера) вызвана недостаточностью витамина В12, проявляющейся поражением кроветворной, пищеварительной и нервной систем. Чаще возникает в пожилом возрасте, с одинаковой частотой у мужчин и женщин. **Этиология.** Недостаточность витаминов редко бывает экзогенной, чаще эндогенной, связанной с их повышенным потреблением (гельминтозы) и нарушением их всасывания различной природы (заболевание желудка, синдром мальабсорбции). Нарушение всасывания витамина В12 чаще всего вызвано атрофией слизистой оболочки желудка и отсутствием или снижением секреции внутреннего фактора, хлористоводородной кислоты, пепсина. Имеет место наследственная предрасположенность, связанная с нарушением секреции внутреннего фактора; нарушение иммунных механизмов (обнаружение антител к собственным клеткам). Пернициозная анемия может возникнуть после гастректомии, резекции.

### **Клиника**

У больных с пернициозной анемией кожа приобретает лимонно-желтый оттенок, возможно образование пятнисто-коричневой пигментации. Больные предъявляют жалобы на снижение массы тела, вызванное анорексией, возможно повышение температуры тела. У половины больных появляются симптомы глоссита, иногда поражается слизистая щек, десен, глотки, пищевода, развивается диарея, печень увеличивается, селезенка часто увеличивается – гепатоспленомегалия; одышка, сердцебиение, экстрасистолия, слабость, головокружение, шум в ушах. Характерен для пернициозной анемии ревматический синдром, который обусловлен поражением белого вещества спинного мозга. В тяжелых случаях появляются признаки поражения задних столбов спинного мозга, походка неуверенная, нарушения координации движений, атаксия, гиперрефлексия, тонус стоп. Редкими, но опасными симптомами являются нарушения психики, максимальные вспышки, параноидные состояния.

Дифференциальный диагноз проводится с семейной мегалобластной анемией [инт. рис. 4.].

### **План обследования.**

1. Общий анализ крови, мочи, кала.

2. Исследование кала на скрытую кровь.
3. Анализ крови на ретикулоциты, тромбоциты.
4. Определение содержания в крови железа (при подозрении на железодефицитную анемию).
5. Фиброгастродуоденоскопия.
6. Колоноскопия (при невозможности ирригоскопии).
7. Рентгенологическое исследование легких.
8. Стернальная пункция, исследование миелограммы.
9. Биохимическое исследование крови (общий белок и белковые фракции, билирубин, трансаминазы).
10. Исследование секреторной функции желудка.

#### **Принципы лечения.**

1. Диетотерапия.
2. Назначение В12 и фолиевой кислоты.
3. Ферментотерапия.
4. Анаболические гормоны и инсулин.
5. Стимулирующая терапия.

Наилучшие результаты дает лечение витамином В12 (цианкоболамин). В тяжелых случаях внутривенное введение препарата по 100–200 мкг в течение недели. Курсовая доза 1500–3000 мкг. В тяжелых случаях и при наличии антител показано назначение кортикостероидов.

#### **Гипо – и апластические анемии**

Группа заболеваний системы крови, основу которых составляет уменьшение продукции клеток костного мозга, чаще трех-клеточных линий: эритроцито-, лейко- и тромбоцитопоза.

Критерии диагностики. Врожденная анемия Фанкони: в анализе постепенное нарастание бледности кожи и слизистых, слабость, вялость, сочетающиеся с отставанием в физическом развитии, косоглазие, гиперрефлексия.

В раннем детстве появляется меланиновая коричневая пигментация кожи, выявляются аномалии костей, предплечий, больших пальцев рук, деформация позвоночника, карликовость, сочетающиеся с пороками развития сердца, почек (сердечная, почечная недостаточность), органов чувств, центральной нервной системы (микроцефалия); изменения со стороны крови: падение гемоглобина, панцитопения, уменьшение ретикулоцитов, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, понижение активности щелочной фосфатазы, полисахаридов.

Врожденная анемия Эстрена – Дамешека. В анамнезе: проявляется на раннем этапе развития детей с постепенного развития бледности, раздражительности, апатии; своеобразная внешность: светлые волосы, курносость, широко расставленные глаза, утолщение верхней губы с ярко-красной каймой; замедление темпов окостенения в запястьях; выражена сплено- и гепатомегалия, изменения со стороны крови; нарастающая железодефицитная анемия; в пунктате костного мозга: бледность мозга за счет развития гипопластического эритропоэза.

Приобретенные гипо – и апластические анемии. В анамнезе: развиваются после вирусных инфекций, при предрасположенности к аллергическим реакциям на медикаменты и токсины. Отличается бурным развитием клинических симптомов; температурная реакция (субфебрилитет), бледность, сыпь на коже, экзантема на

слизистых, стоматит и ангина, кровавый стул, слабость, анорексия, одышка, возможны кровоизлияния в мозг, надпочечники:

- 1) изменения со стороны крови: панцитопения, резкое снижение гемоглобина, гиперхромия и макроцитоз эритроцитов, содержание железа в сыворотке крови нормальное или повышено;
- 2) в пунктате костного мозга: жировые перерождения, бедность форменными элементами, отсутствие молодых форм мегалокариоцитов.

#### **План обследования.**

1. Общий анализ крови, мочи.
2. Анализ крови на ретикулоциты, тромбоциты.
3. Стерильная пункция с исследованием миелографии.
4. Фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия, ультразвуковые исследования печени, поджелудочной железы, почек (для исключения новообразования).

Дифференциальный диагноз. Угнетение кроветворения может встречаться при остеосклерозе и остеомиелофиброзе. Необходимо также дифференцировать апластические (гипопластические) анемии от острого лейкоза, болезни Верльгофа.

#### **Принципы лечения.**

1. Трансфузия эритроцитарной массы при острых формах.
2. Плазмафорез с введением свежезамороженной плазмы, альбумина или реополиглокина.
3. Воздействие на сосудистую стенку (дицинон, серотонин, рутин, аскорбиновая кислота – аскорутин).
4. Глюкокортикоиды вместе с массивными дозами антибиотиков; витамины группы В, фолиевая кислота.
5. Аминокaproновая кислота, анаболические гормоны (рета-болин).
6. Спленэктомия.

#### **Гемолитические анемии**

Это анемии, развивающиеся вследствие разрушения эритроцитов.

Этиология – группа приобретенных и наследственных заболеваний, характеризующихся внутриклеточными или внутрисосудистыми разрушениями эритроцитов. Аутоиммунные гемолитические анемии связаны с образованием антител к собственным антителам эритроцитов.

Критерии диагностики: наследственная микросфероцитарная анемия (болезнь Минковского – Шоффера):

- 1) в анамнезе: первые симптомы выявляются в любом возрасте, начинаются в результате имеющегося врожденного дефекта липоидных структур оболочки эритроцитов, поэтому имеет значение выявление родственников, страдающих анемией;
- 2) бледность с лимонно-желтым оттенком, врожденный стегеин (башенный череп, широкая переносица, высокое небо, вялость, слабость, снижение аппетита вплоть до анорексии, головокружение);
- 3) изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, сердцебиения, одышка, систолический шум;
- 4) изменения со стороны желудочно-кишечного тракта: боли в животе, колики и значительное увеличение и уплотнение печени и селезенки;
- 5) язвы на голених – изменения со стороны крови: падение количества эритроцитов до 2,5 мин, гемоглобина до 70 г/л, увеличение ретикулоцитов до 30–50 %, снижение

минимальной осмотической стойкости эритроцитов при повышенной максимальной, повышение уровня непрямого билирубина, уробиллиногена мочи, стеркобилина в коже; б) в пунктате костного мозга – угнетение эритроидного роста.

**Геморрагические диатезы** – группа заболеваний, характеризующихся нарушением гемостаза (сосудистого, тромбоцитарного или плазменного) и проявляющихся повышенной склонностью к кровотечениям и кровоизлияниям.

#### **Этиология**

Наследственность геморрагических состояний определяется аномалиями мегакариоцитов и тромбоцитов, дефектом плазменных факторов свертывания, неполноценностью шейных кровеносных сосудов.

Приобретенные геморрагические диатезы обусловлены ДВС-синдромом, токсико-инфекционными состояниями, заболеваниями печени, действием лекарств.

#### **Классификация**

##### **Диеты разграничивают.**

I. Заболевание, вызванное нарушением сосудистого гемостаза (вазопатии).

1. Болезнь Шенейн – Геноха (простая, ревматоидная, абдурационная и молниеносная пурпура):

1) простая форма;

2) хроническая форма.

2. Наследственно-семейная простая пурпура (Дейвиса).

3. Анулярная телеангиэктатическая пурпура Мабокки.

4. Некротическая пурпура Шельдона.

5. Гиперглобулинемическая пурпура Вальденстрема.

6. Наследственные геморрагические телеангиэктазии.

7. Синдром Луи – Барра (капиллярные телеангиэктазии конъюнктивы с атаксией и хронической пневмонией).

8. Синдром Казабаха – Мерритт.

9. Цинга и болезнь Мимера – Барного.

II. Заболевания, вызванные нарушением тромбоцитарного механизма гемостаза (тромбоцитопатии, тромбоцитопении):

1) геморрагическая тромбоцитопатия, болезнь Верльгофа:

а) острая форма;

б) хроническая форма (непрерывная и рецидивирующая);

2) амегакариоцитарная тромбоцитопеническая пурпура (Ландольта);

3) аутоиммунная тромбоцитопения разного происхождения;

4) тромбоцитопеническая гемифрагическая пурпура с приобретенной аутоиммунной гемолитической анемией (синдром Фимера – Эванса);

5) тромбоцитопеническая пурпура с хроническим гнойным оттенком и экссудативным диатезом (синдром Ондрича);

6) тромботическая тромбоцитопеническая пурпура Мошковица;

7) тромбоцитопения при геангиомах (синдром Казабаха – Мерритт);

8) наследственные свойства тромбопатии:

а) тромбастения Гланумана;

б) тромбопатия Виллибранда;

9) тромбоцитопатии в комбинации с нарушением факторов коагуляции.

**Геморрагический васкулит** (болезнь Шенейн – Геноха, капилляротоксикоз, анафилактическая пурпура) – инфекционно-токсико-аллергическое заболевание, в основе которого лежит генерализованное гиперергическое воспаление сосудов.

#### **Этиология**

Причина возникновения острого воспалительного процесса малых суставов кожи, суставов пищеварительного тракта и почек до конца не выяснена.

Степень активности – I, II, III.

**Течение:** острое, подострое, хроническое, рецидивирующее.

Исход: выздоровление, переход в хроническую форму, исход в хронический нефрит (А. С. Калиниченко, 1970 г.).

Критерии диагностики

#### **Клинические:**

- 1) геморрагический кожный синдром: сыпь обычно располагается симметрично, характеризуется этапностью высыпания, локализуется на разгибательных поверхностях конечностей, вокруг голеностопных и коленных суставов, в области стоп, реже бедер; высыпания, как правило, полиморфные: геморрагические папулы, эритриматозные папулы, пятна; в начале заболевания сыпи имеют уртикальный характер, позже становятся геморрагическими, вплоть до некрозов, характерны рецидивы;
- 2) суставной синдром: поражения суставов имеют мигрирующий полиартрический характер с преобладающей локализацией в голенных, голеностопных, локтевых, лучезапястных суставах, причем поражение суставов редко бывает симметричным;
- 3) абдоминальный синдром: схваткообразные боли в животе различной интенсивности; боли могут сопровождаться кишечным и почечным кровотечением.

#### **Дифференциальный диагноз**

Проводится с тромбоцитопатиями, тромбоцитопениями, ко-агулопатиями, токсическими лекарственными васкулитами, аллергическими и инфекционными заболеваниями.

#### **Принципы лечения**

1. Госпитализация и постельный режим не менее трех недель.
2. Диета с исключением какао, кофе, цитрусовых, земляники и т. д.
3. Гепаринотерапия.
4. Никотиновая кислота в сочетании с гепарином.
5. Преднизолон.
6. Плазмаферез (при хроническом течении васкулита).
4. Тромбоцитопатии [инт. рис. 4.].

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Определение анемий, геморрагического диатеза, лейкоза
2. Причины, основные симптомы геморрагического диатеза, лейкоза.
3. Принципы лечения, уход.
4. Правильное сбалансированное питание в профилактике железодефицитной анемии. Консультирование пациентов по питанию.

## Лекция 13. Инфекционный пациент в семье. Профилактика ВИЧ/СПИД

### План:

- Понятие об иммунитете, путях повышения иммунитета
- Профилактика распространения инфекционных заболеваний
- Общие меры предосторожности при работе семейной сестры с пациентами с ВИЧ-инфекцией и СПИДом
- Противоэпидемические мероприятия, проводимые в очаге инфекции

### Понятие об иммунитете, путях повышения иммунитета

**Иммунитет** – это способ защиты организма от генетически чужеродных веществ – антигенов экзогенного и эндогенного происхождения, направленный на поддержание и сохранение гомеостаза, структурной и функциональной целостности организма, биологической (антигенной) индивидуальности каждого организма и вида в целом.

#### **Различают несколько основных видов иммунитета.**

Врожденный, или видовой, иммунитет, он же наследственный, генетический, конституциональный — это выработанная в процессе филогенеза генетически закрепленная, передающаяся по наследству невосприимчивость данного вида и его индивидов к какому-либо антигену (или микроорганизму), обусловленная биологическими особенностями самого организма, свойствами данного антигена, а также особенностями их взаимодействия.

Видовой иммунитет может быть абсолютным и относительным. Например, нечувствительные к столбнячному токсину лягушки могут реагировать на его введение, если повысить температуру их тела. Белые мыши, не чувствительные к какому-либо антигену, приобретают способность реагировать на него, если воздействовать на них иммунодепрессантами или удалить у них центральный орган иммунитета — тимус.

Приобретенный иммунитет — это невосприимчивость к антигену чувствительного к нему организма человека, животных и пр., приобретаемая в процессе онтогенеза в результате естественной встречи с этим антигеном организма, например, при вакцинации.

Приобретенный иммунитет может быть активным и пассивным. Активный иммунитет обусловлен активной реакцией, активным вовлечением в процесс иммунной системы при встрече с данным антигеном (например, поствакцинальный, постинфекционный иммунитет), а пассивный иммунитет формируется за счет введения в организм уже готовых иммунореагентов, способных обеспечить защиту от антигена. К таким иммунореагентам относятся антитела, т. е. специфические иммуноглобулины и иммунные сыворотки, а также иммунные лимфоциты. Иммуноглобулины широко используют для пассивной иммунизации, а также для специфического лечения при многих инфекциях (дифтерия, ботулизм, бешенство, корь и др.). Пассивный иммунитет у новорожденных детей создается иммуноглобулинами при плацентарной внутриутробной передаче антител от матери ребенку и играет существенную роль в защите от многих детских инфекций в первые месяцы жизни ребенка.

В инфекционной и неинфекционной патологии и иммунологии для уточнения характера иммунитета в зависимости от природы и свойств антигена пользуются также такой терминологией: антитоксический, противовирусный, противогрибковый, противобактериальный, противопротозойный, трансплантационный, противоопухолевый и другие виды иммунитета.

Иммунитет (резистентность к антигену) может быть системным, т. е. генерализованным, и местным, при котором наблюдается более выраженная резистентность отдельных органов и тканей, например слизистых верхних дыхательных путей (поэтому иногда его называют мукозальным)[инт. рис. 4.].

## **Профилактика распространения инфекционных заболеваний**

**Инфекционные болезни людей** - это заболевания, вызываемые болезнетворными микроорганизмами и передающиеся от зараженного человека (или животного) здоровому.

### **Основные пути передачи инфекции и воздействие на них:**

- воздушно-капельный путь передачи (грипп, простудные заболевания, ветряная оспа, коклюш, туберкулез, дифтерия, корь, краснуха и др.) – для профилактики используются маски, проветривание, недопущение скопления большого количества людей в помещении;
- алиментарный (пищевой) путь передачи (все кишечные инфекции, сальмонеллез, дизентерия, вирусный гепатит А) – важную роль играет личная гигиена, мытье рук, продуктов питания, отсутствие мух в помещениях;
- половой (контактный) путь передачи (вирусный гепатит В, С, ВИЧ СПИД, генитальный герпес, сифилис, гонорея, папилломатоз) – важным моментом профилактики таких инфекций является отсутствие беспорядочной половой жизни с частой сменой партнеров и использование презервативов;
- кровяной путь передачи (наиболее часто – вирусный гепатит В, ВИЧ СПИД) – в этом случае предотвратить инфекционные заболевания помогут стерильный хирургический инструментарий, отказ от татуировок (особенно в домашних условиях), то есть все усилия направлены на предотвращение нарушения целостности кожи и слизистых оболочек.

### **Профилактика инфекционных заболеваний**

Как и любые другие болезни, инфекционные заболевания проще не допустить, чем потом лечить. Для этого используется профилактика инфекционных заболеваний, которая позволяет предотвратить развитие инфекционного процесса.

**Выделяют общественную и индивидуальную профилактику.** Индивидуальная профилактика предусматривает: прививки, закаливание, прогулки на свежем воздухе, занятия спортом, правильное питание, соблюдение правил личной гигиены, отказ от вредных привычек, быта и отдыха, охрану окружающей среды. Общественная включает систему мероприятий по охране здоровья коллективов: создание здоровых и безопасных условий труда и быта на производстве, на рабочем месте.

В целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней проводится иммунопрофилактика путем проведения профилактических прививок. Этот вид профилактики инфекционных заболеваний непосредственно связан с созданием в организме человека иммунитета (невосприимчивости) к определенной инфекции с помощью иммунизации и называется – специфическая иммунопрофилактика инфекционных заболеваний. **Выделяют два основных вида иммунопрофилактики:**

- активная иммунизация (вакцинация) – после введения в организм человека вакцины (антиген возбудителя или живые ослабленные микроорганизмы) происходит образование специфических антител, которые даже при заражении препятствуют развитию инфекционного заболевания. В настоящее время проводится активная иммунизация против таких инфекционных заболеваний: столбняк, коклюш, дифтерия, вирусный гепатит В, полиомиелит, корь, краснуха, эпидпаротит («свинка»), туберкулез.
- пассивная иммунизация – в организм вводятся готовые антитела к определенной инфекции, что используется для экстренной профилактики инфекционных заболеваний (экстренная профилактика столбняка).

### **Значение иммунопрофилактики**

Необходимо помнить: чем больше людей вакцинировано, тем выше коллективный иммунитет и барьер для инфекционных заболеваний. Победить инфекцию можно, если вакцинацией будет охвачено все население.

Каким бы не был метод профилактики, его использование поможет предотвратить заболевание, что особенно важно при неизлечимых инфекциях, таких как ВИЧ СПИД, бешенство и вирусные гепатиты.

При сопровождении семей, имеющих ВИЧ-инфицированных медицинская сестра сталкивается с психологическими и социальными проблемами, так по результатам анкетирования: в большинстве случаев происходят разводы в семьях, при постановке диагноза ВИЧ, ВИЧ-инфицированный испытывает сильнейший страх за себя и близких, многих охватывают гнев, подавленность, отчаяние, шок.

Не смотря на то, что государство обеспечивает материальную поддержку ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним: назначаются социальная пенсия, предоставляются льготы, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом (ст. 19 ФЗ № 38 от 30.03.95), но для них эта помощь не достаточна и зачастую решать эти проблемы приходится медицинской сестре.

Для организационной работы медицинской сестры по оказанию помощи необходимо поддерживать тесную связь с социальными службами, снизить риск передачи инфекции ребенку, прерывание беременности, оказание помощи беременной женщине.

Разработаны рекомендации по инфекционному контролю семей, в которых имеется ВИЧ-инфицированный; для матерей, у которых растет ВИЧ-инфицированный ребенок; для детей, где член семьи ВИЧ-инфицированный.

### **Общие меры предосторожности при работе семейной сестры с пациентами с ВИЧ-инфекцией и СПИДом**

Введение:

Работники здравоохранения находятся в группе риска заражения гемотрансмиссивными инфекциями, в том числе вирусами гепатитов В и С, а также вирусом иммунодефицита человека. Наиболее часто профессиональное заражение медработников этими инфекциями происходит при случайном уколе или порезе острым медицинским инструментом, а также при попадании инфицированной биологической жидкости на слизистые оболочки. Мероприятия по профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников регламентируется Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.5.2826 – 10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»

### **Причины возникновения и характеристика аварийных ситуаций у медработников**

Основной из установленных причин возникновения аварийных ситуаций было несоблюдение правил техники безопасности при работе с острыми инструментами и биоматериалом (52,6%) и несоблюдение медработниками универсальных правил безопасности для защиты кожи и слизистых оболочек при контакте с биоматериалом (26,3%). К этой категории относятся случаи неиспользования барьерных средств защиты (халат, фартук, перчатки, очки или пластиковые щитки), проведение манипуляций медработниками с необработанными ранами и микротравмами рук. Нарушаются, как стандарты технологии проведения процедуры (надевание колпачка на иглу, снятие рукой иглы со шприца, перенос использованного оборудования с незащищенными иглами и т.п.), так и правила утилизации острых инструментов (уборка рабочего места с оставленным на нем острым инструментом, вынос использованных острых инструментов в прокалываемой таре и т.п.).

Защитные приспособления и безопасные технологии (универсальные меры предосторожности):

При проведении процедур, при которых возможно разбрызгивание крови, слюны и выделений из десен, необходимо использовать хирургические маски, защитные очки или пластиковые щитки;

Медицинские работники, имеющие экссудативные и экземные поражения кожных покровов, должны отстраняться от прямых контактов с пациентами и от работы с инструментарием до полного устранения признаков заболевания;

Использование перчаток при контактах с кровью, поврежденными участками кожи пациента, также при обработке органов и поверхностей тканей, контаминированных кровью или др. биологическими жидкостями организма;

Перчатки следует менять после работы с каждым пациентом;

Обязательно использовать халаты или фартуки при проведении процедур. Принимать меры предосторожности (ТБ), чтобы избежать уколов иглами, порезов скальпелем или другими острыми инструментами и приспособлениями при проведении процедур, промывке и дезинфекции использованного инструментария, при удалении использованных игл;

Во избежание уколов использованными иглами не следует снимать и одевать колпачки на них, а также гнуть их и ломать руками, извлекать иглы из шприцев; сбор использованных игл и острого инструментария осуществлять в специальные не прокалываемые контейнеры; своевременно заменять контейнеры для режущих и колющих инструментов, не допуская их переполнения; размещать контейнеры для использованных острых инструментов так, чтобы ими было удобно пользоваться, и они не могли

опрокинуться; контейнер с использованными режущими и колющими инструментами перемещать только тщательно закрытым;

При работе с биологическими жидкостями следует пользоваться только автоматическими пипетками (с дозаторами);

Контаминированные материалы, использованные при проведении лабораторных анализов, необходимо поместить в герметичную тару, продезинфицировать и утилизировать в соответствии с действующими правилами утилизации;

Помещать все использованные одноразовые материалы во влагонепроницаемые закрывающиеся контейнеры.

**К факторам, от которых зависит риск заражения ВИЧ, следует отнести:**

- ВИЧ-статус пациента и стадию заболевания (при острой ВИЧ-инфекции или поздней стадии заболевания в крови больше вируса и риск заражения выше);
- прием пациентом антиретровирусной терапии, при проведении которой риск заражения ниже;
- наличие у пациента устойчивых к лечению штаммов ВИЧ (в этом случае антиретровирусная терапия может быть неэффективна);
- степень контаминации заразным материалом инструмента (укол иглой после взятия крови из вены опаснее по сравнению с уколом иглой после внутримышечной инъекции);
- при уколе инструментом с внутренней полостью (полая игла), где может быть большее количество зараженного материала, риск заражения повышается;
- инъекционная игла опаснее, чем игла хирургическая для наложения швов;
- степень нарушения целостности кожных покровов и слизистых при травмировании медработника (риск инфицирования повышается при глубоком внутримышечном повреждении загрязненным инструментом, особенно при ранении полой иглой, попадающей в кровеносный сосуд);
- порезы менее опасны по сравнению с колотыми и рваными ранами;
- своевременная обработка раневой поверхности (промывание водой с мылом и обработка антисептическим раствором) снижают риск заражения.

Все МО должны иметь аптечку «Анти-СПИД» на случай аварийной ситуации, которая храниться в доступном для персонала месте [инт. рис. 4.].

**Рекомендуемый состав аптечки «Анти-СПИД»:**

1. Раствор этилового спирта 70% - 2 флакона по 100 мл.
2. 5% спиртовой раствор йода.
3. Стерильная дистиллированная вода - 2 флакона по 100 мл.
4. Ватно-марлевые тампоны, салфетки (стерильные).
5. Перевязочный материал (вата, бинт и пр.).
6. Лейкопластырь (фуропласт, клей БФ).
7. Пипетки глазные - 2-3шт.
8. Одноразовые резиновые перчатки, пальчики.
9. Ножницы с закругленными браншами.
10. Экспресс-тест на ВИЧ-инфекцию

## 11. Комплект ПКП

### **Первичная профилактика:**

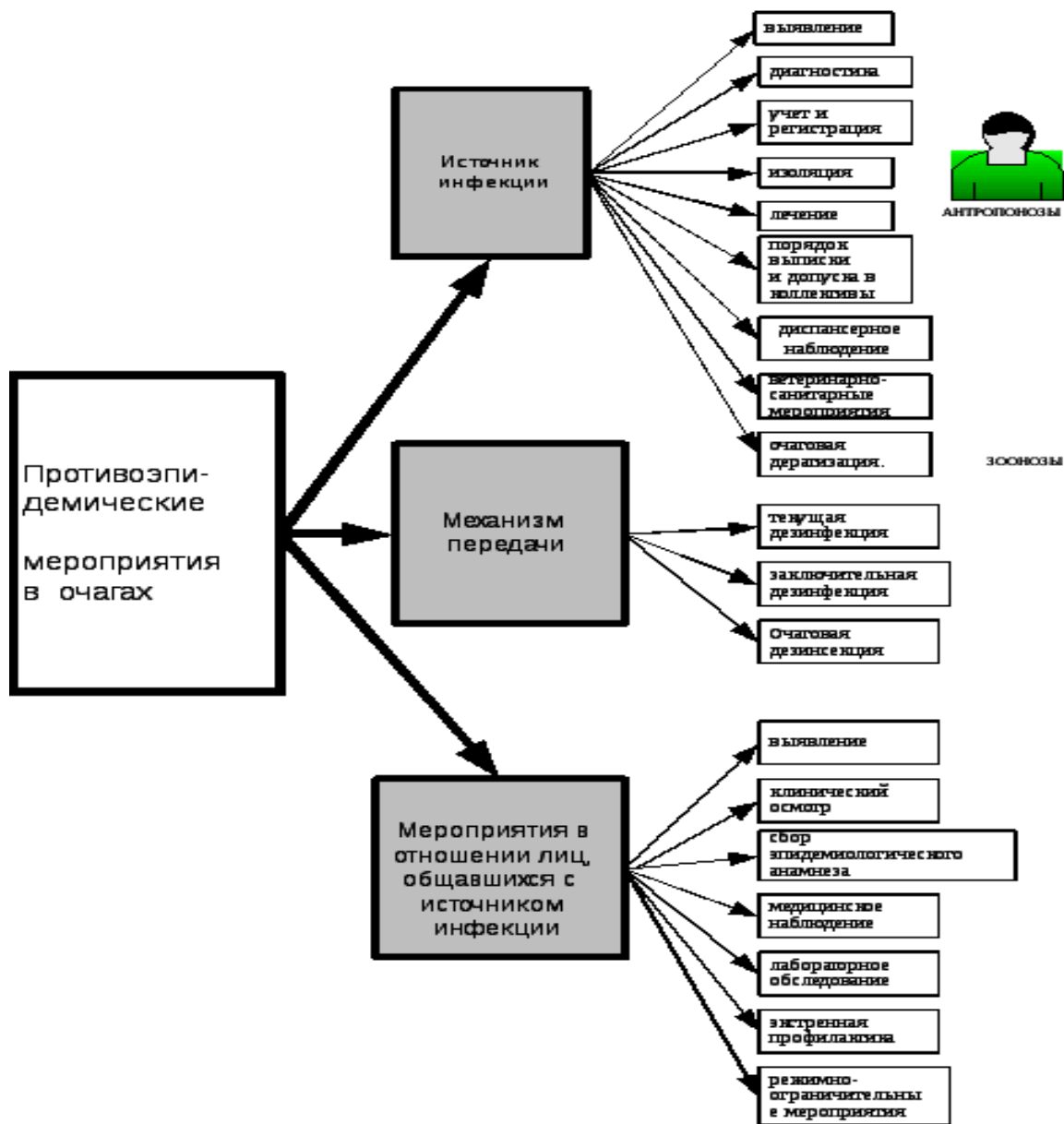
- в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м спиртовым раствором йода;
  - при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом;
  - при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость промыть большим количеством воды и прополоскать 70% раствором этилового спирта, слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой (не тереть);
  - при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования;
  - оценка риска заражения ВИЧ-инфекцией и ВГВ и ВГС
- Необходимо в возможно короткие после аварийной ситуации обследовать на ВИЧ-инфекцию и гепатиты В и С лицо, которое может являться потенциальным источником заражения, и контактировавшее с ним лицо. Обследование на ВИЧ-инфекцию потенциального источника ВИЧ-инфекции и контактировавшего с ним лицо проводят методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации с обязательным направлением образца из той же порции крови для стандартного тестирования на ВИЧ методом иммуно-ферментного анализа.

### **Противоэпидемические мероприятия, проводимые в очаге инфекции**

Мероприятия, проводимые в эпидемическом очаге

В эпидемическом очаге организуют и проводят следующие группы мероприятий по направленности действия (рис. 1.):

1. Мероприятия, направленные на источник инфекции: выявление; диагностика; учет и регистрация; экстренное извещение в ЦГЭ; изоляция; лечение; порядок выписки и допуска в коллективы; диспансерное наблюдение; в очагах зоонозов — ветеринарно-санитарные мероприятия; очаговая дератизация.
2. Мероприятия, направленные на механизм передачи: текущая дезинфекция; заключительная дезинфекция; очаговая дезинсекция.
3. Мероприятия, проводимые в отношении лиц, общавшихся с источником инфекции (контактных лиц в очаге): выявление; клинический осмотр; сбор эпидемиологического анамнеза; медицинское наблюдение; лабораторное обследование; экстренная профилактика; режимно-ограничительные мероприятия.



### Противоэпидемические мероприятия в очагережимно-ограничительные мероприятия

Рис. 1.. Группировка противоэпидемических мероприятий в очаге  
Мероприятия, направленные на источник инфекции

Главная цель данных мероприятий — максимально снизить эпидемическую опасность источника инфекции для окружающих его лиц. Для достижения этой цели осуществляют следующие мероприятия.

**Выявление** источника инфекции может быть активным при обследовании лиц, подлежащих предварительным и периодическим медосмотрам, и пассивным, которое осуществляется непосредственно при обращении пациента за медицинской помощью.

**Диагностика** осуществляется на основании клинических данных, эпидемиологического анамнеза, результатов лабораторного обследования больного.

После установления диагноза инфекционного заболевания врач осуществляет его **учет и регистрацию** и направляет информацию о нем в территориальный (районный или городской) центр гигиены и эпидемиологии (ЦГЭ).

Первичными документами учета информации об инфекционном заболевании являются индивидуальная карта амбулаторного больного (ф. № 025/у), медицинская карта ребенка, посещающего детское дошкольное учреждение (ф. № 026/у), история развития ребенка (ф. № 112/у). После установления диагноза инфекционного заболевания участковый врач регистрирует выявленного больного в «Журнале учета инфекционных больных» (форма № 060/у).

При выявлении заболевания, подлежащего индивидуальному учету в районных (городских) ЦГЭ, или при подозрении на него сотрудники амбулаторно-поликлинического либо лечебного учреждения обязаны информировать ЦГЭ по телефону и направить туда «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, остром профессиональном, пищевом отравлении или необычной реакции на прививку» (ф. № 058/у)[инт. рис. 4.].

Индивидуальному учету в районных (городских) ЦГЭ подлежит более 80 нозологических форм инфекционных болезней: брюшной тиф, паратифы *A, B, C*, сальмонеллез, дизентерия, пищевые токсикоинфекции, амебиаз, балантидиаз, энтериты, колиты, гастроэнтериты, туляремия, сибирская язва, бруцеллез, листериоз, эризипелоид, дифтерия, коклюш, менингококковая инфекция, столбняк, полиомиелит, корь, скарлатина, ветряная оспа, краснуха, клещевой энцефалит, геморрагические лихорадки, вирусные гепатиты, бешенство, эпидемический паротит, инфекционный мононуклеоз, ящур, сыпной тиф, болезнь Брилля, малярия, лейшманиозы, лептоспирозы, микроспория, трихофития, фавус, трахома, чесотка и др. В ЦГЭ индивидуально учитываются паразитарные болезни, выявленные вне плановых обследований населения (аскаридоз, трихоцефалез, энтеробиоз, гименолепидоз, трематодозы и др.); паразитарные болезни, выявленные при плановых обследованиях, подлежат суммарному учету. Индивидуально учитываются также синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ-носители) и внутрибольничные инфекции (гнойно-септические инфекции у новорожденных, гнойно-септические инфекции у родильниц, послеоперационные инфекции, инфекции мочевыводящих путей, острые кишечные инфекции, вызванные установленными и не установленными возбудителями).

Таким образом, одним из важных документов в ЦГЭ, который содержит информацию об инфекционных заболеваниях, является «Экстренное извещение...» (ф. № 058/у). Его отправляет в ЦГЭ медицинский работник (фельдшер, врач-терапевт или педиатр) при установлении диагноза инфекционного заболевания, при его изменении или уточнении, а

также при госпитализации больного в инфекционный стационар не позднее 12 часов с момента выявления больного в городе и 24 часов — в сельской местности.

Инфекционный больной является источником инфекции, поэтому подлежит **изоляции**, которая может состоять в изоляции на дому или госпитализации в инфекционный стационар. Решение вопроса о характере изоляции зависит прежде всего от нозологической формы заболевания. При отдельных инфекционных болезнях (брюшной тиф, паратифы, сыпной тиф, дифтерия, бактериальная форма туберкулеза, менингококковая инфекция, полиомиелит, холера, вирусный гепатит *B*, проказы, чума, сибирская язва и др.) госпитализация обязательна. При других заболеваниях госпитализация осуществляется по клиническим и эпидемическим показаниям. Клиническими показаниями служат тяжесть клинического течения, а эпидемическими — отсутствие возможности обеспечить противоэпидемический режим по месту жительства больного. Госпитализация лиц, относящихся к эпидемически значимым контингентам (например, «пищевиков» и лиц, к ним приравненных, при заболевании кишечной инфекцией), необходима для уточнения нозологической формы заболевания, проведения полноценного лечения и предупреждения развития носительства возбудителей инфекционных заболеваний. Также целесообразно госпитализировать инфекционных больных из очагов, в которых проживают «пищевики» или дети, посещающие детские дошкольные учреждения. В противном случае лица, общающиеся с больным в очаге, не допускаются к работе или посещению коллектива, и удлиняется срок наблюдения за ними. Инфекционные больные госпитализируются транспортом службы скорой медицинской помощи, после чего его дезинфицируют. Если инфекционный больной доставлен иным транспортным средством, подвергается дезинфекции силами приемного отделения инфекционного стационара

**Лечение** инфекционных больных не ограничивается только решением задачи восстановления их здоровья, поскольку обеспечивает санацию источников инфекции и предупреждение формирования бессимптомного носительства возбудителей инфекционных заболеваний. Основанием для прекращения изоляции инфекционных больных является их клиническое выздоровление и освобождение от возбудителей.

**Порядок допуска** на работу или в организованные коллективы лиц, переболевших инфекционным заболеванием, а в необходимых случаях — и **порядок диспансерного наблюдения** за ними определяется соответствующими инструктивно-методическими документами и выполняется амбулаторно-поликлиническими и лечебно-профилактическими учреждениями. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами осуществляется с целью динамического наблюдения за состоянием их здоровья и раннего выявления рецидивов или обострения заболевания [инт. рис. 4.].

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Понятие об иммунитете, путях повышения иммунитета
2. Профилактика распространения инфекционных заболеваний
3. Общие меры предосторожности при работе семейной сестры с пациентами с ВИЧ-инфекцией и СПИДом

#### 4. Противоэпидемические мероприятия, проводимые в очаге инфекции.

##### **Лекция 14. Туберкулезный пациент в семье. Профилактика.**

- o Понятие о туберкулезе.
  - o Эпидемиология, этиология, иммунитет и резистентность.
  - o Инфицированность туберкулезом, вирулентность туберкулиновых проб.
  - o Туберкулезная интоксикация детей и подростков.
  - o Туберкулез органов дыхания.
  - o Туберкулез других органов и систем.
  - o Осложнения туберкулеза.
  - o Остаточные изменения после излеченного туберкулеза.
  - o Прогноз и особенности ухода за туберкулезными пациентами.
  - o Специфическая и неспецифическая профилактика туберкулеза. Реабилитация пациентов туберкулезом.
  - o Права и обязанности пациентов туберкулезом и членов их семей по отношению к обществу.
  - o Роль семейной медсестры в профилактике рецидивов заболеваний.
- **Туберкулез легких** - хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза. В настоящее время во всем мире отмечается ухудшение эпидемиологического состояния по туберкулезу, что проявляется ростом заболеваемости и смертности от этой болезни. Различают две формы туберкулеза - первичный туберкулезный комплекс и вторичный туберкулез. **Туберкулёз лёгких (устар. чахотка)** является местным проявлением общего инфекционного заболевания, возникающего вследствие заражения микобактериями туберкулёза. Поражение лёгких проявляется в различных формах, зависящих от свойств возбудителя, иммунобиологического состояния организма, путей распространения инфекции и других факторов.
    - Первичный и вторичный туберкулёз лёгких (Рис.1.).

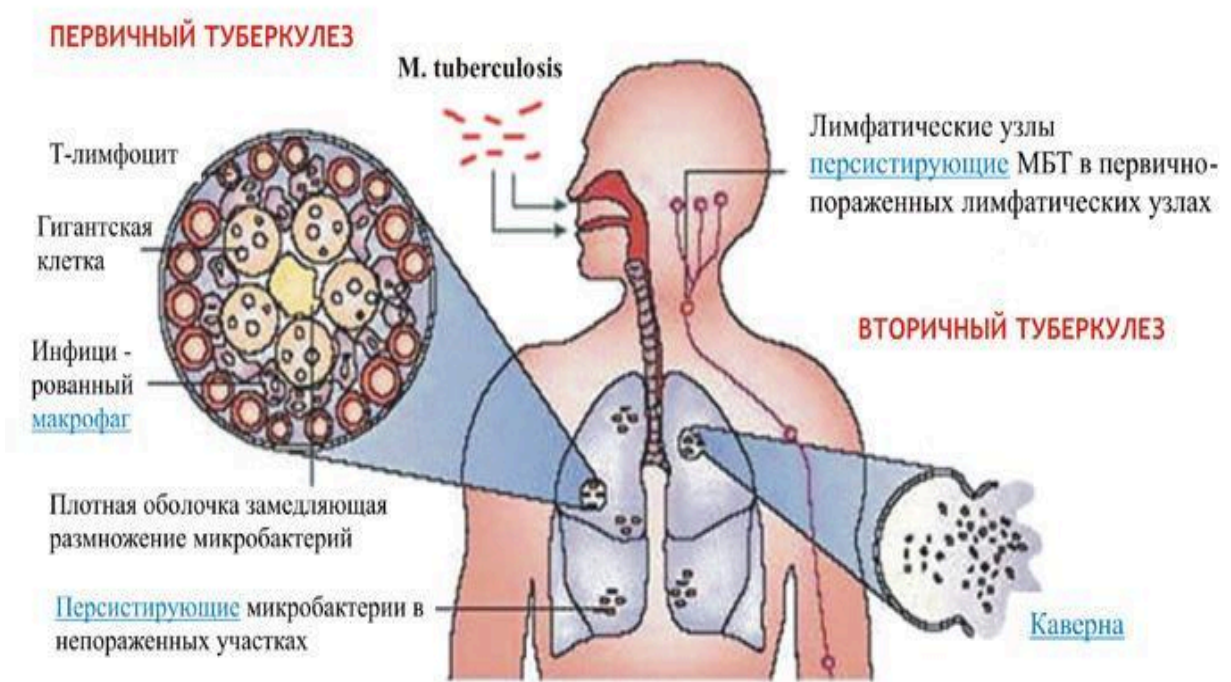


Рис.1.

- Туберкулёз лёгких может быть первичным и вторичным. Первичный туберкулёз лёгких развивается после первичного заражения (обычно в раннем возрасте). В этот период имеется склонность к гиперергическим реакциям, возникновению параспецифических изменений, лимфогенному и гематогенному распространению процесса с частым поражением лимфатических узлов, плевры и возникновению туберкулёзных изменений в различных органах. В подавляющем большинстве случаев с первичным туберкулёзом организм человека справляется самостоятельно без специального лечения. После этого, однако, остаются следы перенесённого заболевания — петрификаты, в которых остаются жизнеспособные микобактерии туберкулёза.
- Вторичный туберкулёз обычно развивается в результате обострения первичных очагов. Но иногда может быть следствием вторичного заражения после излечения от первичного туберкулёза, так как иммунитет при туберкулёзе имеет нестерильный характер. Для вторичного туберкулёза характерно лимфо- и бронхогенное распространение.
- **Формы туберкулёза лёгких**
- Туберкулёз лёгких может принимать различные формы
- первичный туберкулёзный комплекс (очаг туберкулёзной пневмонии + лимфангит, лимфаденит средостения) туберкулёзный бронхоаденит, изолированный лимфаденит внутригрудных лимфатических узлов.
- Исходя из степени распространённости туберкулёза лёгких, различают:
- **Острый милиарный туберкулёз**
- Эта форма может развиваться как при первичном заражении, так и во вторичной фазе. Является мелкоочаговой гематогенной генерализацией туберкулёза в результате прорыва инфекции из очага в кровяное русло

- **Гематогенный диссеминированный туберкулёз лёгких**
- Эта форма может развиваться как при первичном заражении, так и во вторичной фазе. Характеризуется появлением туберкулёзных очагов по ходу сосудистых ветвей, располагающихся, как правило, симметрично в обоих лёгких.
- **Очаговый туберкулёз лёгких**
- Как правило является вторичным. Характеризуется наличием групп очагов размером от нескольких миллиметров до сантиметра, чаще в одном легком.
- **Туберкулёза лёгких**
- Туберкулома (лат. *tuberculum* — бугорок, -ωμα от ὄγκωμα — опухоль), или казеома лёгких — своеобразная форма туберкулёза лёгких, на рентгеновском снимке имеющая сходство с опухолью, отсюда и её название.
- **Кавернозная пневмония**
- Тяжёлая форма туберкулёза, может развиваться как при первичном заражении, так и во вторичном туберкулёзе. Характеризуется быстрым казеозным некрозомсливающихся участков специфической пневмонии со склонностью к расплавлению и образованию каверн.
- **Кавернозный туберкулёз лёгких**
- Развивается в тех случаях, когда прогрессирование других форм (первичный комплекс, очаговый, инфильтративный, гематогенный диссеминированный туберкулёз) приводит к формированию каверны, т. е. стойкой полости распада лёгочной ткани.
- Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких
- «Лёгочная чахотка» — является конечным этапом прогрессирующего развития других форм туберкулёза лёгких. Характеризуется наличием каверны или каверн с выраженной фиброзной капсулой, фиброзными изменениями в лёгочной ткани и наличием полиморфных бронхогенных метастазов различной давности.
- Туберкулёзный плеврит
- **Туберкулёзные плевриты** делят на сухие и экссудативные. По характеру плеврального выпота экссудативные плевриты могут быть серозными и гнойными.
- Плеврит, как правило, является осложнением туберкулёза лёгких. Переход туберкулёзного процесса на плевру возможен контактным, лимфогенным и гематогенным путём.
- **Цирротический туберкулёз**

#### **Основные факторы риска развития туберкулеза легких**

- контакт с больным открытой формой туберкулеза (больным, выделяющим возбудителя туберкулеза с мокротой, потом, слюной, калом, мочой, материнским молоком в окружающую среду) в условиях скученности (плохие жилищные условия, тюрьмы и пр.);
- пониженная сопротивляемость организма;
- наличие профессиональной легочной патологии (например, силикоза);
- длительная терапия кортикостероидными гормонами;
- алкоголизм;
- сахарный диабет;
- ВИЧ-инфекция;
- недоедание, переохлаждение, стрессы (одинокое люди пожилого и старческого возраста, бомжи, переселенцы)[инт. рис. 4.].

Пути передачи туберкулёза (Рис.2.)

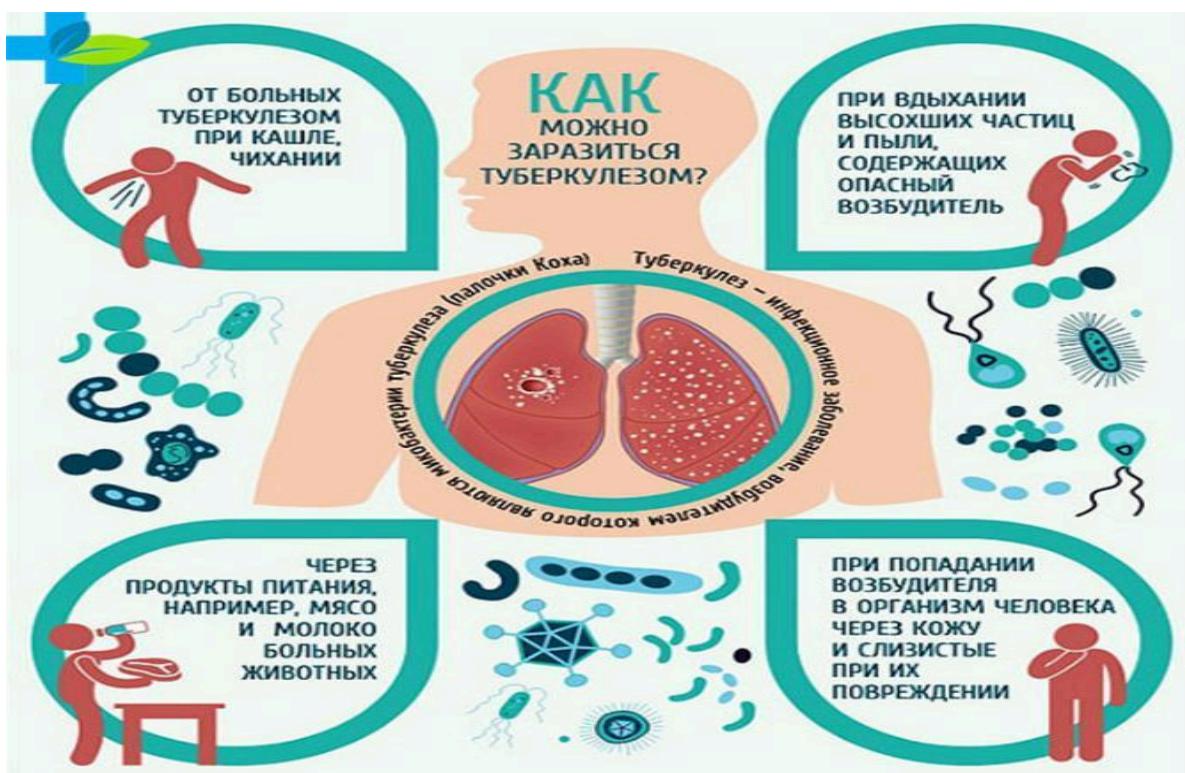
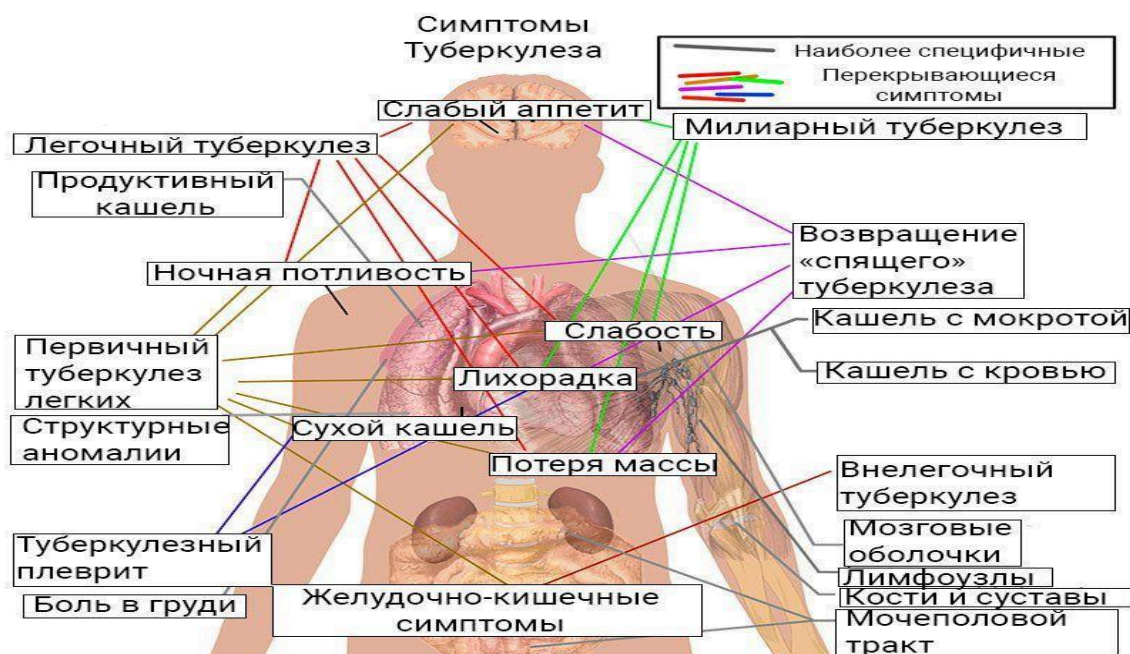


Рис.2.

**Основными симптомами туберкулеза легких являются**

- лихорадка;
- холодные ночные, иногда, обильные поты;
- слабость, утомляемость, недомогание, ухудшение аппетита;
- кашель - сухой или с выделением мокроты;
- кровохарканье;
- одышка;
- при развитии сердечно-легочной недостаточности - отеки, цианоз (Рис.3).



### Правила ухода за больным с туберкулезом легких

- обеспечение больного диетой, способствующей повышению защитных сил организма, богатой белками и витаминами (мясо, рыба, творог, фрукты, овощи, соки), животные белки должны составлять в рационе не менее половины общего количества белков, питание пятиразовое;
- при постельном режиме для ослабленных больных - обеспечение общим уходом;
- контроль за соблюдением санитарно-гигиенического режима;
- контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов;
- для сбора мокроты больной снабжается плевательницей достаточного размера с хорошо притертой крышкой и обеспечивается дезинфекция плевательницы и мокроты;
- во время подъемов температуры - уход как за лихорадящим больным;
- обеззараживание белья и посуды больных, выделяющих туберкулезную палочку;
- во время обильного потоотделения необходимо проводить смену нательного и постельного белья;
- контроль за дыханием, пульсом и артериальным давлением;
- контроль за весом больного;
- контроль за характером мокроты (наличие в ней крови);
- оказание помощи при кровохарканье;
- контроль за проведением лечебной физкультуры;
- оказание психологической помощи.

#### • Меры профилактики

#### Социальная профилактика

- повышение жизненного уровня;
- улучшение условий труда и быта.

#### Санитарная профилактика

- санация очагов туберкулезной инфекции;

- санитарный и ветеринарный надзор;
- санитарно-просветительная работа;
- раннее выявление и адекватное лечение больных туберкулезом.

Санитарная профилактика проводится в очаге туберкулезной инфекции.

#### **Специфическая профилактика**

- вакцинация и ревакцинация всего населения;
- химиопрофилактика противотуберкулезными препаратами детей и подростков, находящихся в контакте с больным туберкулезом и излеченных от туберкулеза с целью предупреждения рецидива.

#### **Лечение туберкулеза**

Антибактериальная химиотерапия заняла ведущее место в лечении больных туберкулезом.

При лечении больного туберкулезом она применяется комбинированно, т. е. при одновременном или последовательном применении 2 или 3 препаратов, что повышает эффективность их действия и предотвращает образование лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий.

В обязанности медицинской сестры входит строгое выполнение назначений врача. Все лекарства больной должен принимать в установленные часы (до еды, после еды) и только в присутствии сестры, которая несет личную ответственность за прием лекарства больным.

#### **Группы противотуберкулезных препаратов**

Группа I — препараты наиболее эффективные: изо-ниазид и рифампицин.

Группа II — препараты средней эффективности: этамбутол, стрептомицин, протионамид (этионамид), пи-разинамид, канамицин, циклосерин, флоримицин.

Группа III — препараты умеренной эффективности: ПАСК, тибон.

Суточная доза химиопрепаратов может вводиться в один прием, а также может быть разделена на несколько приемов. Целый ряд препаратов, таких, как изониазид, рифампицин, стрептомицин, канамицин, этамбутол применяются однократно в течение суток. Это позволяет лучше контролировать прием лекарств медицинским персоналом, а главное — создает высокий пик концентрации химиопрепаратов в сыворотке крови. Такие средства, как этионамид, пипразинамид, циклосерин, ПАСК, применяются в основном 2 или 3 раза в сутки из-за плохой переносимости при однократном приеме. Помимо приема внутрь или внутримышечных инъекций, некоторые химиопрепараты могут вводиться внутривенно, в виде внутривенных инфузий или аэрозолей, а также ректально в виде свечей.

Эффективность химиотерапии во многом зависит от ее длительности. Если в период появления первых химиопрепаратов продолжительность лечения была сравнительно небольшой — 1—3 месяца, то в последующем / длительность химиотерапии постепенно увеличивалась и достигла 6—18 месяцев в зависимости от клинической формы туберкулеза, наличия деструкции (распада) ткани, распространенности процесса, его давности и эффективности лечения. Раннее прекращение химиотерапии приводит к обострению туберкулезного процесса за счет размножения оставшейся части бактерий. Химиопрепараты должны приниматься больными регулярно: ежедневно, особенно на первых этапах лечения, а затем могут вводиться 2—3 раза в неделю. Интенсивность химиотерапии повышается при применении как минимум трех, а иногда и большего числа химиопрепаратов ежедневно, а также их внутривенным введением. Изониазид и

рифампицин рассматриваются как самые активные препараты с наиболее выраженным действием; к ним приближается этамбутол.

Оптимальная суточная доза изониазида для взрослых 0,6—0,9 г. Препарат принимают внутрь после еды в один прием, реже в 2—3 приема. Практикуется внутривенное капельное введение 10 % раствора изониазида, растворы изониазида применяют также местно для промывания плевральной полости и свищей, в ингаляциях и в виде внутритрахеальных вливаний.

*Рифампицин* — полусинтетический антибиотик широкого спектра действия; особенностью его фармакоки-нетики (распределения в организме) является способность создавать в участках поражения легочной ткани длительно сохраняющиеся высокие концентрации. Особенно эффективны комбинации, включающие рифампицин и изониазид.

*Этамбутол* оказывает влияние преимущественно на быстро размножающиеся микобактерии туберкулеза. Особенностью фармакологического действия его является быстрое накопление в эритроцитах, которые превращаются в «депо» препарата.

*Стрептомицин* и его производные (стрептомицина сульфат, дигидрострептомицина сульфат) наиболее активны в отношении быстро размножающихся микобактерий.

Стрептомицин и его производные вводят внутримышечно взрослым по 1 г в сутки в одной инъекции. Стрептомицин используют также в аэрозолях, в виде инсталляций в плевральную и брюшную полости, каверну, бронхи. При туберкулезном менингите возникает необходимость во введении стрептомицин-хлоркальциевого комплекса в спинномозговой канал.

### **Специфическая профилактика туберкулеза**

Вакцинация и ревакцинация проводятся вакциной БЦЖ- Она представляет собой живую высушенную культуру ослабленного, потерявшего вирулентность, но сохранившего иммуногенность (т. е. способность стимулировать развитие противотуберкулезного иммунитета) штамма микобактерий туберкулеза.

По мере развития после вакцинации приобретенного иммунитета к туберкулезу появляется и чувствительность к туберкулину — антигену туберкулезной палочки. Это позволяет с помощью туберкулиновой пробы косвенно судить о развитии противотуберкулезного иммунитета. Чувствительность к туберкулину возникает только через 1,5—2 месяца после вакцинации, а до этого введенная в организм вакцина защитного действия не оказывает. Поэтому привитых детей (особенно новорожденных) и подростков необходимо изолировать от больных активными формами туберкулеза минимум на 6—8 недель. Туберкулиновая чувствительность после внутрикожной прививки сохраняется до 7 лет. К этому сроку угасает и поствакцинальный иммунитет, появляется необходимость в ревакцинации.

Прививки против туберкулеза проводят новорожденным (в родильном доме) и не инфицированным туберкулезом здоровым людям, у которых проба Манту с 2 ТЕ дала отрицательный результат, причем между проведением пробы Манту и прививкой должно пройти не менее 3 и не более 14 дней.

Ревакцинации подлежат дети в 7 лет, затем в 12 лет и в 17 лет, а затем каждые 7 лет до 30-летнего возраста.

Прививки проводятся только в специальных кабинетах поликлиник, амбулаторий, здравпунктов, медико-санитарных частей и противотуберкулезных диспансеров

(процедурных, прививочных кабинетах) в дни, не совпадающие с постановкой пробы Манту и других профилактических прививок.

Вакцину БЦЖ выпускают в ампулах, содержащих 1 мг БЦЖ, что составляет 20 доз по 0,05 мг. На этикетках ампулы указан номер серии, срок годности и название института-изготовителя. Вакцина должна храниться в темном месте при температуре не выше +8 °С (желательно в холодильнике на отдельной полке). Срок годности ее 12 месяцев с момента выпуска.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Понятие о туберкулезе.
2. Эпидемиология, этиология, иммунитет и резистентность.
3. Инфицированность туберкулезом, вирусы туберкулиновых проб.
4. Туберкулезная интоксикация детей и подростков.
5. Туберкулез органов дыхания.
6. Туберкулез других органов и систем.
7. Осложнения туберкулеза.
8. Остаточные изменения после излеченного туберкулеза.
9. Прогноз и особенности ухода за туберкулезными пациентами.

#### **Лекция 15. Неврологический пациент в семье**

##### **План:**

- Распознавание и постановка диагноза при поражении периферической нервной системы (НС).
- Инфекционных болезней центральной нервной системы (ЦНС), нарушении мозгового кровообращения (сотрясения головного мозга, закрытая черепно-мозговая травма, инсульт).
- Интоксикационные поражения НС.
- Особенности ухода за больными НС.

**Неврология** (греч. neuron – нерв, logos – учение, наука). Сумма дисциплин, объектом которых является нервная система в норме и патологии. Патологические изменения нервной системы весьма разнообразны не только в количественно, но также и в клинических проявлениях, этим они и отличаются от заболеваний других систем. Кроме того, нервная система включает не одну однородную систему, а состоит из множества систем, каждая из которых уникальна. Более того, нарушение функции нервной системы во многих случаях проявляется нарушением функций других систем и органов. Основные причины, вызывающие поражения нервной системы Инфекционные, вызывающие воспалительные повреждения нервной системы, к этим причинам относятся:

- бактериальные (пневмококки, менингококки, гемофильная палочка, листерия вызывают менингиты, энцефалиты, стрептококки и стафилококки вызывают абсцесс головного мозга, микобактерия туберкулеза – туберкулезный менингит, бледная трепонема – нейросифилис),
- грибковые инфекции (криптококкоз, аспергиллез, мукормикоз, кокцидиоидомикоз, бластомикоз, актиномикоз), простейшие и паразиты (токсоплазмоз, цистицеркоз, цитосомы, трихинеллез, церебральная малярия),
- вирусные, которые могут попадать воздушно-капельным путем (свинка или эпидемический паротит. Корь, ветрянка (ветряная оспа)), фекально-оральным (энтеровирусы), половым (герпес), через кожу (арбовирусы, ВИЧ).

- Через плаценту во время беременности (краснуха, цитомегаловирус), по периферической нервной системе (это в основном герпес, вирус бешенства) и вызывают негнойный менингит, острый энцефалит, ганглиолит, острый передний полиомиелит.
- Травматические причины, при которых могут возникать сотрясения и ушибы головного мозга, разрывы периферических нервов и другие заболевания. Опухолевые причины, которые могут возникать первично, например, в головном мозгу или вторично, при метастазировании.
- Сосудистые причины (патологические изменения артерий, артериол, капилляров, вен, синусов), это могут быть окклюзия (закупорка) 5 сосудов тромбом, эмболом, разрыв сосудистой стенки, нарушения проницаемости или воспаления сосудистой стенки, артериальная гипертензия, повышение вязкости крови и другие.
- Наследственные причины, вызываю наследственные метаболические заболевания, наследственные миатонии, врожденные нервно- мышечные заболевания. Дегенеративные причины, вызывают болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона и многие другие. Причины недостаточности питания, а именно витаминов группы В, витамина Е при этом могут возникать следующие заболевания: полинейропатия, нейропатия зрительного нерва, пеллагра и другие. Заболевания других органов и систем могут быть причинами развития заболеваний нервной системы. При заболеваниях сердца, легких, почек, печени, поджелудочной железы, эндокринных органов практически всегда страдает нервная система.

### **Основные симптомы заболеваний нервной системы.**

**Двигательные расстройства.** Это могут быть параличи (полная или практически полная потеря мышечной силы), парезы (частичное снижение мышечной силы). Парализованные мышцы становятся расслабленными и мягкими, их сопротивление при пассивных движениях слабо выражено или отсутствует, также в этих мышцах развивается атрофический процесс (в течение 3-4 месяцев нормальный объем мышцы уменьшается на 70 – 80 %), сухожильные рефлексы будут отсутствовать – это периферический паралич. Нарушения координации движений и другие расстройства функции мозжечка. При этом возникают нарушение координации произвольных движений (атаксия), дизартрия (замедление или нечеткость речи), гипотония конечностей. Из других нарушений двигательных движений выделяют:

- тремор (дрожание), астериксис (быстрые, крупноразмашистые, аритмичные движения),
- клонус (ритмичные однонаправленные сокращения и расслабления группы мышц),
- миоклонус (аритмичные, толчкообразные сокращения отдельных групп мышц).

Нарушения речи, как зрачки реагируют на свет, изменения в аккомодации, функционирование глазодвигательных мышц, остроту зрения и слуха, кинетику мимической мускулатуры, языка, глоточных мышц; как пациент держит вытянутые вперед рук и движения в них, субъективные признаки нарушения чувствительности, рефлекс с разных мышц, наличие патологических рефлексов, активные движения в суставах.

### **Особенности ухода за пациентами с заболеваниями нервной системы в семье.**

**Инсульт** (insulto – скачок, лат.), инфаркт мозга, кровоизлияние в мозг. Удар или, как в старину говорили, апоплексический удар - это острое нарушение мозгового

кровообращения, которое характеризуется закупоркой или разрывом сосудов мозга и внезапным (от нескольких минут до нескольких часов) появлением симптомов повреждения мозга или его оболочек, которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в достаточно короткий промежуток времени.

Различают геморрагический инсульт при котором происходит кровоизлияние в мозг и ишемический инсульт, возникающий в следствии затруднения или прекращения поступления крови к тому или иному отделу мозга и сопровождающийся размягчением участка мозговой ткани – инфарктом мозга (Рис.1.)

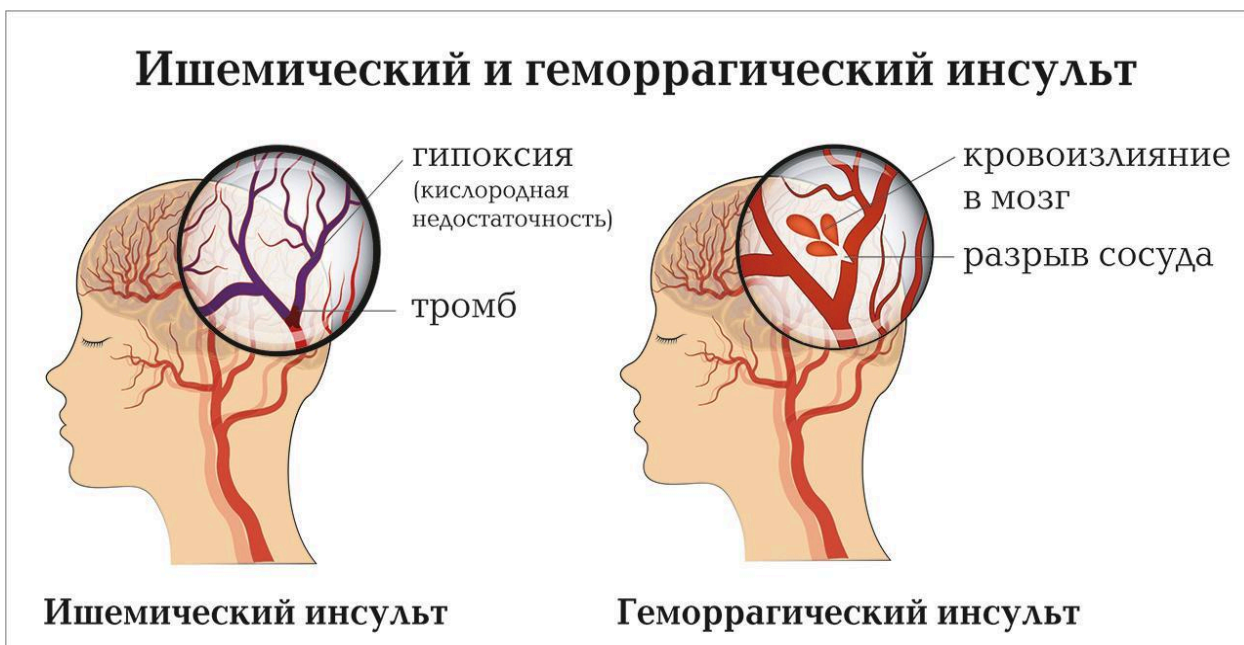


Рис.1.

У многих больных инсульт возникает внезапно, но иногда ему предшествуют предвестники. Например, при гипертонической болезни и атеросклерозе появляется шум в ушах, тяжесть в голове, головная боль и головокружение, появляется преходящая слабость руки, ноги, иногда резкая общая слабость.

Геморрагический инсульт чаще происходит днем после стресса, эмоционального напряжения. У больного наступает парез (паралич) рук и ног, обычно с одной стороны (например, правой руки и ноги при кровоизлиянии в левое полушарие головного мозга), нарушается речь. Многие больные теряют сознание, не реагируют на окружение, в первые часы, могут быть судороги, рвота, храпящее дыхание.

Ишемический инсульт может произойти в любое время суток, чаще ночью во время сна, иногда он развивается постепенно. Например, сначала немеет рука, затем половина щеки, а в дальнейшем затрудняется речь. Вопрос о госпитализации решает врач. Если возможно больной госпитализируется в неврологическое отделение, чаще в первые дни после инсульта больной находится в отделении интенсивной терапии или в реанимации. После инсульта у больных могут сохраняться более или менее длительное время различные нарушения сознания, двигательных (параличи, парезы), расстройства речи, чувствительности, мочеиспускания. Во время нахождения больного в неврологическом

стационаре с ним работает мультидисциплинарная бригада, в состав которой входит реаниматолог, невропатолог, терапевт, уролог, хирург, логопед, гематолог, реабилитолог, специалист по лечебной физкультуре, массажистки, медицинские сестры. Главные факторы риска — это повышенное артериальное давление и атеросклероз (сужение артерий из-за отложения в их стенках воскоподобного вещества - холестерина). Частота инсультов в последние десятилетия снизилась в основном потому, что люди стали лучше понимать, насколько важно контролировать повышенное артериальное давление и содержание холестерина в крови. К инсультам относят ишемический инсульт (инфаркт мозга) (до 80% всех случаев), геморрагический инсульт (кровоизлияние в мозг) (около 10% случаев) и субарахноидальное к р о в о и з л и я н и е (около 5%)[инт. рис. 4.].

### **Ишемический инсульт**

Ишемический инсульт чаще всего развивается при сужении или закупорке артерий, питающих головной мозг. Не получая необходимых им кислорода и питательных веществ, клетки мозга погибают. Ишемический инсульт подразделяют на атеротромботический, кардиоэмболический, гемодинамический, лакунарный и инсульт по типу гемореологической микроокклюзии.

### **Особенности лечения черепно-мозговых травм**

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) по статистике — самый распространенный вид травм и одна из основных причин инвалидизации в России. В группе риска — молодая трудоспособная часть населения в возрасте 21–45 лет, преимущественно мужчины. Мы расскажем о видах черепно-мозговых травм, способах лечения, а также о том, можно ли избежать фатальных последствий тяжелых повреждений головы.

### **Виды черепно-мозговых травм**

Говоря о диагностике и лечении ЧМТ, нельзя не рассмотреть разновидности этих травм: от типа во многом зависят и методы терапии, и скорость восстановления здоровья пациента.

Существует несколько основных классификаций черепно-мозговых травм:

Степень тяжести определяют по шкале комы Глазго — оценивают открывание глаз, речь и движения пациента. В результате ЧМТ присваивают одну из трех степеней:

- легкая (13–15 баллов);
- средняя (9–12 баллов);
- тяжелая (3–9 баллов).

**Характер травмы определяют по признаку связи внутричерепного пространства с окружающей средой. Возможны два варианта:**

- закрытая ЧМТ — внутричерепное пространство остается закрытым от окружающей среды, хотя при этом кожа и кости черепа могут быть повреждены;
- открытая черепно-мозговая травма. Внутричерепное пространство сообщается с окружающей средой, что повышает риск инфекций и осложнений. Часто приводит к тяжелым последствиям и даже смерти, наиболее сложная в лечении.

**По клиническим формам чаще всего выделяют следующие типы ЧМТ:**

- Сотрясение головного мозга.
- Ушиб мозга легкой степени.
- Ушиб мозга средней степени.
- Ушиб мозга тяжелой степени.
- Диффузное аксональное повреждение мозга.
- Сдавление мозга.
- Сдавление головы.

### **Последствия черепно-мозговых травм**

Перенесенная ЧМТ — одна из самых опасных травм не только из-за возникающего риска для жизни пациента. Угрозу несут последствия и возможные осложнения ЧМТ. Они могут возникнуть как сразу же после получения повреждений, так и через какое-то время.

Когнитивные функции могут пострадать даже при легкой степени травмы. В этом случае пациент испытывает спутанность сознания, снижение умственных способностей. При повреждениях средней и тяжелой степени возможна амнезия, ухудшение зрения, слуха, быстрая утомляемость.

Речевые навыки и навыки глотания ухудшаются при повреждениях средней и тяжелой степени. Последствием тяжелой ЧМТ может стать нечленораздельность речи и даже утрата речевой функции.

Моторика и функции опорно-двигательного аппарата. При черепно-мозговой травме средней степени возможны судороги конечностей и паралич шейных мышц. При тяжелых травмах может произойти частичный паралич, потеря чувствительности тела, парез конечностей, нарушение координации движений.

Болевой синдром может сопровождать даже легкие повреждения головного мозга, однако хронические боли чаще вызваны тяжелыми и средней тяжести травмами.

Психологическое состояние больше всего страдает в случае тяжелых ЧМТ. И речь не только о возможных нарушениях, вызванных повреждениями мозга: пациенты тяжело переживают ухудшение функций организма, частичную или полную утрату трудоспособности. В результате возникает апатия, раздражительность, депрессии.

### **Этапы лечения ЧМТ**

Первичная терапия должна начаться сразу после получения травмы: правильно выполненные манипуляции повысят шанс на выживание пациента и дальнейшее выздоровление.

Если имеется любой из нижеперечисленных признаков, необходимо вызвать неотложную помощь:

- сильная боль;
- потеря сознания;
- кровотечения из раны на голове, из ушей и носа;
- нарушения речи;
- слабый или сбивчивый пульс;
- остановка дыхания;
- судороги.

В ожидании приезда врачей следует уложить пострадавшего на спину, а в случае потери сознания — на бок. Обязательно проверить наличие пульса и частоту сердцебиения. При наличии раны наложить на нее стерильную повязку.

Прибывшие медработники, как правило, забирают пострадавшего в стационар. Лечение в клинике начинается с диагностики — определения характера и тяжести травмы и сопутствующих повреждений. При легких ЧМТ обычно достаточно снять болевые ощущения и обеспечить пациенту продолжительный отдых. В других случаях первым делом проводят восстановление дыхательных функций (при их нарушении). Возможно подключение пациента к аппарату искусственной вентиляции легких. В зависимости от характера раны различают методы обработки: иногда достаточно наложения повязки, в более сложных случаях — швов. При тяжелых повреждениях может потребоваться хирургическое вмешательство (удаление посторонних предметов, осколков, трепанация черепа и т.п.).

Дальнейшая терапия — медикаментозная, направленная на восстановление и поддержание основных показателей, возвращение или стабилизацию сознания больного. После купирования острой фазы переходят к дальнейшей реабилитации пациента.

Продолжительность и успешность восстановления будет зависеть не только от тяжести повреждений, но и от эффективности выбранных методик.

**Особенности ухода за больными с инфекционными заболеваниями нервной системы и черепно-мозговых травмах.** У больных с острыми инфекционными заболеваниями нервной системы, а также при закрытых черепно-мозговых травмах часто наступают психические нарушения. В этот период они нуждаются в постельном режиме, максимальном покое, щадящей диете. При острых заболеваниях центральной нервной системы могут наблюдаться нарушения глотания. В этом случае рекомендовано искусственное питание (питательные клизмы, питание через зонд). При нарушении дыхания необходимо делать отсасывание мокроты, слизи, в случае необходимости — интубация. При задержке мочеотделения делается катетеризация мочевого пузыря со строгим соблюдением правил асептики [инт. рис. 4.].

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Распознавание и постановка диагноза при поражении периферической нервной системы (НС).
2. Инфекционных болезней центральной нервной системы (ЦНС), нарушении мозгового кровообращения (сотрясения головного мозга, закрытая черепно-мозговая травма, инсульт).
3. Интоксикационные поражения НС.
4. Особенности ухода за больными НС.

#### **Лекция 16. Онкологический пациент в семье**

##### **План:**

- Профилактика осложнений онкологических заболеваний.

- Особенности ухода за онкологическими пациентами.
- Оказание онкологической помощи в домашних условиях.
- Вопросы этики и деонтологии с онкологическими пациентами.

## **Профилактика осложнений онкологических заболеваний.**

### **Первичная профилактика**

Направлена на выявление и устранение или ослабление влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на процесс возникновения злокачественной опухоли. Прежде всего, это полное устранение или минимизация контакта с канцерогенами.

При ранжировании основных причин, формирующих заболеваемость раком, лидирующую позицию занимает неправильное питание (до 35%), второе место принадлежит курению (до 32%). Таким образом, 2/3 случаев рака обусловлены этими факторами. Далее по степени убывания значимости следуют вирусные инфекции (до 10%), сексуальные факторы (до 7%), малоподвижный образ жизни (до 5%), профессиональные канцерогены (до 4%), алкоголизм (до 3%), непосредственное загрязнение окружающей среды (до 2%); онкологически отягощенная наследственность (до 2%); пищевые добавки, ультрафиолет солнца и ионизирующая радиация (до 1%). Неизвестными причинами обусловлены около 5% случаев рака.

**Питание.** Существует 6 основных принципов противораковой диеты, соблюдение которых позволяет существенно снизить риск развития рака:

1. Предупреждение ожирения (избыточный вес является ФР развития многих злокачественных опухолей, в том числе рака молочной железы и рака тела матки).
2. Уменьшение потребления жира (при обычной двигательной активности не более 50-70 г жира в день со всеми продуктами). Эпидемиологическими исследованиями установлена прямая связь между потреблением жира и частотой развития рака молочной железы, рака толстой кишки и рака предстательной железы.
3. Обязательное присутствие в пище овощей и фруктов, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенным действием. К ним относятся: желтые и красные овощи, содержащие каротин (морковь, помидоры, редька и др.); фрукты, содержащие большое количество витамина С (цитрусовые, киви и др.); капуста (особенно брокколи, цветная и брюссельская); чеснок и лук.
4. Регулярное и достаточное употребление растительной клетчатки (до 35 г ежедневно), которая содержится в цельных зернах злаковых культур, овощах, фруктах. Растительная клетчатка связывает ряд канцерогенов, сокращает время их контакта с толстой кишкой за счет улучшения моторики.
5. Ограничение потребления алкоголя. Известно, что алкоголь является одним из факторов риска развития рака полости рта, пищевода, печени и молочной железы.
6. Ограничение потребления копченой и нитрит-содержащей пищи. В копченой пище содержится значительное количество канцерогенов. Нитриты содержатся в колбасных изделиях и до сих пор часто используются производителями для подкрашивания с целью придания продукции товарного вида.

### **Злокачественные новообразования**

Злокачественные новообразования в отличие от других клеток и тканей организма характеризуются неудержимым ростом клеток с прорастанием в соседние ткани, метастазированием (перенос опухолевых клеток с током лимфы или крови в другие

органы и ткани), рецидивированием (появление опухоли на том же месте после ее удаления). В результате метаболических изменений, происходящих в организме больного, опухолевый процесс чаще всего приводит к общему истощению (кахексии).

**Злокачественные опухоли из эпителиальной ткани называют раком, а из соединительной — саркомой.**

Степень тяжести злокачественного опухолевого процесса принято обозначать стадиями. Стадия I — небольших размеров поверхностная язва или опухоль, не прорастающая в глубжележащие ткани и не сопровождающаяся поражением близлежащих регионарных лимфатических узлов. Лечение, проводимое в этой стадии, наиболее успешно.

Во II стадии опухоль уже прорастает в окружающие ткани, имеет небольшие размеры и дает метастазы в ближайшие лимфатические узлы.

Малая подвижность и крупный размер опухоли наряду с поражением регионарных лимфатических узлов характерны для III стадии заболевания. В этой стадии еще возможно провести лечение, особенно с помощью комбинированных методов, но результаты его хуже, чем в I и II стадиях.

В IV стадии имеются обширное распространение опухоли с глубоким прорастанием в окружающие ткани, с метастазами не только в регионарные лимфатические узлы, но и в отдаленные органы, выраженная кахексия. В этой стадии только у небольшого числа больных химиотерапевтический и лучевой методы лечения позволяют добиться длительного клинического эффекта. В остальных случаях приходится ограничиваться симптоматическим или паллиативным лечением. Только при своевременном распознавании злокачественных опухолей можно рассчитывать на успех лечения, иначе прогноз становится крайне неблагоприятным [инт. рис. 4.].

### **Предраковое состояние**

Существует группа заболеваний, на фоне которых чаще всего возникают злокачественные опухоли. Это так называемые предраковые состояния. Рак языка или губы развивается чаще всего на местах белых пятен или длительно незаживающих трещин слизистой оболочки; рак легкого — на месте хронических воспалительных процессов, а рак шейки матки — на месте ее эрозий. В начальных стадиях некоторые формы рака протекают почти бессимптомно, и больные часто не обращаются за врачебной помощью.

### **Лечение злокачественных новообразований**

Лечение злокачественных опухолей мягких тканей включает в себя три основных метода (хирургический, лучевой и химиотерапевтический), использующихся самостоятельно или в комбинации. Среди указанных методов доля хирургических вмешательств составляет до 40—50 %. К хирургическим способам лечения относятся ножевое или электрохирургическое иссечение опухолей мягких тканей, а также методы замораживания опухолевой ткани (криохирургия или криодеструкция) и разрушение опухоли при помощи лазерного луча. Существует комплексный метод, когда применяют все три вида лечения.

При лучевом лечении больных (наружное его применение) возникают повреждения кожи. Может наступить покраснение (эритема), которое соответствует ожогу I степени. В случае получения очень большой дозы облучения наступает отслойка наружных слоев кожи и, наконец, омертвление ее, соответствующее ожогу III степени.

При уходе за этими больными большое значение имеет профилактика инфицирования лучевой язвы. Для ликвидации местных реакций применяют различные мази, эмульсии и кремы, в состав которых входят эмульсия алоэ или тезана, линол, цигерол, гексерол, масло ягод облепихи, витамины А, Е, высококачественные жиры. При реакции слизистой оболочки прямой кишки или влагалища указанные препараты вводят в виде микроклизм и тампонов. Через несколько недель воспаление полностью исчезает, хотя надолго сохраняется пигментация данного участка кожи.

### **Показания для химиотерапии**

При распространении ракового процесса по всему организму в виде метастазов, при неоперабельных опухолях, локализирующихся в жизненно важных органах, единственно возможным может быть лечение химиопрепаратами и гормонами.

Лучевая терапия, а также химиотерапия могут создать условия для выполнения в дальнейшем и хирургической операции. Так, при раке молочной железы проведение курса лучевой терапии вызывает исчезновение метастазов в подмышечных лимфатических узлах и дает возможность проведения хирургической операции. При тяжелых раковых поражениях пищевода проведение лучевой терапии или химиотерапии способствует восстановлению прохождения пищи по пищеводу. При метастазах в лимфатические узлы средостения, которые сдавливают легкие и сосуды, проведение курса лучевой терапии уменьшает сдавление сосудов, что снижает отек тканей и улучшает функцию дыхания.

При этих операциях вмешательства обеспечивают удаление опухоли в пределах здоровых тканей в едином блоке с регионарным лимфатическим аппаратом, при соблюдении правил абластики и антиабластики.

Что представляют собой паллиативные операции при опухолях мягких тканей?

Наряду с радикальными производят так называемые паллиативные операции, направленные на удаление основной массы опухоли, чтобы впоследствии воздействовать на оставшиеся опухолевые клетки в ложе новообразования или его метастазы с помощью лучевой терапии или цитостатических препаратов.

### **В каких случаях больному выполняют операции по неотложным показаниям и диагностические операции?**

Выполняют операции по неотложным показаниям при непосредственной угрозе жизни больного в связи с осложненным течением заболевания (в частности, при распаде опухоли с кровотечением). Особое место в хирургическом лечении опухолей мягких тканей занимают диагностические операции, являющиеся, как правило, заключительным этапом диагностики.

Одним из основных принципов производства хирургических операций при опухолях мягких тканей является принцип зональности, который предполагает удаление опухоли в пределах здоровых тканей одного органа единым блоком с регионарным лимфатическим аппаратом либо вместе с органом, в котором она располагается, с одновременным удалением всего регионарного лимфатического аппарата также единым блоком.

Всем участникам операции необходимо также выполнять принципы абластики и антиабластики, направленные на предупреждение распространения в ране опухолевых клеток, которые являются источником развития рецидивов и метастазов.

## **Каковы обязанности медсестры при проведении хирургической операции по поводу опухолей?**

Даже при абластично выполняемой операции пересечение тканей всегда связано с возможностью попадания на рану элементов опухоли, в связи с чем нужно предпринимать ряд мер, направленных на предупреждение такого попадания. Так же как и при полостных хирургических вмешательствах, операционная сестра должна знать о необходимости как можно чаще менять салфетки, которые изолируют удаляемый препарат от операционного поля. Для осушивания раневой поверхности не следует применять одни и те же марлевые салфетки, шарики. После каждого употребления инструменты должны быть обработаны спиртом и только после этого вновь поданы хирургу. После каждого этапа операции необходимо не только обрабатывать руки в антисептическом растворе с последующим осушиванием марлевой салфеткой, но и протирать их спиртом.

При раке кожи широко применяется электрохирургическое лечение: электроиссечение и электрокоагуляция. Иссекают опухоль в широких пределах, в частности, при карциноме кожи достаточно отступить от края опухоли на 2—3 см, а при меланобластомах не менее 5 см. В случае удаления больших опухолей может возникнуть необходимость в аутопластике свободным кожным лоскутом или филатовским стеблем для закрытия раневого дефекта после широкого иссечения.

В лечении опухолей, расположенных на лице, нашел распространение метод криотерапии и лазерной терапии. При первом методе под воздействием низких температур происходит кристаллизация воды в клетках опухоли, приводящая к их гибели. При втором методе опухоль некротизируется под воздействием лазерного облучения. Помимо непосредственного влияния на опухоль, лазерный луч может быть применен в качестве светового скальпеля.

### **Особенности ухода за онкологическими больными**

Особенностью ухода за больными со злокачественными новообразованиями является необходимость особого психологического подхода. Нельзя допускать, чтобы больной узнал истинный диагноз. Терминов «рак», «саркома» следует избегать и заменить их словами «язва», «сужение», «уплотнение» и т. д. Во всех выписках и справках, выдаваемых на руки больным, диагноз тоже не должен быть понятным для пациента. Следует быть особенно осторожным в беседе не только с больными, но и с их родственниками.

Онкологические больные имеют очень лабильную, уязвимую психику, что необходимо иметь в виду на всех этапах обслуживания этих больных.

Если нужна консультация со специалистами другого медицинского учреждения, то вместе с больным направляется врач или медицинская сестра, которые перевозят документы. Если такой возможности нет, то документы посылают по почте на имя главного врача или выдают родственникам больного в запечатанном конверте. Действительный характер заболевания можно сообщить только ближайшим родственникам больного.

Надо стараться отделить больных с запущенными опухолями от остального потока больных. Желательно, чтобы больные с начальными стадиями злокачественных опухолей или предраковыми заболеваниями не встречали больных, имеющих рецидивы и

метастазы. В онкологическом стационаре вновь прибывших больных не следует помещать в те палаты, где есть больные с поздними стадиями заболевания.

### **Наблюдение и уход за онкологическими больными.**

При наблюдении за онкологическими больными большое значение имеет регулярное взвешивание, так как падение массы тела является одним из признаков прогрессирования болезни. Регулярное измерение температуры тела позволяет выявить предполагаемый распад опухоли, реакцию организма на облучение. Данные измерения массы тела и температуры должны быть зафиксированы в истории болезни или в амбулаторной карте.

При метастатических поражениях позвоночника, нередко возникающих при раке молочной железы или легких, назначают постельный режим и подкладывают под матрац деревянный щит во избежание патологических переломов костей. При уходе за больными, страдающими неоперабельными формами рака легких, большое значение имеют пребывание на воздухе, неутомительные прогулки, частое проветривание помещения, так как больные с ограниченной дыхательной поверхностью легких нуждаются в притоке чистого воздуха.

Необходимо обучить больного и родственников мероприятиям гигиенического характера. Мокроту, которую часто выделяют больные, страдающие раком легких и гортани, собирают в специальные плевательницы с хорошо притертыми крышками. Плевательницы нужно ежедневно мыть горячей водой и дезинфицировать 10—12 % раствором хлорной извести. Для уничтожения зловонного запаха в плевательницу добавляют 15—30 мл скипидара. Мочу и испражнения для исследования собирают в фаянсовое или резиновое судно, которое следует регулярно мыть горячей водой и дезинфицировать хлорной известью.

### **Режим питания**

Важен правильный режим питания. Больной должен получать пищу, богатую витаминами и белками, не менее 4—6 раз в день, причем следует обращать внимание на разнообразие и вкусовые качества блюд. Придерживаться каких-либо специальных диет не следует, нужно лишь избегать чрезмерно горячей или очень холодной, грубой, жареной или острой пищи.

Больных с запущенными формами рака желудка следует кормить более щадящей пищей (сметана, творог, отварная рыба, мясные бульоны, паровые котлеты, фрукты и овощи в размельченном или протертом виде и др.) Во время еды обязателен прием 1—2 столовых ложек 0,5—1 % раствора хлористоводородной кислоты.

Выраженная непроходимость твердой пищи у больных с неоперабельными формами рака кардиального отдела желудка и пищевода требует назначения калорийной и богатой витаминами жидкой пищи (сметана, сырые яйца, бульоны, жидкие каши, сладкий чай, жидкое овощное пюре и др.). Иногда улучшению проходимости способствует следующая смесь: спирт-ректификат 96 % — 50 мл, глицерин — 150 мл (по одной столовой ложке перед едой). Прием указанной смеси можно комбинировать с назначением 0,1 % раствора атропина по 4—6 капель на столовую ложку воды за 15—20 минут до еды. При угрозе полной непроходимости пищевода необходима госпитализация для паллиативной операции. Для больного, имеющего злокачественную опухоль пищевода, следует иметь

поильник и кормить его только жидкой пищей. В этом случае часто приходится пользоваться тонким желудочным зондом, проводимым в желудок через нос.

### **Паллиативная помощь онкологическим больным: типы, методы и особенности оказания услуг**

Люди, страдающие онкологическими заболеваниями IV стадии, нуждаются в особом уходе, сочетающем в себе медицинскую, психологическую и социальную помощь. Нередко после того, как лечение по тем или иным причинам оказывается безрезультатным, человек остается один на один со своей проблемой. Родственники такого больного тоже часто не знают, как повысить качество его жизни, как помочь ему справиться со страхами и облегчить боль. Профессиональная паллиативная помощь онкологическим больным оказывает позитивное влияние на разные аспекты жизни самого пациента и его близких.

### **В чем особенности оказания паллиативной помощи в онкологии**

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) паллиативная помощь — это подход, имеющий своей целью улучшение качества жизни пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни. Цель достигается путем облегчения и предупреждения страданий, что подразумевает раннее выявление, оценку и купирование боли и других тягостных симптомов, а также оказание психологической, социальной и духовной помощи. Таким образом, паллиативная помощь складывается из двух компонентов. Первый — облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением); второй — медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни. Задачей паллиативной помощи является обеспечение лучшего, насколько это возможно, качества жизни пациента. Смерть в этом случае рассматривается как естественный процесс. Паллиативная медицина не имеет намерений отсрочить или приблизить ее наступление. Паллиативная помощь должна быть оказана всем без исключения больным с неблагоприятным прогнозом для жизни. По данным статистики, в Европе ежегодно от онкологических заболеваний умирает 1,6 млн человек. Эффективная паллиативная помощь в нашей стране может быть организована в тесном взаимодействии специализированных медицинских учреждений с представителями альтернативных или волонтерских организаций.

### **Принципы и стандарты помощи**

Как мы уже говорили, сущность паллиативной помощи — не в лечении основного заболевания, а в снятии симптомов, ухудшающих качество жизни больного. Такой подход, кроме медицинского аспекта, включает в себя психологическую, социальную, культурную и при необходимости, духовную помощь. Принципы и стандарты оказания паллиативной помощи изложены в так называемой Белой книге, разработанной Европейской ассоциацией паллиативной помощи.

Автономия и достоинство пациента. Каждый больной должен иметь право выбора, как и где получать помощь. Паллиативный уход может осуществляться только с согласия больного или его близких (в случае неспособности пациента самостоятельно принять решение). В процессе оказания паллиативной медицинской помощи к больному необходимо относиться с уважением и чуткостью, принимая во внимание его личные и религиозные ценности.

Постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками в процессе планирования и осуществления помощи. Следует избегать неожиданных изменений в ходе лечения без согласования с больным или его близкими.

Непрерывность оказания помощи. Она заключается в постоянном мониторинге состояния пациента, назначении необходимых медикаментов и уходе с первого дня обращения и до последнего.

Общение. Доказано, что доброжелательное общение увеличивает эффективность паллиативного лечения. Тяжелобольной человек нередко замыкается в себе, уходит от контактов. Специалисты по паллиативной помощи обязаны владеть навыками общения в сложной ситуации. С одной стороны, необходимо максимально честно донести до пациента информацию о его состоянии и перспективах, с другой стороны, с уважением отнестись к его надеждам на благоприятный исход. Мультипрофессиональный и междисциплинарный подход. Для достижения наибольшего эффекта в оказании паллиативной помощи онкологическим больным приглашаются врачи различных специальностей, психологи, социальные работники, волонтеры и служители церкви. Поддержка членов семьи больного. Это один из важных компонентов паллиативной помощи. На протяжении всего периода болезни родственникам оказывается помощь в подготовке к утрате и при необходимости продолжение поддержки после смерти члена семьи.

### **Паллиативные подходы и методы**

Паллиативная помощь включает в себя три подхода, каждый из которых имеет значение для достижения максимального эффекта.

### **Купирование боли и симптоматическая терапия**

Симптоматическая терапия направлена на борьбу с болями и другими соматическими проявлениями. Имеет своей целью обеспечение максимально удовлетворительного качества жизни при минимальном благоприятном прогнозе. Обычно боль возникает уже на последней стадии заболевания, утрачивая физиологическую защитную функцию и становясь крайне тяготящим жизнь фактором. В ряде случаев она связана непосредственно с опухолью, может быть постоянной или появляться периодически. Для эффективного купирования боли необходимо правильно оценить ее характер, разработать терапевтическую тактику и обеспечить постоянный уход. Наиболее доступным и простым в купировании боли способом является фармакотерапия. При получении необходимого препарата в правильной дозировке и через определенные промежутки времени этот метод эффективен в 80% случаев.

### **Психологическая поддержка**

Онкологический больной постоянно находится в стрессовой ситуации. Тяжелое заболевание, изменение привычных условий жизни, госпитализация, сложные операции и лечение, потеря трудоспособности и инвалидность, угроза смерти не могут не действовать отрицательно на психологическое состояние человека. Больной не способен адаптироваться к новым условиям существования, он постоянно испытывает чувство страха, обреченности, что неблагоприятно влияет на общее состояние. Родственники больного чаще всего тоже находятся под воздействием стресса и неспособны оказать ему психологическую поддержку. При оказании паллиативной помощи с больным и его

родственниками работают профессиональные психологи. Также в работе могут участвовать и волонтеры, восполняя пациенту недостаток общения. Если пациент нуждается в духовной поддержке, его посещает священнослужитель. По желанию больного могут быть проведены религиозные обряды.

### **Социальная поддержка**

Психологические проблемы могут усугубляться и социальными трудностями, связанными с расходами на лечение и уход. У 80% онкологических больных в тяжелой стадии имеются материальные проблемы, 40% нуждаются в улучшении жилищных условий. При этом две трети пациентов не имеют информации о доступной социальной помощи. При организации паллиативной помощи обязательно нужно оказывать и социальную поддержку больному и членам его семьи. В функции специалиста по социальной работе при этом рекомендуется включать: диагностику социальных проблем больного; разработку совместно с врачами индивидуального плана социальной реабилитации; проведение мероприятий по соцзащите, поддержке, бытовому устройству; информирование больного о правах и льготах и помощь в их получении; организацию и проведение медико-социальной экспертизы [инт. рис. 4.].

### **Вопросы для самоконтроля:**

- Профилактика осложнений онкологических заболеваний.
- Особенности ухода за онкологическими пациентами.
- Оказание онкологической помощи в домашних условиях.
- Вопросы этики и деонтологии с онкологическими пациентами.

## **Лекция 17. Хирургический пациент в семье**

### **План:**

- Уход за хирургическим больным
- Санитарная подготовка больного к операции
- Гигиена тела, белья, выделения больного в послеоперационном периоде
- Уход за послеоперационной раной

### **Уход за хирургическим больным**

Хирургия является особой медицинской специальностью, использующей с целью лечения приемы механического воздействия на ткани организма или хирургическую операцию, что обуславливает ряд серьезных отличий в организации и осуществлении ухода за хирургическими больными.

Хирургическая операция - это сложная целенаправленная диагностическая или чаще всего лечебная акция, связанная с методическим разъединением тканей, направленным на доступ к патологическому очагу и на его ликвидацию с последующим восстановлением анатомических взаимоотношений органов и тканей.

Изменения, которые происходят в организме больных после оперативного вмешательства, чрезвычайно многообразны и включают в себя функциональные, биохимические и морфологические расстройства. Они вызваны рядом причин: голоданием до и после операции, нервным напряжением, операционной травмой, кровопотерей, охлаждением, особенно при брюшно-полостных операциях, изменением соотношения органов за счет удаления одного из них.

Конкретно это выражается потерей воды и минеральных солей, распадом белка.

Развивается жажда, бессонница, боли в области раны, нарушение моторики кишечника и желудка, нарушение мочеиспускания и др.

Степень этих изменений зависит от сложности и объема хирургической операции, от исходного состояния здоровья больного, от возраста и др. Некоторые из них бывают легко выражены, в других же случаях представляются значительными.

Закономерные отклонения от нормальных физиологических процессов чаще всего представляют собой естественный ответ на операционную травму и частично не требуют устранения, так как система гомеостаза их самостоятельно нормализует.

Правильно организованный уход за больными подчас в хирургии послеоперационного периода остается единственно важным элементом, которого может быть вполне достаточно для полного и быстрого излечения больного.

Профессиональный уход за больными после операций предполагает знание, как закономерных изменений их общего состояния, местных процессов, так и возможного развития осложнений.

**УХОД** - это один из важных элементов в лечении больного, организуется на основании профессионального знания возможных изменений или осложнений у больных после операций и направлен на своевременное предупреждение и устранение их.

Объем ухода зависит от состояния больного, его возраста, характера заболевания, объема оперативного вмешательства, предписанного режима, возникающих осложнений.

Уход за больными - это помощь больному в его немоющем состоянии и важнейший элемент медицинской деятельности.

У тяжелых послеоперационных больных уход включает в себя помощь при удовлетворении им основных жизненных потребностей (еда, питье, движение, опорожнение кишечника, мочевого пузыря и пр.); проведение мероприятий личной гигиены (умывание, профилактика пролежней, смена белья и др.); помощь во время болезненных состояний (рвота, кашель, кровотечение, нарушение дыхания и т.д.).

К уходу относится и ряд санитарно-эпидемиологических мероприятий, осуществляемых медицинским персоналом и направленных на поддержание должной чистоты в медицинском учреждении и предупреждение возникновения и распространения инфекционных (гнойно-септических) осложнений. К таким мероприятиям относятся регулярная уборка и проветривание помещений, санитарная обработка больных, их одежды, белья, предметов ухода, некоторые меры дезинфекции (дезинфекция - умерщвление патогенных микроорганизмов) и дезинсекции (дезинсекция - уничтожение насекомых-паразитов).

В хирургической практике у больных, страдающих от боли, находящихся в страхе перед или после оперативного вмешательства, уход предполагает активную позицию со стороны персонала. Хирургические больные, особенно тяжелые послеоперационные больные, не просят о помощи. Любые мероприятия по уходу приносят им дополнительные болезненные неприятные ощущения, поэтому они негативно относятся к любым попыткам активизации двигательного режима, выполнению необходимых гигиенических процедур. В этих ситуациях персонал должен проявлять заботливую, терпеливую настойчивость.

Важным компонентом ухода за больными является создание максимального физического и психического покоя. Тишина в помещении, где находятся больные, спокойное, ровное, доброжелательное отношение к ним медицинского персонала, устранение всех неблагоприятных факторов, которые могут травмировать психику больного, - вот некоторые основные принципы так называемого лечебно-охранительного режима медицинских учреждений, от которого во многом зависит эффективность лечения больных. Для хорошего исхода заболевания очень важно, чтобы больной находился в спокойном, физиологически удобном положении, в хороших гигиенических условиях, получал рациональное питание.

Способствует выздоровлению заботливое, теплое, внимательное отношение медицинского персонала.

### **Санитарная подготовка больного к операции**

В системе лечения и его организации важное место занимает предоперационный период. Это определенный отрезок времени необходимый для установления диагноза и приведения к витальным уровням жизненно важных функций органов и систем. Предоперационная подготовка проводится с целью уменьшения риска операции, предотвращения возможных осложнений. Предоперационный период может быть очень коротким при производстве экстренных операций и относительно растянутым при производстве плановых операций.

Общая подготовка к плановым операциям включает все исследования связанные с установлением диагноза, выявлением осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний, определением функционального состояния жизненно важных органов. При показаниях назначается медикаментозное лечение, направленное на улучшение деятельности различных систем, чтобы привести к определенной готовности организм больного к оперативному вмешательству. От характера и проведения, в конечном итоге от организации предоперационного периода во многом зависит результат предстоящего лечения.

Плановые операции целесообразно отложить при менструации, даже при небольшом подъеме температуры, легкой простуде, появлении гнойничков на теле и т.д. Обязательна санация полости рта.

В обязанности младшего и среднего персонала входит санитарная подготовка больного. Обычно она начинается вечером накануне операции. Больному объясняют, что операции необходимо производить натощак. Вечером пациенты получают легкий ужин, а утром есть, пить нельзя.

Вечером при отсутствии противопоказаний всем больным ставят очистительную клизму. Затем больной принимает гигиеническую ванну или душ, ему меняют нательное и

постельное белье. На ночь по назначению врача больному дают снотворные или седативные средства.

Утром непосредственно перед операцией широко сбривают волосы с будущего операционного поля и его окружности с учетом возможного расширения доступа. Перед бритьем кожу протирают дезинфицирующим раствором и дают ей подсохнуть, а после бритья протирают спиртом. Эти мероприятия нельзя производить заранее, так как возможно инфицирование полученных в процессе бритья ссадин и царапин. Несколько часов достаточно для превращения их в очаг инфекции с развитием впоследствии послеоперационных осложнений.

Утром больной умывается, чистит зубы. Зубные протезы вынимают, заворачивают в марлевую салфетку и кладут в тумбочку. На волосистую часть головы надевают шапочку или косынку. Женщинам с длинными волосами заплетают косы.

После премедикации пациента доставляют в операционную обязательно на каталке в сопровождении медсестры, одетой в чистый халат, колпак и маску.

У больных, поступающих по экстренным показаниям, объем санитарной подготовки зависит от срочности необходимой операции и определяется дежурным врачом.

Обязательными мероприятиями являются опорожнение желудка с помощью желудочного зонда и бритье волосяного покрова операционного поля.

### **Гигиена тела, белья, выделении больного в послеоперационном периоде**

Послеоперационный период - это отрезок времени после перенесенной операции, который связан с завершением раневого процесса - заживлением раны, и стабилизацией пониженных и пострадавших функций жизнеобеспечивающих органов и систем.

У больных в послеоперационном периоде различают активное, пассивное и вынужденное положение.

Активное положение свойственно больным со сравнительно легкими заболеваниями, либо в начальной стадии тяжелых заболеваний. Больной может самостоятельно изменить положение в кровати, садиться, встать, ходить.

Пассивное положение наблюдается при бессознательном состоянии больного и, реже, в случае крайней слабости. Больной неподвижен, остается в положении, которое ему придали, голова и конечности свешиваются в силу их тяжести. Тело сползает с подушек к нижнему концу кровати. Такие больные требуют особого наблюдения со стороны медперсонала. Необходимо время от времени менять положение тела или отдельных его частей, что является важным в деле профилактики осложнений - пролежней, гипостатической пневмонии и т.д.

Вынужденное положение больной принимает для прекращения или ослабления имеющихся у него болезненных ощущений (боль, кашель, одышка и др.).

Уход за больными с общим режимом после операции сводится в основном к организации и контролю за соблюдением ими гигиенических мероприятий. Тяжелым больным с постельным режимом необходима активная помощь по уходу за телом, бельем и в осуществлении физиологических отправления.

В компетенцию медицинского персонала входит создание для больного функционально выгодного положения, способствующего выздоровлению и профилактике осложнений.

Например, после операции на органах брюшной полости целесообразно положение с поднятым головным концом и слегка согнутыми коленями, что способствует

расслаблению брюшного пресса и обеспечивает покой операционной ране, благоприятные условия для дыхания и кровообращения.

Для придания больному функционально выгодного положения могут быть использованы специальные подголовники, валики и т.д. Существуют функциональные кровати, состоящие из трех подвижных секций, которые позволяют с помощью ручек плавно и бесшумно придать больному удобное положение в постели. Ножки кровати снабжены колесиками для передвижения ее на другое место.

Важным элементом ухода за тяжелыми больными является профилактика пролежней. Пролежень - это омертвление кожи с подкожной клетчаткой и других мягких тканей, развивающееся вследствие их длительного сдавления, нарушений местного кровообращения и нервной трофики. Пролежни обычно образуются у тяжелых, ослабленных больных, вынужденных длительное время находиться в горизонтальном положении: при положении на спине - в области крестца, лопаток, локтей, пяток, на затылке, при положении больного на боку - в области тазобедренного сустава, в проекции большого вертела бедренной кости.

Возникновению пролежней способствует плохой уход за больными: неопрятное содержание постели, и нательного белья, неровный матрац, крошки пищи в постели, длительное пребывание больного в одном положении.

При развитии пролежней вначале на коже появляется покраснение кожи, болезненность, затем эпидермис, иногда с образованием пузырей. Далее происходит омертвление кожи, распространяющееся вглубь и в стороны с обнажением мышц, сухожилий, надкостницы. Для профилактики пролежней каждые 2 часа изменяют положение, поворачивая больного, при этом места возможного появления пролежней осматривают, протирают камфорным спиртом или другим дезинфицирующим средством, производят легкий массаж - поглаживание, похлопывание.

Очень важно, чтобы постель больного была опрятной, сетка хорошо натянута, с ровной поверхностью, поверх сетки кладут матрац без бугров и впадин, а на него чистую простыню, края которой подворачивают под матрац, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки.

Для больных, страдающих недержанием мочи, кала, при обильном отделяемом из ран необходимо подкладывать клеенку по всей ширине кровати и хорошо подгибать ее края для предупреждения загрязнения постели. Сверху постилают пеленку, которую меняют по мере надобности, но не реже, чем каждые 1-2 дня. Мокрое, загрязненное белье меняют немедленно.

Под крестец больного подкладывают резиновый надувной круг, покрытый пеленкой, а под локти и пятки - ватно-марлевые круги. Более эффективно использование противопролежневого матраца, который состоит из множества надувных секций, давление воздуха в которых периодически волнообразно меняется, что также периодически волнообразно меняет давление на различные участки кожи, тем самым, производя массаж, улучшая кровообращение кожи. При появлении поверхностных поражений кожи производят их обработку 5% раствором перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Лечение глубоких пролежней осуществляется по принципу лечения гнойных ран, по назначению врача.

Смена постельного и нательного белья производится регулярно, не реже одного раза в неделю, после гигиенической ванны. В отдельных случаях смена белья производится дополнительно по мере необходимости.

В зависимости от состояния больного существует несколько способов смены постельного и нательного белья. Когда больному разрешают сидеть, его пересаживают с постели на стул, а младшая медсестра перестилает ему постель.

Смена простыни под тяжелым больным требует от персонала определенного навыка. Если больному разрешено поворачиваться на бок, нужно сначала осторожно приподнять его голову и убрать из-под нее подушку, а затем помочь больному повернуться на бок. На освободившейся половине кровати, находящейся со стороны спины больного, нужно скатать грязную простынь так, чтобы она в виде валика легла вдоль спины больного. На освободившееся место нужно положить чистую, также наполовину скатанную простыню, которая в виде валика ляжет рядом с валиком грязной простыни. Затем больному помогают лечь на спину и повернуться на другой бок, после чего он окажется лежащим на чистой простыне, повернувшись лицом к противоположному краю кровати. После этого убирают грязную простынь и расправляют чистую.

Если больному совсем нельзя двигаться, можно сменить простыню другим способом. Начиная с нижнего конца кровати, скатывать грязную простыню под больного, приподнимая поочередно его голени, бедра и ягодицы. Валик грязной простыни будет находиться под поясницей больного. Скатанную в поперечном направлении чистую простыню кладут на ножной конец кровати и расправляют по направлению к головному концу, также приподнимая нижние конечности и ягодицы больного. Валик чистой простыни окажется рядом с валиком грязной - под поясницей. Затем один из санитаров слегка приподнимает голову и грудь больного, а другой в это время убирает грязную простыню, а на ее место расправляет чистую.

Оба способа смены простыни при всей ловкости ухаживающих неизбежно причиняют много беспокойств больному, и поэтому иногда бывает целесообразнее положить больного на каталку и перестелить постель, тем более что и в том и другом случае заниматься этим приходится вдвоем.

При отсутствии каталки нужно вдвоем переложить больного на край кровати, затем расправить на освободившейся половине матрац и простыню, после чего переложить больного на убранную половину постели и то же самое проделать с другой стороны. При смене нательного белья у тяжелых больных медсестре следует подвести руки под крестец больного, захватить края рубашки и осторожно подвести ее к голове, затем поднять обе руки больного и скатанную рубашку у шеи перевести через голову больного. После этого освобождают руки больного. Одевают больного в обратном порядке: вначале надевают рукава рубашки, затем перекидывают ее через голову, и, наконец, расправляют под больным.

Для очень тяжелых больных имеются специальные рубашки (распашонки), которые легко надевать и снимать. Если у больного повреждена рука, сначала снимают рубашку со здоровой руки, а только затем с больной. Одевают вначале больную руку, а потом - здоровую.

У тяжелых больных, которые длительное время находятся на постельном режиме, могут наступать разнообразные нарушения состояния кожных покровов: гнойничковая сыпь, шелушение, опрелости, изъязвления, пролежни и т.д.

Необходимо ежедневно протирать кожу больных дезинфицирующим раствором: камфорным спиртом, одеколоном, водкой, спиртом пополам с водой, столовым уксусом (1 столовая ложка на стакан с водой) и т.д. Для этого берут конец полотенца, смачивают дезраствором, слегка отжимают и начинают протирать за ушами, шею, спину, переднюю

поверхность грудной клетки и в подмышечных впадинах. Следует обращать внимание на складки под молочными железами, где у тучных женщин могут образоваться опрелости. Затем насухо вытирают кожу в том же порядке.

Больному, находящемуся на постельном режиме, необходимо мыть ноги два или три раза в неделю, поставив у ножного конца кровати тазик с теплой водой. При этом больной лежит на спине, младшая медсестра намыливает ему ноги, моет, вытирает, а затем подстригает ногти.

Тяжелые больные не могут самостоятельно чистить зубы, поэтому после каждого приема пищи медсестра должна обработать больному полость рта. Для этого она поочередно с каждой стороны изнутри отводит шпателем щеку больному и протирает зубы и язык с помощью пинцета марлевым шариком, смоченным 5% раствором борной кислоты, или 2% раствором натрия гидрокарбоната, или слабым раствором перманганата калия. После этого больной тщательно прополаскивает рот тем же раствором или просто теплой водой.

Если больной не в состоянии произвести полоскание, то ему следует произвести орошение полости рта с помощью кружки Эсмарха, резиновой груши или шприца Жане. Больному придают полусидячее положение, грудь накрывают клеенкой, к подбородку подносят почкообразный лоток для стекания промывной жидкости. Медсестра шпателем поочередно оттягивает правую, затем левую щеку, вводит наконечник и орошает полость рта, отмывая при этом струей жидкости частицы пищи, зубной налет и т.д.

У тяжелых больных часто возникают воспалительные явления на слизистой оболочке рта - стоматиты, десен - гингивиты, языка - глосситы, что проявляется покраснением слизистой, слюнотечением, жжением, болью при приеме пищи, появлением язвочек и неприятного запаха изо рта. У таких пациентов лечебное орошение производится дезинфицирующими препаратами (2% раствор хлорамина, 0,1% раствор фурацилина, 2% раствор натрия гидрокарбоната, слабым раствором калия перманганата). Можно делать аппликации путем накладывания стерильных марлевых салфеток, смоченных в дезинфицирующем растворе или болеутоляющем средстве на 3-5 минут. Процедуру повторяют несколько раз в день.

При сухости губ и появлении трещин в углах рта не рекомендуется широко открывать рот, дотрагиваться до трещин и срывать образовавшиеся корочки. Для облегчения состояния больного применяют гигиеническую помаду, губы смазывают любым маслом (вазелиновым, сливочным, растительным).

Зубные протезы на ночь снимают, моют их с мылом, хранят в чистом стакане, утром снова промывают и надевают.

При появлении гнойных выделений, склеивающих ресницы, глаза промывают стерильными марлевыми тампонами, смоченными в теплом 3% растворе борной кислоты. Движения тампона производят в направлении от наружного края к носу.

Для закапывания капель в глаз пользуются глазной пипеткой, причем для разных капель должны быть разные стерильные пипетки. Больной запрокидывает голову и смотрит вверх, медсестра оттягивает нижнее веко и, не касаясь ресниц, не поднося пипетку к глазу ближе, чем на 1,5 см, закапывают 2-3 капли в конъюнктивальную складку одного, а затем другого глаза.

В случае необходимости опорожнения кишечника больному, находящемуся на строгом постельном режиме, подают судно, а при мочеиспускании - мочеприемник.

Судно может быть металлическим с эмалевым покрытием или резиновым. Резиновое судно применяют для ослабленных больных, при наличии пролежней, при недержании кала и мочи. Не следует туго надувать судно, иначе оно будет оказывать на крестец

значительное давление. Подавая судно в кровать, следует обязательно подложить под него клеенку. Перед подачей судно ополаскивают горячей водой. Больной сгибает ноги в коленях, медсестра левую руку подводит сбоку под крестец, помогая больному приподнять таз, а правой рукой помещает судно под ягодицы больного таким образом, чтобы промежность оказалась над отверстием судна, прикрывает больного одеялом и оставляет его одного. После дефекации судно извлекают из-под больного, его содержимое выливают в унитаз. Судно тщательно промывают горячей водой, а затем дезинфицируют 1% раствором хлорамина или хлорки в течение часа.

После каждого акта дефекации и мочеиспускания больных следует подмыть, так как в противном случае в области паховых складок и промежности возможны мацерация и воспаление кожи.

Подмывание производят слабым раствором перманганата калия или другие дезинфицирующим раствором, температура которого должна быть 30-35° С. Для подмывания нужно иметь кувшин, корнцанг и стерильные ватные шарики.

При подмывании женщина должна лежать на спине, согнув ноги в коленях и немного разводя их в бедрах, под ягодицы подкладывают судно.

Подмывание можно производить из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой, зажимом и влагалищным наконечником, направляя на промежность струю воды или слабого раствора перманганата калия.

Мужчин подмывать значительно проще. Положение пациента на спине, ноги согнуты в коленях, под ягодицы подкладывают судно. Ватой, зажатой в корнцанг, насухо протирают промежность, смазывают вазелиновым маслом для предупреждения опрелости.

#### **Уход за послеоперационной раной**

Локальным результатом любой операции является рана, которая характеризуется тремя важнейшими признаками: зияние, боль, кровотечение.

Организм обладает совершенным механизмом, направленным на заживление раны, который получил название раневого процесса. Цель его в ликвидации дефекта тканей и купировании перечисленных симптомов.

Процесс этот является объективной реальностью и происходит самостоятельно, проходя в своем развитии три фазы: воспаление, регенерация, реорганизация рубца.

Первая фаза раневого процесса - воспаление - направлена на очищение раны от нежизнеспособных тканей, инородных тел, микроорганизмов, сгустков крови и т.п.

Клинически эта фаза имеет симптомы характерные для любого воспаления: боль, гиперемия, отек, нарушение функции.

Постепенно эти симптомы стихают, и на смену первой приходит фаза регенерации, смысл которой заключается в заполнении дефекта раны молодой соединительной тканью. В конце этой фазы начинаются процессы констрикции (стягивания краев) раны за счет волокнистых соединительнотканых элементов и краевой эпителизации. Третья фаза раневого процесса, реорганизации рубца, характеризуется его укреплением.

Исход при хирургической патологии во многом зависит от правильного наблюдения и ухода за послеоперационной раной.

Процесс заживления раны абсолютно объективен, проходит самостоятельно и отработан до совершенства самой природой. Однако, существуют причины, которые препятствуют раневому процессу, тормозят нормальное заживление раны.

Наиболее частой и опасной причиной, осложняющей и замедляющей биологию раневого процесса, является развитие инфекции в ране. Именно в ране микроорганизмы находят

самые благоприятные условия обитания с необходимой влажностью, комфортной температурой, обилием питательных продуктов. Клинически развитие инфекции в ране проявляется ее нагноением. Борьба с инфекцией требует значительного напряжения сил макроорганизма, времени, всегда рискованна в отношении генерализации инфекции, развития других тяжелых осложнений.

Инфицированию раны способствует ее зияние, так как рана открыта для попадания в нее микроорганизмов. С другой стороны, значительные дефекты тканей требуют больше пластических материалов и больше времени для их устранения, что также является одной из причин увеличения сроков заживления раны.

Таким образом, способствовать скорейшему заживлению раны можно путем предупреждения ее инфицирования и путем ликвидации зияния.

У большинства больных зияние устраняется во время операции восстановлением анатомических взаимоотношений путем послойного зашивания раны.

Уход за чистой раной в послеоперационном периоде сводится прежде всего к мероприятиям по предупреждению ее микробного загрязнения вторичной, госпитальной инфекцией, что достигается четким выполнением хорошо разработанных правил асептики [инт. рис. 4.].

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Профилактика осложнений хирургических больных.
2. Особенности ухода за хирургическими пациентами.
3. Оказание неотложной помощи при несчастных случаях.
4. Особенности детского травматизма.

### **Лекция 18. Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье.**

#### **Консультирование членов семьи по уходу**

##### **План:**

- Задачи гериатрической службы
- Понятие о гериатрии
- Биологический возраст, естественное, преждевременное, замедленное старение.
- Возрастные изменения при различных заболеваниях пожилого и старческого возрастов.

#### **Задачи гериатрической службы**

Основной целью деятельности гериатрического центра является организация и оказание специализированной гериатрической медицинской помощи населению старших возрастных групп и лицам с преждевременными признаками старения организма. Для выполнения этой цели гериатрический центр решает такие задачи:

1. Мониторинг состояния здоровья лиц старших возрастных групп и потребности их в медицинской и медико-социальной помощи.
2. Анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений общей лечебной сети, гериатрических и медико-социальных учреждений и подразделений по оказанию лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременной постарения организма;

3. Мониторинг выполнения государственных гарантий, в том числе льгот по медицинскому и лекарственному обеспечению, отдельным видам протезирования;
4. Участие в разработке региональных и территориальных программ по улучшению медицинской помощи и лекарственного обеспечения указанным категориям граждан;
5. Оказание консультативной и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременной постарения организма;
6. Подбор адекватных и не медикаментозных методик лечения в различных возрастных группах;
7. Внедрение в практику современных методов диагностики, лечение и реабилитации адаптированных к применению у пожилых больных, и лицам с признаками преждевременной постарения организма;
8. Проведение санитарно-просветительной работы, содействие в социально-психологической адаптации пожилым и обучение навыкам ухода за ними;
9. Оказание организационно-методической и практической помощи лечебно-профилактическим учреждениям и специалистам общей лечебной сети по вопросам гериатрии, проведение совещаний, конференций и семинаров по актуальным вопросам геронтологии и гериатрии.
10. Обеспечение взаимодействия с органами и учреждениями социальной защиты населения при решении медико-социальных вопросов.

## **Понятие о гериатрии**

Геронтология - наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним (омоложение). Возникла около века назад. Составными частями геронтологии являются гериатрия - учение о болезнях, связанных с инволюционными изменениями, а также особенности лечения и профилактики заболеваний в пожилом и старческом возрасте, герогиена, которая изучает вопросы общей и специальной гигиены людей старших возрастных групп и геронтопсихология, которая изучает психолого-поведенческие особенности людей пожилого и престарелого возраста.

Гериатрия - частный раздел геронтологии, занимающийся изучением, профилактикой и лечением болезней старческого возраста. Некоторые заболевания часто наблюдаются именно у пожилых людей. Например, болезнь Альцгеймера, как правило, обнаруживается у людей старше 65 лет.

**Индивидуальная продолжительность жизни.**

**Индивидуальная продолжительность жизни (ИПЖ) зависит ряда факторов.**

- Социально-экономические факторы (экономическое развитие государства, улучшение гигиенических условий, снижение детской смертности, достижения медицины). Так, в слаборазвитых странах ИПЖ составляет 32-45 лет; а в развитых странах 68-73 года.
- Экологические факторы (температура, воздушная среда и т.д.). Показано, что снижение температуры тела, то есть жизнь в холоде, замедляет интенсивность и темп обменных

процессов и тем самым замедляет старение. Так, у дрозофил при  $t = 10^\circ$  ИПЖ составляет 177,5 дня, а при  $t = 30^\circ$  – 15,2 дня. Аналогичные данные получены по мышам и крысам.

- Уменьшение содержания кислорода в воздухе приводит к недоокислению многих веществ в организме (проблема свободных радикалов) и преждевременному старению. Вспомним, что большинство долгожителей живут в сельской местности.
- Генетические факторы. Имеет место корреляция ИПЖ детей и родителей. Так, 86% людей старше 90-100 лет имеет родителей-долгожителей; близнецы имеют примерно одинаковую ИПЖ; сердечно-сосудистые заболевания протекают легче, если родители – долгожители.
- Половой диморфизм. У женщин выше надежность систем саморегуляции, поэтому ИПЖ женщин выше, чем у мужчин.
- Гетерозис (смешение разных расовых групп). Дети от смешанных браков живут в среднем дольше.
- Образ жизни (режим питания, двигательный режим, активность человека как личности и как субъекта деятельности). Получена высокая корреляция (0,8-0,9) между общей калорийностью пищи, интенсивностью белкового обмена и видовыми сроками жизни.

- Творческая активность: ИПЖ у выдающихся ученых и деятелей искусства на 3-3,5 года выше средневидовой. Лица творческих профессий меньше подвержены наиболее частой болезни старческого возраста - атеросклерозу сосудов головного мозга. Таким образом, позднее завершение деятельности - один из главных факторов долголетия.

Под видовой (биологической) продолжительностью жизни подразумевается средний минимальный возраст, которого особи данного вида достигают при наиболее благоприятных условиях существования. После этого происходит снижение жизнеспособности организма, и на определенном этапе смерть становится неизбежной. Предполагается, что видовая продолжительность жизни является генетически запрограммированной, но различные факторы могут ускорить старение, приводя к преждевременной смерти.

Видовые изменения временной структуры продолжительности жизни. В основном это такие явления, как акселерация и ретардация.

Акселерация - ускорение развития (в основном физического) в раннем онтогенезе, начиная с периода новорожденности

Ретардация - замедление процессов старения. В результате расширяется период акме (наиболее продуктивной жизни).

#### **Теории старения.**

Старение — многопричинный процесс, вызываемый многими факторами, действие которых повторяется и накапливается в течение всей жизни. Среди них стресс, болезни, накопление продуктов метаболизма, воздействие чужеродных веществ, изменение

концентрации водородных ионов, температурные повреждения, недостаточное выведение продуктов распада белков, гипоксия и т. д.

### **Теории:**

Согласно теории генетической программы, старение и старость являются последним: этапом жизни человека, который завершает смерть. Эта теория предполагает, что каждый индивид имеет заданную продолжительность жизни, т. е. как бы носит в себе своеобразный «часовой механизм».

Мутационная теория считает старение результатом превращений, происходящих внутри клетки. Мутации в клетках происходят в течение всей жизни, их количество бесконечно велико. Мутационные изменения, связанные с процессом старения, практически не поддаются коррекции; их можно считать одной из возможных причин старения на молекулярном уровне.

Согласно аутоиммунной теории старения, антитела белков собственного организма могут влиять на процесс старения клеток и даже являются причиной их гибели.

Сторонники теории истощения считают, что отдельные органы и организм как единое целое постепенно истощаются и изнашиваются.

Теория отработанных клеток предполагает, что в клетках скапливаются отработанные вещества и это препятствует нормальной жизнедеятельности организма.

Приведенные теории не опровергают, а скорее дополняют друг друга.

Предмет. Содержание и структура экологии. Понятие о эндо и экзоекологии. Аут-, дем-, синэкология, экосферология, мегаэкология. Экофакторы (классификация, эволюция и взаимосвязь). Экологическая валентность.

### **Всё связано со всем**

#### **Ничто не исчезает в никуда**

Природа знает лучше — закон имеет двойной смысл — одновременно призыв сблизиться с природой и призыв крайне осторожно обращаться с природными системами.

### **Биологический возраст, естественное, преждевременное, замедленное старение**

#### **Научные методы определения биологического возраста**

Жизнеспособность нашего организма определяется не прожитыми годами, а относительной степенью износа организма.

В настоящее время учеными-геронтологами разработаны различные методы определения биологического возраста человека, которые позволяют установить не только примерный биологический возраст всего организма, но и отдельных его систем.

В качестве критериев определения биологического возраста могут быть использованы различные морфологические и психологические показатели, отражающие состояние здоровья, работоспособность, адаптационные возможности человека.

В частности, для определения биологического возраста проводят обследования следующих систем и органов организма:

кардиопульмональная система, при этом используют такие показатели как: систолическое артериальное давление; артериальное парциальное давление кислорода; жизненная емкость легких; время задержки дыхания после глубокого вдоха (проба Штанге); время задержки дыхания после глубокого выдоха (проба Генчи) и др.;

органы чувств, психика, исследуется состояние зрения, слуха, способность к переключению внимания, логическому мышлению и др.;

двигательный аппарат, определяются вес тела, эластическая способность сухожилий, мышечная масса, состояние ротовой полости, количество здоровых зубов и др.; кровеносная система, количество глюкозы в крови, уровень холестерина, длина теломер – концевых участков хромосом и др.

Темпы старения, как и развития, в определенной степени зависят от конституции человека, наследственности и генетической предрасположенности.

При определении «возрастных норм» и биологического возраста человека учитываются пол, индивидуальные и конституциональные особенности, а также принадлежность к определенной эколого-популяционной группе, влияние социальных факторов и другие обстоятельства.

### **Измерение длины теломер**

Российский биолог, ведущий научный сотрудник Института биохимической физики РАН Алексей Оловников в 1971 г. выдвинул гипотезу о том, что концы линейных хромосом, так называемые теломеры, с каждым делением укорачиваются.

Справочно: термин теломера – от греческого (telos) конец и (meros) часть ввел в научный оборот в 1930 г. американский генетик Герман Джозеф Мюллер (1890-1967) лауреат Нобелевской премии по физиологии (1946).

Уже тогда ученым было высказано предположение, что теломеры защищают хромосомы от деградации.

В человеческом организме 23 пары ядерных хромосом, т.е. 46 штук. Таким образом, получается 92 теломеры.

Поэтому после определенного количества делений клетка больше делиться не может. Была выявлена важная закономерность – возраст человека связан с длиной теломер.

Длина теломер и скорость их укорочения зависит от возраста. У человека длина теломер варьирует от 15 тысяч нуклеотидных пар (т.н.п.) при рождении до 5 т.н.п. при хронических заболеваниях.

Максимальна длина теломер у 18-месячных детей, а затем она быстро снижается до 12 т.н.п. к пятилетнему возрасту. После этого скорость укорачивания снижается.\*[1]

На базе этой теории испанские ученые из Национального центра по изучению рака разработали современную, оригинальную методику определения биологического возраста человека.

Поскольку наиболее показательными являются возрастные изменения на молекулярном уровне, их методика базируется на анализе крови.

Ученые определяют истинный биологический возраст человека, измеряя длину теломер – концевых участков хромосом.

Когда происходит деление клетки, теломеры укорачиваются. Поэтому чем старше человек становится, тем меньше их размер. Более подробно об этом биологическом механизме мы расскажем в следующем разделе.

Используя эту методику, в Мадриде была создана компания «Life Length» («Продолжительность жизни»), которая на основании результатов анализа крови может устанавливать примерный биологический возраст человека.

### **Определение уровня гормона мелатонина**

Согласно исследованиям геронтологов биологический возраст человека зависит, в том числе от уровня гормона мелатонина, синтез которого в организме осуществляется эпифизом (шишковидным телом мозга).

Этот гормон отвечает за циркадный ритм, т.е. циклическое колебание интенсивности основных биологических процессов, связанных со сменой дня и ночи.

Кроме того, он усиливает функционирование иммунной системы, обладает антиоксидантными свойствами.

У пожилых людей уровень мелатонина в организме, как правило, понижен, что возможно определить на основании специальных анализов.

### **Определение сексуальной активности**

Есть еще один метод определения биологического возраста, который связан с определением сексуальной активностью человека, уровнем его полового влечения, фертильностью сперматозоидов.

Сексуальная активность зависит от уровня половых гормонов. Поэтому одна из причин старения организма является снижение активности ферментов и соответственно регрессия половых желез.

Важнейший мужской гормон это – тестостерон. Он участвует в поддержании мышечной и костной массы оказывает влияние на многие физиологические процессы.

В норме уровень тестостерона в процессе развития организма повышается до 25-30 лет, а затем медленно снижается.

Таким образом, эксперты сексологи считают, что с учетом уровня тестостерона, если у мужчин возникает половое влечение, которое он без проблем может удовлетворяться примерно 6-7 раз в неделю, то его биологический возраст соответствует 20-летнему юноше.

Если мужчина свою сексуальную потребность реализует примерно 5-6 раз в неделю, то ему может быть примерно 30 лет,

У мужчин период юношеской гиперсексуальности сменяется относительно устойчивой высокой сексуальностью примерно до 35-45 лет, в зависимости от здоровья и образа жизни.

Как считают ученые, после 30 лет у человека начинается уменьшение выработки половых гормонов примерно на 1–3% в год и соответственно снижается сексуальная активность.

Если мужчина реализует свою половую потребность 3-4 раза в месяц - то его биологический возраст может быть в районе 40 лет.

У мужчин сексуальная функция начинает угасать существенно раньше, чем у женщин. К 50 годам у мужчин уменьшение выработки гормонов достигает 30%.

Соответственно, если мужчина удовлетворяет свою половую потребность 1-2 раза в месяц, то ему примерно – 50 лет, если реже, - то 60 лет и более.

С возрастом снижается секреция тестостерона, сперматогенез и эндокринная функция яичек. Значительное уменьшение уровня тестостерона примерно на 0,8% в год происходит в возрасте 55-60 лет.

У мужчины 75 летнего возраста уровень тестостерона составляет уже примерно 60% такого показателя у 30-летних мужчин.

Ученые из США обнаружили, что в течение двух последних десятилетий в крови американских мужчин неуклонно снижается уровень тестостерона.

К примеру, в 1988 г. уровень тестостерона у мужчин 65-69 лет в среднем составлял 503 нанограмма на децилитр (нг/дл), а в 2003 году – 423 нг/дл. Причины снижения уровня мужского гормона науке до сих пор не ясны.

В пожилом возрасте снижение уровня тестостерона в большей степени связано со снижением либидо и более частым развитием импотенции.

При этом следует отметить, что снижения фертильных свойств спермы с возрастом не происходит. Плотность спермы с возрастом не изменяется, однако происходит снижение

процента подвижных сперматозоидов и чаще встречаются сперматозоиды с измененной морфологией

При этом следует иметь в виду, что это среднестатистические выборки, не учитывающие индивидуальные физиологические и сексуальные особенности мужчин, которые в индивидуальном порядке могут значительно отличаться от приведенных данных.

По мнению ученых, уровень тестостерона, либидо, сексуальная активность и соответственно репродуктивный возраст, фертильность сперматозоидов на 50% определяется генетически, вторая половина факторов связана со средой проживания, образом жизни и др.

#### **Определение уровня глитоксенов**

Биологический возраст можно определить по уровню глитоксенов, который является биологическим маркером метаболического стресса.

В последние годы множество проведенных научных исследований свидетельствуют, что одним из пусковых механизмов старения организма является гликирование белков – то есть соединение молекул глюкозы с белками.

Гликирование белков это естественный биохимический процесс, который зависит от уровня глюкозы в крови и включает в себя ряд неферментивных реакций между белками или определенными липидами, жирами и глюкозой.

В результате происходит нарушение структуры белка, липидов и молекул, что приводит к возникновению окислительного стресса (аутофагии).

При этом гликирование способно повреждать не только белки и липиды, но и ДНК, что увеличивает риски появления мутаций, приводящим в конечном счете к различным заболеваниям, в том числе раковым.

В процессе гликирования образуются токсичные вещества, которые получили название AGE - конечные продукты глубокого гликирования (КПГ).

При старении организма окисленные белки начинают постепенно накапливаться в тканях организма. При этом у одних людей при старении AGE накапливаются раньше, у других позже.

Обнаружена связь между уровнем этого маркера и образом жизни человека. Примерно на 80% уровень AGE в организме человека зависит от образа жизни и лишь на 20% от генетики.

Во многом уровень AGE зависит от того, что вы едите, что и сколько пьете, насколько вы активны с физической точки зрения и др.

#### **Прочие методы определения биологического возраста**

В обыденной жизни есть достаточно простые, не требующие специальных исследований, хотя и менее точные способы определения биологического возраста.

Один из таких тестов называется «поза аиста». В частности, нужно встать, подогнув одну ногу. Руки вытянуть параллельно полу. Закрыть глаза и начать отсчёт времени в секундах.

Чем большее время вы сможете простоять на одной ноге, тем меньше ваш реальный биологический возраст.

Второй простой тест называется «защемление» по нему можно определить эластичность вашей кожи и соответственно примерный биологический возраст.

На тыльной стороне ладони нужно большим и указательным пальцем защемить кожу. Удерживать ее в таком положении примерно 5 секунд.

Если вам до 30 лет то замятины на коже исчезнут достаточно быстро, примерно через 5 секунд.

Если вам за 40 лет замятины на коже продержатся около 8 секунд, в пятидесятилетнем возрасте – 10 секунд, в шестидесятилетнем возрасте – 15 секунд. В возрасте 70 и выше лет морщины на коже могут сохраняться до 35-55 секунд.

Таким образом, если биологический возраст значительно отстает от календарного, то человек имеет больше шансов стать долгожителем[инт. рис. 4.].

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Задачи гериатрической службы
2. Понятие о гериатрии
3. Биологический возраст, естественное, преждевременное, замедленное старение.
4. Возрастные изменения при различных заболеваниях пожилого и старческого возрастов

**Методическое обеспечение практических занятия**

**Практические занятия**

Таблица 1.

**Практические занятия 5 семестр**

<b>№ практ. (сем.) занятия</b>	<b>Наименование и краткое содержание занятия</b>	<b>Часы</b>	<b>Характер и цель занятия, формируемые компетенции</b>	<b>Вид контроля</b>
1.	Организация работы семейной медсестры.	6	Цель – дать понятие о семейной медицине. Семейная медсестра функции и задачи, ГСВ, ЦСМ и т.д. <b>Формирует П.К. 2.1 ,П.К. 3.1.</b>	Тесты Ситуационные задачи
2.	Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами	6	Цель – дать понятие о беременности, питание, режим, отдых беременной женщины. Формирует <b>П.К. 2.2,П.К. 3.2.</b>	Тесты Опрос
3.	Роль семейной медсестры при уходе за новорожденными. Виды кормления.	6	Уход за новорожденным ребенком. Правильное кормление новорожденного. <b>Формирует П,К, 3.9</b>	Кроссворды Задания

4.	Роль семейной медсестры при работе с подростками.	6	Цель – правильное отношение родителей к детям в подростковом периоде. <b>Формирует П.К. 3.9</b>	Ситуационные задачи Опрос
5.	Роль семейной медсестры по уходу за больными с заболеваниями респираторной и сердечно - сосудистой системы.	6	Цель - уход за больными с заболеваниями дыхательной и сердечно – сосудистой системы. <b>Формирует П. К. 3.9.</b>	Устный опрос Ситуационные задачи
6.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения.	2	Цель темы – уход за больными с заболеваниями пищеварения. <b>Формирует П.К. 3.9.</b>	Тесты Устный опрос

Таблица 2.

**Практические занятия 6 семестр**

<b>№ практ. (сем.) занятия</b>	<b>Наименование и краткое содержание занятия</b>	<b>Часы</b>	<b>Характер и цель занятия, формируемые компетенции</b>	<b>Вид контроля</b>
1.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов мочевыделительной и эндокринной системы.	4	Цель – уход за больными с мочевыделительной и эндокринной системы. <b>Формирует П.К. 3.9</b>	Опрос Ситуационные задачи
2.	Роль семейной медсестры по уходу за инфекционными, в том числе туберкулезными больными.	6	Цель – ухода за инфекционными туберкулезными больными. Формирует <b>П.К. 3.9.</b>	Устный опрос Тесты
3.	Роль семейной медсестры по уходу за неврологическими, онкологическими и хирургическими пациентами.	6	Особенности ухода за неврологическими, онкологическими и хирургическими больными, <b>П.К. 3.9.</b>	Опрос Ситуационные задачи
4.	Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье. Консультирование членов семьи по уходу.	6	Особенности пожилого возраста. <b>Формирует П.К. 3.9.</b>	<b>Устный опрос</b> <b>Ситуационные задачи</b>

**Тема 1. Организация работы семейной медсестры**

**Вариант 1.1. Медицинское страхование гарантирует гражданам получение:**

- а) социальных пособий,
- б) медицинской помощи,
- в) прибавок к зарплате,
- г) санаторно-курортного лечения

**2. Совершенствование медицинской помощи населению на современном этапе связано с развитием:**

- а) стационарной помощи,
- б) медицинской науки,
- в) сельского здравоохранения,
- г) первичной медико-санитарной помощи

**3. Медицинское страхование может быть:**

- а) обязательным,

- б) добровольным,
- в) пенсионным,
- г) персональным,
- д) имущественным

**4. Медицинское страхование, гарантирующее определенный объем и условия медицинской помощи, является:**

- а) добровольным,
- б) обязательным

**5. Бесплатное получение медицинской помощи гарантируется при страховании:**

- а) возвратном,
- б) социальном,
- в) индивидуальном,
- г) обязательном медицинском,
- д) добровольном медицинском

**6. Дополнительные медицинские и другие услуги гражданам обеспечиваются программами медицинского страхования:**

- а) обязательного,
- б) добровольного,
- в) любого

**7. Медицинское обслуживание в рамках ОМС предоставляется в соответствии с программами:**

- а) базовыми,
- б) территориальными,
- в) базовыми и территориальными

**8. Базовая программа обязательного медицинского страхования гарантирует гражданам бесплатную медицинскую помощь.**

- а) любую,
- б) скорую,
- в) специализированную,
- г) квалифицированную,
- д) первичную медико-санитарную

**9. Объектом медицинского страхования является:**

- а) предприятие,
- б) учреждение,
- в) население,
- г) страховая компания,
- д) денежные вклады

**10. Функции листка нетрудоспособности:**

- а) статистическая,
- б) статистическая и финансовая,
- в) финансовая, статистическая, юридическая

#### **Вариант 2**

**1. Дисциплинарное взыскание со дня его вынесения может быть снято через:**

- а) один месяц,
- б) шесть месяцев,
- в) десять месяцев,
- г) один год,
- д) два года

**2. Приказ об увольнении объявляется сотруднику:**

- а) в устной форме,

- б) под расписку,
- 3. До издания приказа об увольнении за нарушение трудовой дисциплины работника необходимо затребовать:**
- а) рапорт,
  - б) заявление,
  - в) письменное объяснение
- 4. Увольнение за нарушение трудовой дисциплины возможно со дня нарушения проступка в течение:**
- а) 3 дней,
  - б) 10 дней,
  - в) 1 месяца,
  - г) 6 месяцев,
  - д) 1 года
- 5. Увольнение за прогул без уважительной причины возможно, если со дня его совершения прошло, не более:**
- а) 3 дней,
  - б) 10 дней,
  - в) 1 месяца,
  - г) 6 месяцев,
  - д) 1 года
- 6. Перед увольнением работника по несоответствию занимаемой должности необходимо:**
- а) согласие профкома,
  - б) согласие коллектива,
  - в) провести аттестацию работника,
  - г) согласие вышестоящего начальника,
- 7. В случае увольнения работника администрация обязана выдать трудовую книжку не позднее, чем:**
- а) в день увольнения,
  - б) через 2 дня,
- 8. При задержке выдачи трудовой книжки по вине работодателя работнику выплачивается средний заработок:**
- а) не более, чем за один месяц,
  - б) не более, чем за три месяца,
  - в) не более, чем за шесть месяцев,
  - г) за все время вынужденного прогула
- 9. Виды материальной ответственности:**
- а) ограниченная,
  - б) полная,
  - в) административная,
- 10. Ограниченная материальная ответственность возлагается на:**
- а) любого работника,
  - б) старшую медсестру,
- Эталон ответов:**

<b>Вариант 1</b>	<b>Вариант 2</b>
1- 2	1- 4
2- 4	2- 2
3- 1,2	3- 3
4- 2	4- 4
5- 4	5- 4
6- 2	6- 4
7- 3	7- 1
8- 2,5	8- 4
9- 3	9- 1,2
10- 3	10- 1

**Ситуационные задачи:**

**Задача № 1.**

Семейная сестра посетила семью с целью проведения лечебного патронажа. Семья состоит из 4 человек. Мать - 66 лет и состоит на диспансерном учёте по поводу сахарного диабета 2 типа, ожирение 2 степени, ИБС. Сын- 40 лет, работает инженером, страдает поясничным радикулитом. Невестка-40 лет, руководитель фирмы, страдает ожирением 2 степени, на диспансерном учёте не состоит. Внучка-10 лет, учится в 3 классе. Жилищные условия хорошие. Мать страдает сахарным диабетом с 60 лет. Диету не соблюдает, мания принимает не регулярно. Жалуется на жажду, повышение аппетита, сухость и зуд кожных покровов. При осмотре: питание повышено, кожа сухая, бледная, в паховых областях гиперемия, расчёсы. АД-160/100, пульс-80 ударов в минуту.

**Задания:**

1. Проведите профилактические мероприятия при осуществлении сестринского ухода (проконсультируйте пациента по вопросу рационального питания).
2. Дайте рекомендации по режиму.

**Задача № 2.**

Семейная сестра посетила на дому мужчину 47 лет, с целью профилактического патронажа. Пациент состоит на диспансерном учёте по поводу язвенной болезни желудка. Вредные привычки: пристрастие к спиртному, курение.

**Задания:**

1. Проведите профилактические мероприятия при осуществлении сестринского ухода (проконсультируйте пациента по вопросу рационального питания).
2. Обучите пациента здоровому образу жизни.

**Задача № 3.**

Семейная сестра посетила на дому мужчину 75 лет, с целью профилактического патронажа. Пациент состоит в течение 20 лет на диспансерном учёте по поводу бронхиальной астмы. День назад дети подарили шерстяной ковер.

**Задания:**

1. Проведите профилактические мероприятия при осуществлении сестринского ухода (проконсультируйте пациента по вопросу рационального питания).
2. Проведите профилактические мероприятия на дому.

Эталон ответов:

**Задача №1**

1. Рациональное питание при диабете 2 типа.

1. Диета с исключением сахара, сладостей, с резким ограничением животных жиров, с ограничением углеводов.

2. Все блюда готовят путем отваривания, запекания или на пару.

3. Жареные блюда исключаются.

4. Хлеб ржаной, белково-отрубной, белково-пшеничный, пшеничный из муки 2го сорта, в среднем 300г в день, несдобные мучные изделия.

5. Супы из разных сортов овощей, щи, борщи, нежирные мясные, грибные и рыбные бульоны.

6. Нежирные сорта мяса, говядина, телятина, кролик, курица.

7. Молоко и кисломолочные напитки, творог, несоленый, нежирный сыр.

8. Яйца, омлеты.

9. Крупы: гречневая, ячневая, пшенная, перловая, овсяная.

10. Фрукты и овощи.

11. Чай, кофе с молоком, соки из овощей, отвар шиповника.

12. Пищу готовить без соли.

2. Режим.

Прием пищи не большими порциями 5-6 раз в день.

Температура пищи не слишком горячая и холодная от 20 до 60.

**Задача №2**

Эталоны ответов.

1. Здоровый образ жизни.

Алкоголь обладает раздражающим действием на желудок и стимулирует секрецию соляной кислоты и ферментов, поэтому алкоголь стоит исключить из рациона.

При курении часть табачного дыма попадает в желудок, скопление смол на слизистой оболочке способно разрушать защитную слизистую и способствовать образованию язвенных дефектов. Если пациент не может полностью отказаться от курения, то необходимо снизить количество выкуриваемых сигарет и отказаться от курения натощак.

2. Обучение пациента здоровому образу жизни.

Рациональное питание при язвенной болезни желудка.

1. Щадящая диета, с исключением блюд, стимулирующих желудочную секрецию и химически раздражающих слизистую оболочку.

2. Питание дробное 5-6 раз, температура пищи от 20 до 40 градусов, блюда готовят в протертом виде, отварные или на пару.

3. Хлеб белый, серый вчерашний, сухари белые, бисквит.

4. Супы молочные, протертые, крупяные и овощные, кроме капусты.

5. Пюре овощное, каши и пудинги, вареные или паровые, яйца в смятку или омлет.

6. Сладкие сорта ягод и фруктов, соки, сахар, мед, варенье, кисели, мусс, желе.
7. Молоко, сливки, сметана, нежирный творог, масло сливочное.
8. Чай, какао, некрепкие с молоком.

Запрещенные продукты:

Крепкие мясные бульоны, грибы, жирное мясо, соленья, копченые продукты, консервы, сдоба, черный хлеб, шоколад, мороженое, капуста огурцы, острые и кислые овощи, газировка, квас.

### **Задача №3**

Эталоны ответов.

- 1.Профилактические мероприятия на дому.
  - 1.Надевайте на подушки, матрасы и одеяла гипоаллергенные чехлы.
  - 2.Не забывайте просушивать постельные принадлежности на солнце летом и зимой в мороз.
  - 3.Не используйте перьевые подушки, постельные принадлежности должны быть из искусственного наполнителя который легко стирается
  4. Меняйте постельные принадлежности не реже 1 раза в 7 дней
  - 5.Обязательно накрывайте кровать покрывалом в течение дня, защищая ее от пыли.
  - 6.Шторы и тюль чаще стирайте в максимально горячей воде.
  - 7.Ковры и ковровые покрытия желателно вообще убрать из квартиры. Избавьтесь от мягких игрушек.

## **Тема 2. Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами**

### **Вариант 1.**

#### **1. Беременная должна встать на учет в женской консультации до срока беременности**

- 1) 5 недель
- 2) 12 недель
- 3) 14 недель
- 4) 16 недель
- 5) 20 недель

#### **2. Физиологическая беременность продолжается**

- 1) 240 дней
- 2) 280 дней
- 3) 320 дней
- 4) 220 дней
- 5) 300 дней

#### **3. Перинатальный период продолжается**

- 1) с 12 недель беременности до рождения плода
- 2) с 20 недель беременности до 7-х суток после родов включительно
- 3) с 28 недель беременности до 56-го дня после родов включительно
- 4) с 28 недель беременности до 7 суток после родов включительно
- 5) с 32 недель беременности до 7 суток после родов включительно

#### **4. Беременная должна посещать женскую консультацию в первой половине беременности**

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 1 раз в 10 дней
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в месяц

5) 2 раза в триместр

**5. Во второй половине беременности беременная должна посещать женскую консультацию**

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 1 раз в 10 дней
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в месяц
- 5) 2 раза в триместр

**6. При наблюдении в женской консультации каждая беременная обязательно должна быть осмотрена**

- 1) терапевтом, хирургом, стоматологом, лор-специалистом
- 2) терапевтом и стоматологом, при наличии показаний - другими специалистами
- 3) терапевтом, гематологом, стоматологом, венерологом
- 4) стоматологом, лор-специалистом, при наличии показаний - другими специалистами
- 5) терапевтом, инфекционистом, стоматологом, венерологом

**7. Здоровая беременная должна быть осмотрена терапевтом**

- 1) 2 раза за беременность
- 2) 2 раза в месяц
- 3) 2 раза в триместр
- 4) 1 раз в 2 месяца
- 5) 3 раза в месяц

**8. Выкидышем называется прерывание беременности**

- 1) до 12 недель
- 2) до 20 недель
- 3) до 25 недель
- 4) до 28 недель
- 5) до 30 недель

**9. Женщина получает дородовый отпуск при сроке беременности**

- 1) 30 недель
- 2) 32 недели
- 3) 35 недель
- 4) 28 недель
- 5) 34 недели

**10. Клинический анализ крови у беременных в женской консультации проводится**

- 1) 2 раза в месяц
- 2) 1 раз в месяц
- 3) 3 раза за беременность
- 4) 2 раза в триместр
- 5) 1 раз в 2 месяца

**Вариант 2.**

**1. При наблюдении в женской консультации исследование общего анализа мочи беременным проводится**

- 1) 2 раза в триместр

- 2) 1 раз в месяц
- 3) 2 раза в месяц
- 4) 1 раз в неделю
- 5) к каждому посещению врача

**2. Реакция Вассермана в течение беременности проводится**

- 1) 1 раз
- 2) каждые 2 месяца
- 3) 1 раз в месяц
- 4) 3 раза
- 5) 2 раза в триместр

**3. Исследование мазков на гонококки Нейссера у беременных производится**

- 1) 1 раз за беременность
- 2) 1 раз в месяц
- 3) каждые 2 месяца
- 4) 3 раза за беременность
- 5) 2 раза в триместр

**4. Ультразвуковое исследование с целью пренатальной диагностики должно проводиться**

- 1) однократно в I триместре беременности
- 2) однократно в II триместре беременности
- 3) трижды в I, II и III триместрах беременности
- 4) в I и II триместрах беременности
- 5) по строгим показаниям

**5. Беременным женщинам проводится иммунопрофилактика**

- 1) столбняка
- 2) кори
- 3) дифтерии
- 4) полиомиелита
- 5) стафилококковой инфекции

**6. Основной задачей психопрофилактической подготовки беременной к родам является**

- 1) разъяснение влияния факторов внешней среды на течение беременности и развитие плода
- 2) ознакомление с основами гигиены режима и питания беременных
- 3) разъяснение физиологической сущности родов и течения послеродового периода
- 4) устранение психогенного компонента родовой боли
- 5) ознакомление беременных со строением и функциями половых органов, клиническим течением родов

**7. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам начинается**

- 1) с 12 недель
- 2) с 15-16 недель
- 3) с 20-22 недель
- 4) с 26-28 недель
- 5) с 32-35 недель

**8. Перво- и повторнбеременные начинают ощущать шевеления плода соответственно**

- 1) с 16 и 14 недель
- 2) с 18 и 16 недель
- 3) с 20 и 18 недель
- 4) с 22 и 20 недель
- 5) с 24 и 22 недель

**9. Влагалищное исследование при диспансерном наблюдении за беременной во II триместре**

- 1) должно проводиться при подозрении на предлежание плаценты
- 2) проводится для уточнения характера предлежащей части
- 3) должно проводиться при каждой явке
- 4) проводится один раз за триместр
- 5) проводится только при наличии показаний

**10. Для уточнения 30-недельного срока беременности можно использовать**

- 1) рентгенологический метод
- 2) УЗИ
- 3) ЭКГ и ФКГ плода
- 4) амниоскопию
- 5) цитологический метод

**Эталон ответов:**

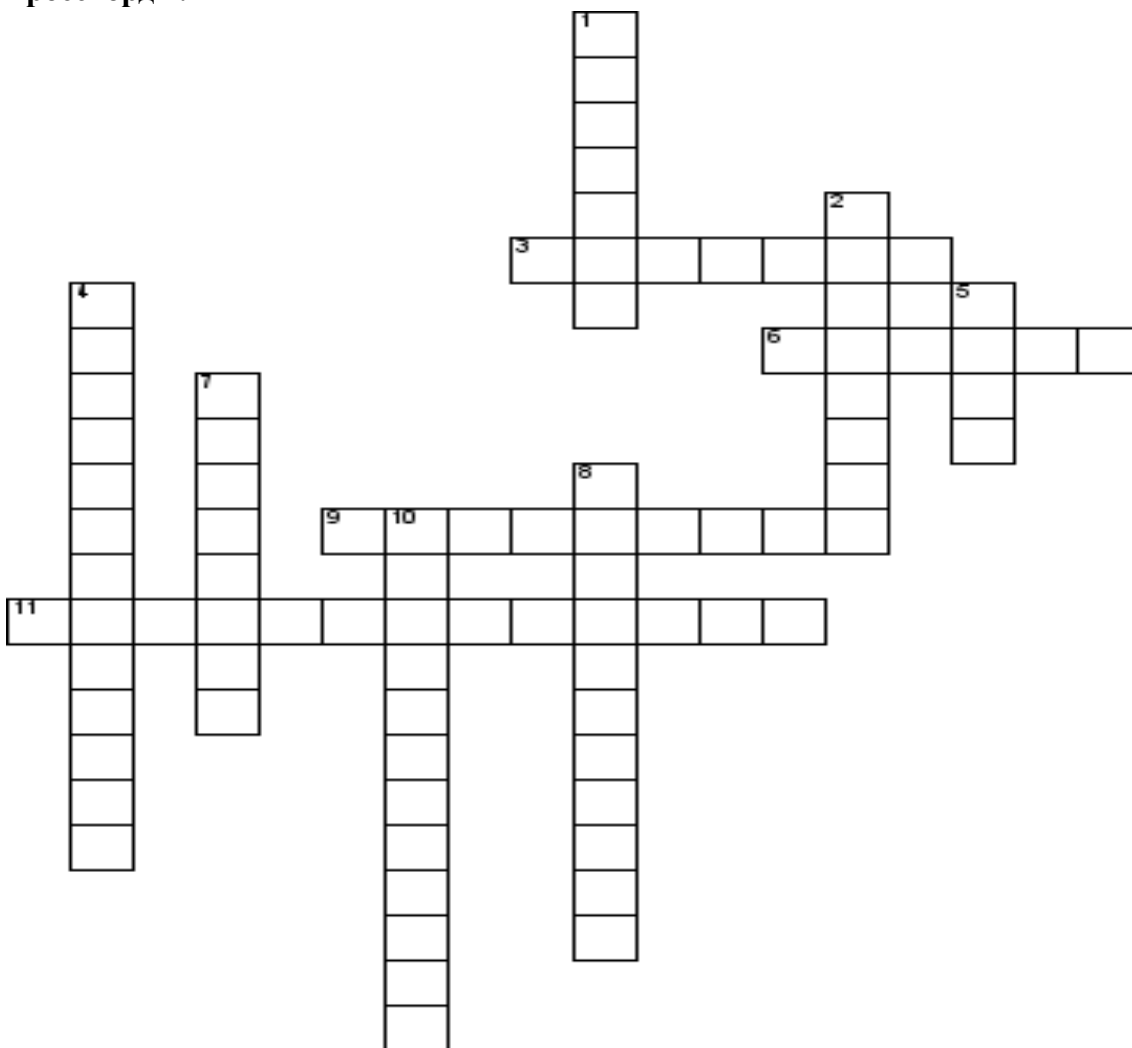
<b>Вариант 1.</b>	<b>Вариант 2.</b>
1- 2	1- 5
2- 2	2- 4
3- 4	3- 4
4- 4	4- 3
5- 3	5- 5
6- 2	6- 4
7- 2	7- 5
8- 4	8- 3
9- 1	9- 5
10-3	10-2

### **Вопросы для опроса:**

1. Планирование работы семейной медсестры с беременными женщинами.
2. Задачи службы планирования семьи: здоровая мать – здоровый ребенок, грудное вскармливание, служба социального патронажа и совместная работа их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья женщины. Тщательный сбор анамнеза, сомнительные признаки беременности, вероятные и достоверные признаки.
3. Определение продолжительности срока родов.
4. Виды контрацепции
5. Задачи службы планирования
6. Сомнительные признаки беременности
7. Вероятные и достоверные признаки
8. Определение продолжительности срока родов.
  
9. Роль женской консультации в антенатальной охране плода.
10. Адаптационные изменения в организме женщины при физиологической беременности.
11. Обследование беременных. Диагностика беременности ранних сроков.
12. Диагностика поздних сроков беременности. Определение срока родов.
13. Основные этапы внутриутробного развития плода.
14. Влияние факторов внешней среды (алкоголь, лекарственные препараты) на плод.
15. Пренатальная диагностика ВПР плода.
16. Перинатология. Профилактика перинатальной заболеваемости и смертности.
17. Безопасное материнство. Профилактика материнской смертности
18. Методы обследования гинекологических больных.
19. Методы обследования бесплодного брака.
20. Нейроэндокринная регуляция менструального цикла.
21. Особенности контрацепции подростков: классификация методов, механизм действия
22. контрацептивов, противопоказания.
23. Острые воспалительные заболевания придатков матки: этиология, клиника, диагностика, лечение.
24. Острый метроэндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
25. Возрастные периоды жизни женщины.
26. Преждевременное половое созревание: этиология, клиника, диагностика, принципы терапии.
27. Роль женской консультации в профилактике и лечении гинекологических заболеваний.
28. Современные методы контрацепции: виды, условия их применения, механизм действия,
29. противопоказания, осложнения.
30. Современные методы планирования семьи: цели, задачи, профилактика аборт.
31. Современные представления о нейроэндокринной регуляции менструального цикла.
32. Гипоталамо-гипофизарная нейросекреторная система и ее роль в регуляции менструальной функции.
33. Классификация нарушений менструальной функции.
34. Роль женской консультации в системе акушерско-гинекологической помощи.

35. Специальные методы гинекологического обследования (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия, УЗИ): информативность, показания, условия для выполнения

**Тема 3. Роль семейной медсестры при уходе за новорожденными. Виды кормления**  
**Кроссворд 1.**



**По горизонтали**

- 3. Ребенок от момента рождения до конца первого года жизни..
- 6. К одному году в среднем должно быть.. зубов
- 9. Тип дыхания в этом периоде?
- 11. Суточный объем пищи рассчитывают по формуле..

**По вертикали**



**По горизонтали**

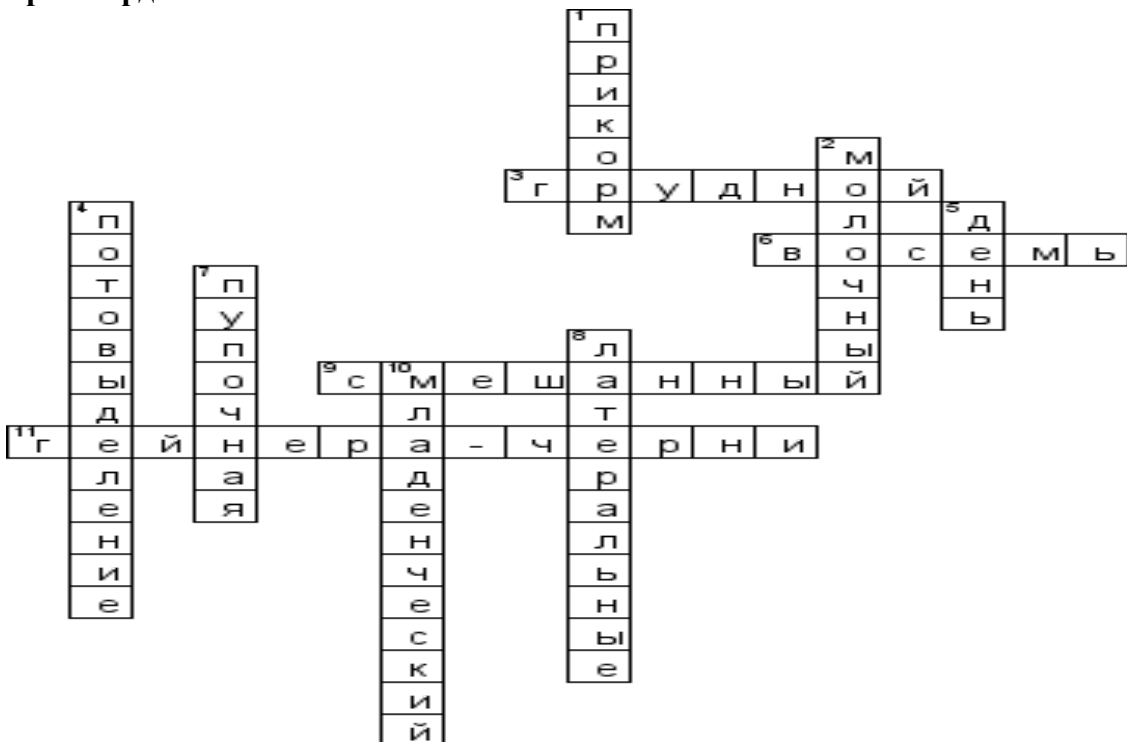
3. Продукты вводимые в рацион детям грудного возраста в качестве дополнения к женскому молоку
4. внутренняя оболочка плодного мешка
5. Как называется прикус составляющий 20 зубов и полностью сформирован к 2 годам
6. недостаток молока у матери
8. К концу 1-го месяца полностью эпителизируется ...ранка
11. токсикоз беременных
12. Ребёнок от момента жизни до 28 дней

**По вертикали**

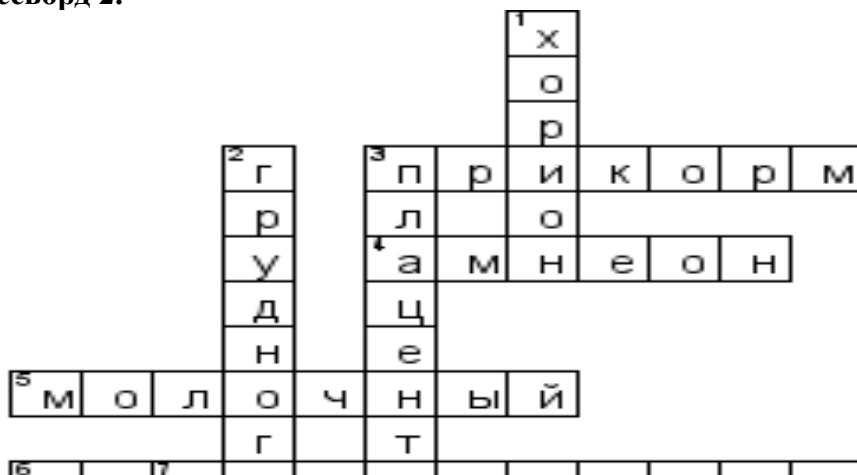
1. наружная зародышевая оболочка
2. Период включает детей от 29 дней до 12 месяцев
3. орган,осуществляющий связь между матерью и ребенком
7. С 3-го месяца жизни появляется слёзоотделение и ...
9. зародыш
10. изгиб позвоночника вперед

**Эталон ответов:**

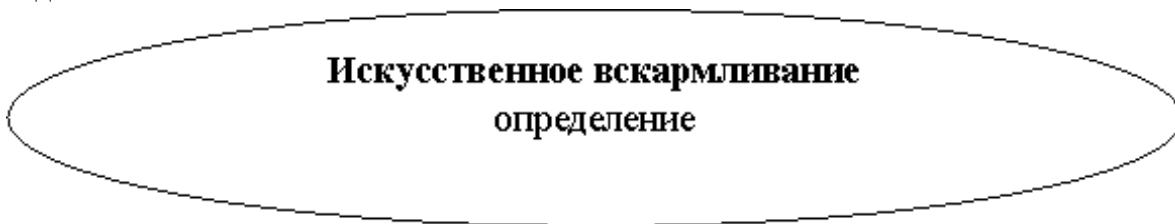
**Кроссворд 1.**



**Кроссворд 2.**

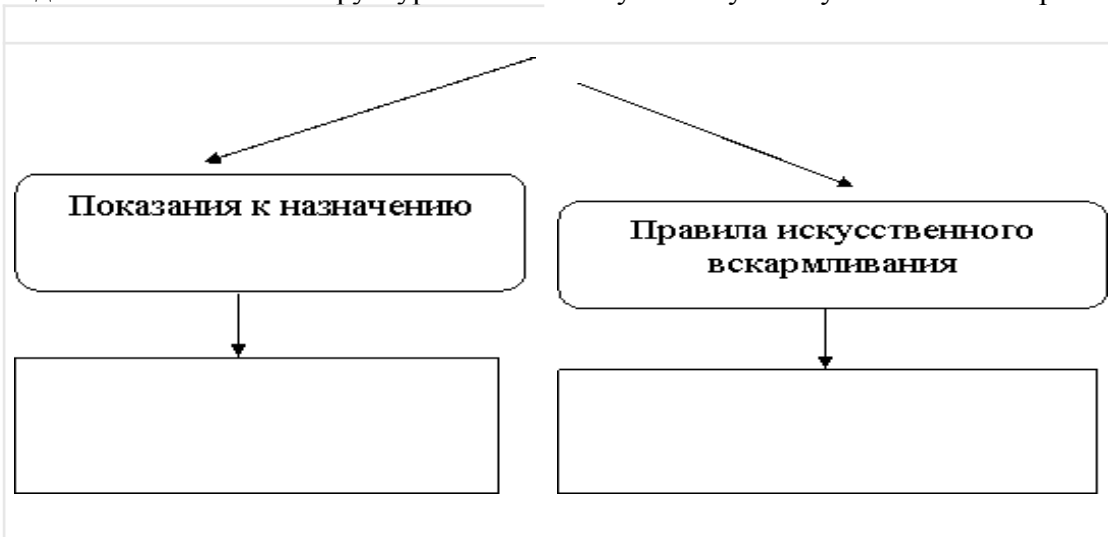


**Задания:**



**Задание 3.** Заполните структурно – логическую схему «Искусственное вскармливание».

**Задание**



**4. Задача.** Ребёнку 2 месяца. Масса в настоящее время 4200 г. (при рождении – 3100 г.). Мать считает, что у неё мало молока. При проведении контрольного взвешивания оказалось, что ребёнок съедает по 80 мл молока в течение одного кормления. Сосал активно, однако после кормления проявлял беспокойство. Кормят ребенка 7 раз в сутки.

**Задание:**

1. Какую массу должен иметь ребенок?
2. Рассчитайте должный суточный и разовый объем питания.
3. Составьте малышу диету на один день.
4. Какое состояние можно предположить у малыша?

**Задание 5.** Заполните схему «Критерии эффективности смешанного вскармливания».



#### **Тема 4. Роль семейной медсестры при работе с подростками**

##### **Ситуационные задачи:**

##### **Ситуационная задача № 1.**

На консультацию пришли родители подростка. Сыну 16 лет. В интерпретации он ведет себя странно: стал нервным, скрытным. Часто у него «блестят глаза». Ухудшились успеваемость и поведение.

- Сформулируйте возникшие у вас гипотезы о возможных причинах трудностей клиента.
- По каким признакам родители могут определить, что их ребенок стал употреблять спиртное (другие психоактивные вещества)?
- Определите основные этапы работы над проблемой.

##### **Ситуационная задача № 2.**

Вы решили создать консультационный психологический центр. Что необходимо для того, чтобы центр начал функционировать?

##### **Ситуационная задача № 3.**

К психологу пришла мама ученицы, которая учится в 10 классе и попросила помощи. Она рассказала, что ее дочь до 6-7 класса была веселой, активной девочкой, хорошо училась в школе, любила общаться с детьми и одноклассниками, много времени отдавала внеклассной работе. Сейчас, она совсем изменилась. Замкнулась, перестала общаться с друзьями, теряется в присутствии незнакомых людей, сторонится компаний и шумных

собраний. Стала хуже учиться. Все свободное время проводит в своей комнате. Придирчиво относится к своей внешности. Живет своей довольно напряженной жизнью, иногда прорывающейся в нервных репликах и подавленном настроении. На искренний разговор не идет. Как вернуть дочь к нормальной жизни? Что с ней происходит? Сформулируйте психологическую гипотезу относительно перемен, происходящих с девушкой? Какие психологические проблемы ее мучают?

#### **Ситуационная задача № 4.**

«Мой муж умер в день 13-летия сына. После похорон сын стал очень замкнутым, хотя до этого он делился со мной своими мыслями и впечатлениями. Замкнутый и неразговорчивый он везде: и дома, и в школе, в окружении друзей. Такое впечатление, что он перестал даже интересоваться тем, что до этих трагических событий его увлекало. Что сделать, чтобы он стал таким, каким был?»

В приведенном выше фрагменте консультативного приема найдите и выделите наиболее значимую для решения проблемы клиента информацию.

Сформулируйте возникшие у вас гипотезы о возможных причинах трудностей клиента. Определите основные этапы работы над проблемой.

#### **Ситуационная задача № 5.**

В консультативный центр обратилась женщина с жалобами на дочь Таню 8 лет. По словам матери, Таня безответственна и безвольна. Мама полагала, что отсутствие этих качеств может свидетельствовать о психической патологии, и просила обследовать девочку.

Приходя из школы домой, Таня играла в игрушки и ела сладости, вместо того чтобы обедать и делать уроки. Затем, по маминому плану, Таня должна была идти гулять. Мама приходила с работы к 19 ч. Таня весь день находилась дома одна. Мама часто звонила ей с работы и пыталась контролировать, но безуспешно. Указания по телефону девочка не выполняла, одна дома не обедала и уроков не делала.

Борясь с безволием и безответственностью, мама убрала на антресоли все ее игрушки, краски и цветные карандаши. Тогда Таня начала царапать клеенку на кухонном столе. Заподозрив у девочки психическое заболевание, мама обратилась за помощью.

Сама мама закончила школу с золотой медалью. Она росла в большой семье в провинциальном городе, в доме всегда были люди. «Со мной никто не занимался, я все делала сама», - говорила она.

Психологическое обследование Тани никакой патологии не выявило. Оказалось, что она обладает повышенным уровнем тревожности.

В приведенном выше фрагменте консультативного приема найдите и выделите наиболее значимую для решения проблемы клиента информацию.

Сформулируйте возникшие у вас гипотезы о возможных причинах трудностей клиента.

#### **Ситуационная задача № 6.**

Измученная женщина пришла к психологу. Ее интересовал вопрос, как вести себя со своей 60-летней мамой, которой поставили диагноз: рак. Врачи за месяц проживания женщины в больнице расписались в собственном бессилии и на днях выписывают ее домой. Мама, женщина мужественная, прожившая тяжелую жизнь, еще не знает о действительных масштабах своей болезни. Что говорить, как вести с ней. Откуда черпать силы перед лицом такого несчастья?

О чем бы вы разговаривали с женщиной? На что необходимо ее сориентировать?

#### **Ситуационная задача № 7.**

На приеме у психолога две девушки с выпускного курса престижного вуза. Сейчас преддипломная практика, до защиты диплома остается один месяц. Все нервные, озабоченные, но как бы ни было тяжело, студенчество находит отдушину и для общения с друзьями, и для танцев.

Вот только в их комнате в последнее время происходит что-то необъяснимое. Их подруга В. (они живут вместе) ведет себя как-то странно. Встает «ни свет, ни заря» и садится за книжки, бывает, по 10 часов не поднимается со стула. Перешла на чай, питается в сухомятку, на приглашение к столу не реагирует. Почти никуда не выходит. Ни с кем не общается. Стала раздражительной, злой. Раньше она была доброй, приветливой.

Самое интересное то, что чем больше она работает, тем хуже у нее выходит, она, словно топчется на одном месте. Все трое учатся приблизительно одинаково, но девушки уже заканчивают написание дипломных работ, а у В., по ее словам, конца еще не видно.

Девушки просили совета, как вывести подругу из этого добровольного заточения, ведь в последнее время на нее страшно взглянуть: бледная, измученная, с синяками под глазами. Сформулируйте предварительный диагноз состояния девушки. Попробуйте объяснить студенткам, что происходит с их подругой. Как изменить ситуацию к лучшему?

### **Ситуационная задача № 8.**

Психолог рассказывает своему коллеге: «В поле моего внимания попал десятиклассник, который при анонимном анкетировании признался, что принимает наркотики. В беседе он сказал, что недавно перестал употреблять их, потому что они стали дорого стоить. Правда, у меня zakралось сомнение, относительно правдивости его слов, мне кажется, что время от времени он все-таки берется за старое. У нас с ним сложились неплохие отношения, он доверяет мне, пока еще прислушивается к моим советам. Поэтому я боюсь потерять его доверие, боюсь сделать какой-то неправильный шаг. Но с другой стороны, я боюсь, что не справлюсь сама. Я перечитала много литературы по проблемам наркомании, в результате еще больше запуталась и теперь вообще не знаю, что делать дальше. Как помочь мальчику?»

**Чтобы вы посоветовали коллеге, оказавшейся в такой ситуации? Что должен знать психолог, работая с наркозависимыми?**

**Эталон ответов:**

### **Ситуационная задача № 1.**

Ответ:

Гипотезы: ухудшились детско-родительские отношения; ухудшились отношения с ровесниками или учителями; подростковая депрессия; употребление алкоголя и других психоактивных веществ.

Признаки: друзья ребенка выпивают; от него пахнет спиртным; пропадают деньги; изменения в поведении; душевная травма; перемена настроения; ребенок находится в состоянии депрессии; родители не знают где, находится ребенок.

Беседа с родителями с целью выяснения причины и объяснения необходимости больше общаться с ребенком. Индивидуальное консультирование подростка.

### **Ситуационная задача № 2.**

Ответ:

Стоит ответить на три вопроса: зачем (для чего); на что (на чьи финансы); критерии, которым должно отвечать здание.

Для чего: причины, указывающие на необходимость оказания помощи, есть, а психологических консультаций нет. И, когда консультации есть, но количество клиентов превышает их возможности.

На что: центр может быть частным, корпоративным или государственным.

Критерии: месторасположение и интерьер.

### **Ситуационная задача № 3.**

Ответ:

У девушки стойкое представление о собственном физическом несовершенстве и некрасивости. Подобные переживания в той или иной мере характерны для всех подростков, которые в это время гипертрофированно внимательны к своей внешности. Но комплексы отчужденности и затворничества складываются только у тех, у кого недостает сил и умения гармонично идентифицироваться по той или иной роли, переосмыслить и спроецировать себя в будущее.

У девушки, возможно, на предыдущих стадиях развития сформировались какие-либо внутренние конфликты, что выражается в неуверенности в себе, комплексах неполноценности, в повышенном чувстве вины и т.д. Преодолеть это состояние нелегко, но возможно, если помочь личности самоутвердиться в какой-либо сфере жизни.

Возможно как индивидуальное консультирование подростка, так и участие в телесноориентированных группах и группах социально-психологического тренинга.

### **Ситуационная задача № 4.**

Ответ:

Дети переживают горе по-разному на разных этапах. Но и они подобно взрослым проходят определенные стадии в своих переживаниях, такие как стадия шока, стадия «поиска», примерно через 1,5-2 месяца стадия острого горя (страдает не только душа, но и тело), далее идеализация прошлого и где-то через год, завершающая фаза горя.

Чтобы помочь ребенку, нужно:

- Давать ему конкретную и точную информацию, отвечать на все его вопросы. Понимание смерти процесс очень постепенный и надо говорить о том, что произошло, много раз.
- Не скрывать свои чувства от ребенка, тогда и ребенку легче проявить свои.
- Избегать ненужных разлук с ним.
- Дети испытывают сильную потребность вспоминать умершего, одновременно осмысливая случившееся.
- Если у ребенка есть чувство вины, то необходимо работать над тем, чтобы приглушить его.
- Необходимо говорить с ребенком о его страхе смерти, беспокойстве, что его родители скоро умрут, уверяя, что подобные случаи бывают редко.

### **Ситуационная задача № 5.**

Ответ:

Многочасовое одиночество дома для Тани – стрессовая ситуация и отвечает на это регрессией как способом психологической защиты. Мама не учитывала индивидуальных особенностей и возрастных возможностей своего ребенка. Она следует жесткой схеме под девизом: «Ребенок должен». Если ребенок не соответствует ее ожиданиям, мама начинает запрещать и убирать соблазны.

Необходима разъяснительная работа с матерью Тани, где женщина должна узнать психологические особенности данного возраста, разобраться в актуальной Таниной

ситуации, снизить свой уровень притязаний. Так же ребенку необходимо наладить правильный режим дня.

#### **Ситуационная задача № 6.**

Ответ:

Необходимо предупредить женщину, что принимать решения о том, что, как и когда говорить матери, придется ей самой, полагаясь на собственную интуицию и знание индивидуальных особенностей родного человека. Однако важно хорошо понимать, что происходит и будет происходить с неизлечимым больным. Надо рассказать клиентке о стадиях умирания и основных чертах поведения на каждой из них:

1-я: Отрицание, неприятие. «Нет, не я. Не может этого быть». Необходимо понять человека и дать ему надежду.

2-я: Протест. «Почему я?» Набраться терпения, эта стадия пройдет.

3-я: Просьба об отсрочке. «Не сейчас, - еще немного». Больной может обращаться к Богу. Теперь можно ему помочь.

4-я: Депрессия. Слабеет и, видя это соглашается. Человек уже готовится принять смерть.

5-я: Принятие. Спокойствие. Это победа человека. Нужно быть рядом, пусть и без слов. Также необходимо не бросать привычные занятия, научиться принимать помощь и поддержку, подумать о самом себе, о духовном.

#### **Ситуационная задача № 7.**

Ответ:

В данном случае чрезмерная работа левого полушария поддерживается волевым усилием гиперсоциализированной личности или внешним давлением – например, родительскими наставлениями.

Причина затруднений: хроническая перегрузка, созданная В. самой для себя ведет к нарастанию умственного утомления, рассеянности, головных болей, всплеска соматических заболеваний. Запредельный режим работы левого полушария блокирует спонтанность, непосредственность чувств, умение быстро схватывать закономерности, появляются навязчивые мысли и опасения. Правое полушарие продуцирует страхи и тревоги, которые левое не может критически осмыслить.

Возможно, В. от природы имеет ведущее правое полушарие. Поэтому чтобы излечиться нужно уменьшить интеллектуальную перегрузку левого полушария и активизировать работу заторможенного правого полушария. Могут помочь: аутогенная тренировка, дыхательные и релаксационные упражнения, различные направления арттерапии.

#### **Ситуационная задача №8**

Ответ:

Парня нужно уговорить добровольно обратиться к врачу, прислушаться к его советам, побыть какое-то время под его наблюдением. Знать необходимо симптомы, ресурсы человека, личностные особенности. Также необходимо обратить внимание на его окружение, развернуть грамотную антинаркотическую кампанию в коллективе, где он учится.

#### **Вопросы для опроса:**

1. Организация работы семейной медсестры с подростками в семье.

2. Работа семейной медсестры и совместная работа их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья подростков.
3. Патронаж семейной медсестры в семье, где проживают подростки.
4. Причины возникновения заболеваний связанных с курением. Проблемы, связанные с алкоголем.
5. Проблемы наркомании.
6. Роль вредных привычек на процесс формирования здоровья.
7. Практические принципы коррекции здоровья.
8. Организацию работы семейной медсестры с подростками в семье
9. Работу семейной медсестры и совместную работу их с местными советами, как стратегия улучшения социального положения и здоровья подростков
10. Патронаж семейной медсестры в семье, где проживают подростки
11. О влиянии вредных привычек на организм подростков
12. О вреде курения
13. О вреде алкоголя
14. О вреде наркомании
15. Подростковый возраст – определение
16. Подросток как самостоятельная личность
17. Подросток и окружающая среда
18. Влияние друзей в подростковом периоде
19. Пубертатный период
20. Созревание девочек
21. Изменения организма в пубертатном периоде
22. Влияние вредных привычек на молодой организм подростка
23. Подросток – не взрослый сформировавшийся личность, но и не ребенок
24. Режим и питание подростков в пубертатном периоде
25. Психологическое – эмоциональное состояние подростков
26. Частые проблемы подростков в пубертатном периоде
27. Отношение родителей и подростков

## **Тема 5. Роль семейной медсестры по уходу за больными с заболеваниями респираторной и сердечно - сосудистой системы.**

### **Вопросы для устного опроса:**

1. Общая характеристика острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей.
2. Определение ОРВИ, гриппа, птичьего гриппа, острого бронхита, пневмонии. Причины, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика. Оценка и определение действия при лихорадке, кашле и затрудненном дыхании (блок ИВБДВ).
3. Роль семейной акушерки в профилактике пневмоний.
4. Определение бронхиальной астмы, хронического обструктивного заболевания легких.
5. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
6. Оценка и определение действия при кашле и затрудненном дыхании (блок ИВБДВ).
7. Принципы лечения, профилактика Роль семейной медсестры в профилактике и диспансеризации больных с ХОЗЛ.
8. Табакокурение.
9. Определение рака легкого.
10. Причины, ранние симптомы, принципы лечения, профилактика.
11. Паллиативная помощь.
12. Определение плеврита, нагноительных заболеваний легких(бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легкого).
13. Причины, симптомы, принципы лечения.
14. Оценка и определение действия при лихорадке.
15. Профилактика.
16. Дренаж бронхов.
17. Этиологию заболеваний органов дыхания
18. Основные симптомы при заболеваниях органов дыхания
19. Методы обследования при заболеваниях органов дыхания
20. принципы лечения, профилактику заболеваний органов дыхания
21. Основные симптомы при заболеваниях органов кровообращения.
22. Физикальная оценка пациента с заболеваниями органов кровообращения. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам обследования при заболеваниях органов кровообращения.
23. Определение ревматизма.
24. Причины, симптомы, методы обследования, принципы лечения, уход.
25. Сестринский процесс.
26. Роль медсестры в профилактике ревматизма.
27. Понятие о пороках сердца, эндокардита, миокардита, перикардита, классификация, причины.
28. Пороки компенсированные и декомпенсированные.
29. Сестринский уход. Роль медсестры в профилактике пороков сердца.
30. Причины, симптомы, методы обследования, принципы лечения, уход и профилактика.

31. Определение атеросклероза, гипертонической болезни
32. Причины, симптомы, методы обследования, принципы лечения, уход.
33. Роль медсестры в консультировании пациента по профилактике атеросклероза и гипертонической болезни.
34. Классификация, факторы риска, симптомы, методы обследования, принципы лечения.

### **Ситуационные задачи:**

#### **Ситуационная задача 1**

Больной Т., 48 лет доставлен в отделение с жалобами на резчайшую боль за грудиной, иррадиирующую в обе руки, под левую лопатку, не купирующиеся нитроглицерином, немного уменьшающиеся после введения промедола, фентонила. В течение последних 10 дней отмечает периодические боли за грудиной меньшей интенсивности и продолжительности.

**При осмотре:** состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс 120 в мин., слабого наполнения и напряжения, аритмичный, АД 80/40 мм рт ст. Тоны сердца глухие, ЧД 28 в мин. В легких дыхание везикулярное. Печень не увеличена, отеков нет.

**Дополнительно:** ЭКГ в I, II, aVL, V2 - V6 отведениях дугообразно смен интервал ST вверх, отрицательный зубец T в этих отведениях.

#### **Задание**

1. Ваш предварительный диагноз
2. Тактика ведения данного пациента?
3. Окажите неотложную помощь данному пациенту?
4. Патогенетические механизмы развившегося состояния?
5. Плановая терапия после купирования неотложного состояния?

#### **Ситуационная задача 2**

Больной Р., 62 года в течение 5 лет страдает стенокардией напряжения. В течение последнего месяца в ночное время приступы стенокардии участились, протекали в виде серии приступов, следующих друг за другом. Накануне ночью приступ стенокардии не купировался приемом нитроглицерина, продолжался более 30 мин. Вызвана специализированная кардиологическая бригада.

**При осмотре:** Состояние тяжелее. Бледность кожных покровов, акроцианоз. ЧД 24 в мин. Пульс 100 уд. в мин., аритмичный. Тоны сердца умеренно ослабленной звучности. Акцент II тона над аортой. АД 150/90 мм рт ст. В легких хрипов нет, живот безболезненный.

На ЭКГ ритм - синусовая тахикардия, отмечается подъем интервала ST в I, II, aVL, V2 - V5 отведениях, высокие заостренные зубцы T в отведениях V2 - V5, частые желудочковые экстрасистолы.

Назначено лечение: нитроглицерин в таб., перлинганит 10 мл через инфузомат (100 мкг/мин), гепарин 20 тыс. Ед. в/в, метопролол 50 мг., аспирин 75 мг., эналаприл 10 мг. Больной госпитализирован в кардиологическое отделение.

**При осмотре утром:** жалобы на боли в сердце не предъявляет, АД 125/80 мм рт ст, пульс 70 уд. в мин. ритмичный. На ЭКГ: ритм синусовый сохраняется подъем

интервала ST в I, IIaVL, V2 – V5 отведениях, высокие заостренные зубцы T в отведениях V2 – V5

#### **Задание**

1. Ваш предварительный диагноз его обоснование?
2. Какие изменения на ЭКГ подтверждают диагноз?
3. Составьте диагностический алгоритм?
4. Назначьте плановую терапию данному пациенту?
5. План лечения и реабилитации после выписки из стационара?

#### **Ситуационная задача 3**

У больного, 63 лет, боли в области сердца при физической нагрузке, средней интенсивности, 2 недели назад боли стали возникать при небольшой нагрузке. В день поступления болевой приступ развился вечером в покое и продолжался 1,5 часа. Не купировался нитроглицерином, сопровождался холодным потом, слабостью. Больной госпитализирован через 4 часа от начала болевого приступа.

##### **1) Поставьте диагноз.**

- 2) Что предшествовало данному заболеванию?
- 3) Какие лабораторные показатели будут изменены в момент госпитализации?
- 4) Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда
- 5) Лабораторные маркеры поражения миокарда

#### **Ситуационная задача 4**

Больной В., 60 лет, поступил в отделение с жалобами на боль в надчревной области, изжогу, тошноту, однократно была рвота. В течение многих лет страдает язвенной болезнью, неоднократно лечился. На протяжении последних 5 дней боль беспокоит чаще, носит интенсивный характер, сопровождается чувством страха, иррадирует в левую руку, левое плечо, не связана с приемом пищи.

**При осмотре:** состояние средней тяжести. Беспокоен, пульс 80 в мин., аритмичный с экстрасистолами, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца умеренно приглушены, акцент II тона над аортой и систолический шум над верхушкой. В легких хрипов нет. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Ночью у больного повторился приступ боли в надчревной области и за грудиной (без четкой локализации), с иррадиацией в левую руку. Консультация хирурга: данных за острое хирургическое заболевание не выявлено.

**Дополнительно:** Анализ крови: Нв 130 г/л, эр. –  $4,2 \times 10^{12}$ ., лейкоциты –  $8,1 \times 10^9$ ., э -1, п – 2, с – 68, лимф. – 28, м – 2, СОЭ – 12 мм/час; Билирубин общ. 23 ммоль/л; АлАТ 38 мкмоль/л (до 40); АсАТ 32 ( до 36), амилаза крови 97 мкмоль/л (норма до 120). Ан.мочи без особенностей.

ЭКГ: в III, II и aVF отведениях куполообразное смещение вверх интервала ST, двухфазный зубец T и патологический зубец Q.

#### **Задание**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваши неотложные мероприятия?
3. Объем необходимых исследований
4. Плановые лечебные- диагностические мероприятия.?
5. Рекомендации после выписки из стационара?

#### **Ситуационная задача 5**

Больной С., 68 лет, пенсионер, жалуется на сжимающую боль в области сердца с иррадиацией в обе руки. Приступы болей повторяются ежедневно в течение последней недели плохо купируются приемом нитроглицерина. Последний приступ интенсивных загрудинных болей, продолжался более 20 мин., приемом нитроглицерина не купировался, сопровождался страхом смерти, холодным потом. Вызвана специализированная бригада « скорой помощи».

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, ЧСС 102 в мин., пульс слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм рт ст, ЧД 26 в мин. В нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы.

Дополнительно: ЭКГ куполообразный подъем сегмента STIII, V1 - V3 отведениях, желудочковые экстрасистолы.

#### **Задание**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения данного пациента?
3. Окажите неотложную помощь данному пациенту?
4. Патогенетические механизмы развившегося состояния?
5. Плановая терапия после купирования неотложного состояния?

#### **Ситуационная задачаб**

Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. В течение 10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт. ст.

Объективно: ЧД 20 в минуту, в легких хрипов нет. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД 150/90 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

- 1) Какой диагноз наиболее вероятен?
- 2) Со 2-го дня самочувствие удовлетворительное, болей, одышки нет. АД 160/95 мм рт.ст. Пульс 88 в минуту, экстрасистолы 4-6 минут. Какое лечение показано?
- 3) На 20й день появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, температура 37,8 С, при аускультации шум трения плевры. О каком осложнении следует думать?
- 4) Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда
- 5) Лабораторные маркеры поражения миокарда

#### **Ситуационная задача7**

Больной 55 лет, в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физ. нагрузке. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной – при ходьбе, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки. Повторно принимал нитроглицерин без эффекта. Осмотрен врачом скорой помощи через 3 часа. В прошлом много лет курил. Состояние тяжелое. Боли продолжаются, беспокоен. Повышенного питания. Конечности бледно-цианотичные, влажные, холодные. Пульс 120 в минуту, вялый, мягкий. Имеется пульсация в III межреберье по левой парастеральной линии. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД 75/50 мм рт.ст. ЧД 24 в минуту. В легких хрипов нет. Температура 37 С. Шейные вены не набухшие.

Бригадой СМП произведено: морфий 1% 1,0 п/к, затем дроперидол и фентанил п/к, строфантин 0,05 – 0,75 в\в, допамин в\в, начиная с 5 мкг/кг. Через 30 минут АД повысилось до 95/70 мм рт.ст. и больной был госпитализирован.

- 1) Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?
- 2) Как оценить ночной приступ болей?
- 3) Осложнение?
- 4) Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда
- 5) Лабораторные маркеры поражения миокарда

#### **Ситуационная задача 8**

Больной, 52 лет, доставлен в БИТ в бессознательном состоянии. Со слов родственников около 2х часов до поступления у больного возник приступ резких, загрудинных болей, без эффекта от приема нитроглицерина.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 100 в минуту, АД 60/30 мм рт.ст., живот мягкий, безболезненный.

- 1) **Какой диагноз наиболее вероятен?**
- 2) **Какие исследования необходимы?**
- 3) **Что ожидается на ЭКГ?**
- 4) **Какое лечение показано?**
- 5) **Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда**

**Ситуационная задача 9** . У больной 52 лет, диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого развилась частая желудочковая экстрасистолия. На мониторе периодически появляются ранние экстрасистолы типа «R» на «T». В отведениях I, aVL, V1-3 зубцы QS и подъем ST выше изолинии.

- 1) **Какой локализации и глубины поражения инфаркт миокарда?**
- 2) **Развитие какого вида аритмий возможно у больного?**
- 3) **Тактика лечения больной.**
- 4) **Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда**
- 5) **Рекомендуемая диета при данной патологии**

#### **Эталоны ответов:**

##### **Ситуационная задача 1**

1. ИБС: Острый инфаркт миокарда в области передне-боковой стенки левого желудочка. Кардиогенный шок II степени.
2. Оказание неотложной помощи на месте до нормализации гемодинамических показателей.
3. Купирование болевого синдрома: фентанил с дроперидолом; Противошоковые мероприятия: Допамин с нитроглицерином; кортикостероиды, реополиглюкин, антикоагулянты (тромболизис), калия хлорид.
4. Нарушение коронарного кровотока, некроз миокарда, снижение сократительной способности левого желудочка, не исключается рефлекторное влияние болевого механизма, гемодинамические нарушения. (левожелудочковая недостаточность с развитием отека легких).
5. Антикоагулянты, дезагреганты, нитраты, В-адреноблокаторы, статины.

##### **Ситуационная задача 2**

1. ОИМ ( не Q в области передней стенки левого желудочка)

2. подъем интервала ST в I, IIaVL, V2 – V5 отведениях, высокие заостренные зубцы T в отведениях V2 – V5
3. ЭКГ в динамике, исследование уровня КФК, тропонины, трансаминазы, коагулограмма
- 4 Постельный режим, диета №10, нитраты, антикоагулянты, дезагреганты, в-адреноблокаторы, гипотензивные.
5. Реабилитация в условиях специализированного профилактория, контроль уровня холестерина, липидов низкой плотности, прием гипотензивных, антиагрегантов.

### **Ситуационная задача 3**

1. ИБС, инфаркт миокарда.
2. Предшествующая стенокардия.
3. Может быть: лейкоцитоз, увеличение АЛТ, АсАТ, КФК, СРБ.
4. Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция
5. Миоглобин, МВ-КФК, Тропонины I и T, ЛДГ

### **Ситуационная задача 4**

1. ИБС: Острый инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка. Исключить обострение Язвенная болезни ЛДПК
2. Постельный режим, диета №1, дроперидол с фентанилом в/венно, нитраты пролангированно, в-блокаторы, препараты калия. Ингибиторы протонной помпы, антациды, препараты висмута.
3. ЭКГ в динамике, КФК, тропонины, коагулограмма, кал на скрытую кровь, липидный спектр.
4. ФГДС с исследованием на *НВ – pylori*. Диета №1, нитраты, в-блокаторы, препараты калия. Ингибиторы протонной помпы, антациды, препараты висмута, статины по показаниям.
5. Реабилитация в специализированном профилактории. Наблюдение гастроэнтеролога, противорецидивное лечение, контроль ФГДС.

### **Ситуационная задача 5**

1. ИБС: Острый инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка и перегородки. Кардиогенный шок II степени, угроза отека легких.
2. Оказание неотложной помощи на месте до нормализации гемодинамических показателей.
3. Купирование болевого синдрома: фентанил с дроперидолом; Противошоковые мероприятия: Допамин с нитроглицерином; кортикостероиды, реополиглюкин, антикоагулянты (тромболизис), калия хлорид.
4. Нарушение коронарного кровотока, некроз миокарда, снижение сократительной способности левого желудочка, не исключается рефлекторное влияние болевого механизма, гемодинамические нарушения. (левожелудочковая недостаточность с развитием отека легких).
5. Антикоагулянты, дезагреганты, нитраты, В-адреноблокаторы, статины.

### **Ситуационная задача 6**

1. Инфаркт миокарда. Не исключается также расслаивающая аневризма аорты, учитывая наличие артериальной гипертензии. Перикардит маловероятен, учитывая отсутствие связи болей с дыханием и с положением тела, нет шума трения перикарда.
2. в-блокаторы и малые дозы аспирина
3. О синдроме Дресслера. Показаны НПВС или преднизолон 15-20 мг/сут.

4. Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5. Миоглобин, МВ-КФК, Тропонины I и T, ЛДГ

#### **Ситуационная задача 7**

1. Впервые возникшая (нестабильная) стенокардия напряжения.

2. Острый инфаркт миокарда. Основания: ангинозный статус на фоне впервые возникшей стенокардии, признаки диссинергии миокарда (атопическая пульсация) и острой сердечной недостаточности.

3. Кардиогенный шок, возможно, болевой. Основания: выраженная гипотензия, тахикардия, периферические признаки.

4. Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5. Миоглобин, МВ-КФК, Тропонины I и T, ЛДГ

#### **Ситуационная задача 8**

1. Инфаркт миокарда. Кардиогенный шок.

2. ЭКГ, ФКГ –МФ-фракция, АсАТ, АЛТ, свертываемость крови, протромбиновый индекс.

3. Зубцы Q, QS, подъем сегмента ST.

4. Повышение сократимости миокарда. Допамин, в/в введение жидкостей, преднизолона, оксигенотерапия, сердечные гликозиды.

5. Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

#### **Ситуационная задача 9**

1. Трансмуральный передне-перегородочный инфаркт миокарда.

2. Пароксизмальная желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков.

3. Лидокаин, нитраты, антикоагулянты.

4. Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5. Диета № 10

### **Тема 6. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения.**

#### **Тесты:**

**1. Основная причина хронического гастрита типа В**

а) отравление

б) аутоиммунные нарушения

в) нерациональное питание

г) хеликобактериальная инфекция

**2. Для хронического гастрита характерны синдромы**

- а) диспепсический
  - б) гипертонический
  - в) интоксикационный
  - г) гепатолиенальный
- 3. Симптом хронического гастрита с сохраненной секрецией**
- а) понос
  - б) горечь во рту
  - в) лихорадка
  - г) боль в эпигастральной области
- 4. Основным симптом хронического гастрита с секреторной недостаточностью**
- а) повышение аппетита
  - б) отрыжка кислым
  - в) отрыжка тухлым
  - г) запор
- 5. При хроническом гастрите определяется**
- а) болезненность в эпигастральной области
  - б) симптом Ортнера
  - в) положительный симптом Пастернацкого
  - г) положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- 6. Осложнение хронического гастрита с повышенной секреторной активностью**
- а) рак желудка
  - б) холецистит
  - в) цирроз печени
  - г) язвенная болезнь
- 7. Решающее значение в диагностике хронического гастрита имеет**
- а) рентгенография желудка
  - б) желудочное зондирование
  - в) лапароскопия
  - г) фиброгастроскопия
- 8. Осложнение хронического гастрита с резко сниженной секреторной активностью**
- а) рак желудка
  - б) холецистит
  - в) цирроз печени
  - г) язвенная болезнь
- 9. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию пищевода, желудка и 12-перстной кишки**
- а) вечером – легкий ужин, утром – натощак
  - б) вечером – очистительная клизма
  - в) вечером и утром – очистительная клизма
  - г) утром – сифонная клизма
- 10. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью в качестве заместительной терапии используется**
- а) альмагель
  - б) атропин
  - в) пепсидил

**Тема 10 . Заболевания органов пищеварения (гастриты, язвенная болезнь)**

**Вариант 2.**

**Тесты:**

**1. Основная причина хронического гастрита типа Б**

1)отравление

- 2) аутоиммунные нарушения
- 3) нерациональное питание
- 4) хеликобактер пилори

**2. Выработка антител к обкладочным клеткам слизистой оболочки желудка происходит при**

- 1) хроническом гастрите типа А
- 2) хроническом гастрите типа В
- 3) остром гастрите
- 4) хроническом панкреатите

**3. Наиболее информативный метод диагностики гастродуоденита**

- 1) желудочное зондирование
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) эндоскопическое исследование

**4. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью наблюдается**

- 1) изжога
- 2) отрыжка кислым
- 3) отрыжка тухлым
- 4) запоры

**5. При лечении хронического гастрита с сохраненной секрецией применяют**

- 1) альмагель, викалин
- 2) баралгин, аллохол
- 3) левомицетин, колибактерин
- 4) плантаглюцид, фестал

**6. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью назначают диету №: 1)**

- 1, 2) 2, 3) 3, 4) 4

**7. При хроническом гастрите с сохраненной секрецией назначают диету №: 1) 1, 2) 2,**

- 3) 3, 4) 4

**8. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью с заместительной целью назначают**

- 1) альмагель
- 2) атропин
- 3) викалин
- 4) желудочный сок

**9. Лекарственное растение, стимулирующее секреторную функцию желудка**

- 1) душица
- 2) мята
- 3) подорожник
- 4) укроп

**10. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью рекомендуют ферментные препараты**

- 1) фестал
- 2) баралгин
- 3) бисептол

**Тема 10 . Заболевания органов пищеварения (гастриты, язвенная болезнь)**

**Тесты**  
**Эталон ответов:**

Вариант 1	Вариант 2.
1-г,	▪ 4
2-а,	
3-г,	▪ 1
4-в,	
5-а,	▪ 4
6-г,	
7-г,	▪ 3
8-а,	
9-а,	▪ 1
10-в	▪ 2
	▪ 1
	▪ 4
	▪ 3
	<b>10- 1</b>

**Вопросы для устного опроса:**

1. Острый гастрит определение
2. Классификация острого гастрита
3. Хронический гастрит определение
4. Этиология острого гастрита
5. Клиника острого гастрита
6. Лечение и неотложная помощь при остром гастрите
7. Хронический гастрит классификация
8. Этиология хронического гастрита
9. Клиническая картина хронического гастрита
10. Принципы лечения хронического гастрита
11. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
12. Этиология язвенной болезни
13. Клиническая картина язвенной болезни.
14. Принципы лечения язвенной болезни
15. Осложнения язвенной болезни
16. Неотложная помощь при желудочном кровотечении и перфорация желудка
17. Основные симптомы при заболеваниях органов пищеварения. Физикальная оценка пациента с заболеваниями органов пищеварения.
18. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования при заболеваниях органов пищеварения: реакция Грегерсена,

- биохимический анализ крови, дуоденальное зондирование, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, рентгенография желудка, желчного пузыря, толстого кишечника, гастродуоденоскопия, колоноскопия.
19. Определение острого гастрита, хронических гастритов, типы (А, язвенной болезни и рака желудка В).
  20. Причины, основные симптомы. Оказание первой доврачебной помощи при отравлении.
  21. Принципы лечения и уход. Диспансеризация.
  22. Роль медсестры в консультировании по вопросам диетотерапии, деонтология.
  23. Осложнения язвенной болезни и рака желудка.
  24. Первая доврачебная помощь при желудочном кровотечении, перфорации язвы.
  25. Роль медсестры в обучении пациентов по диетотерапии.

**Семестр 6.**

**Тема 1. Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов мочевыделительной и эндокринной системы**

**Вопросы для опроса:**

1. Острый пиелонефрит определение
2. Этиология пиелонефритов
3. Симптомы и принципы лечения острого пиелонефрита
4. Диагностика пиелонефрита
5. Уход за пациентами при остром пиелонефрите
6. Хронический пиелонефрит определение
7. Этиология хронического пиелонефрита
8. Клиническая картина хронического пиелонефрита
9. Лечение хронического пиелонефрита
10. Симптомы хронического пиелонефрита
11. Режим и питание при пиелонефрите
12. Пути проникновения инфекции в почку при пиелонефрите.
13. Клинические проявления острого пиелонефрита.
14. Диагностика острого пиелонефрита.
15. Лечение острого вторичного пиелонефрита.
16. Факторы, способствующие развитию острого вторичного пиелонефрита.
17. Деление пиелонефрита на острый и хронический, первичный и вторичный.
18. Симптоматику острого и хронического пиелонефрита.
19. Диагностику острого и хронического пиелонефрита.
20. Осложнения острого и хронического пиелонефрита.
21. Принципы лечения больных с острым первичным и вторичным пиелонефритом.

**Ситуационные задачи:**

**Ситуационная задача 1**

Больная, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39°C, озноб.

Заболела впервые. Правильного телосложения. Пульс 100 уд.в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание, живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Почки не пальпируются. Пальпация левой почки (ее области) резко болезненная. Дизурии нет. Макрогематурия, лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы слева, на уровне поперечного отростка III поясничного позвонка тень, подозрительная на конкремент размерами 4 x 4 мм. Наэкскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелоэктазия. Расширение мочеточника выше тени конкремента. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом.

По данным УЗИ, левая почка увеличена в размерах, полостная система расширена, паренхима диффузно утолщена (до 25 мм), однородной плотности.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

### **Ситуационная задача 2**

Больная, 40 лет, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 37.9°C, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/105 мм рт.ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита.

Пульс 88 уд.в минуту, ритмичный, напряженный. АД 180/105 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слаболожителен справа. Дизурии нет. Лейкоцитурия. После физической нагрузки АД 195/120 мм рт.ст. На обзорном снимке мочевой системы в проекции мочевых путей теней конкрементов не отмечено. Контуры почек определяются нечетко. Обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки. Наэкскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе и мочеточнике левой почки не выявлено. Справа почка размером 10x8 см бобовидной формы с неровной поверхностью. Чашечки деформированы, местами колбовидной формы. По данным УЗИ почек отмечено уменьшение в размерах правой почки, паренхима неоднородной плотности толщиной 6-7 мм.

Ваш диагноз? Какова лечебная тактика?

**Ситуационная задача 3** Больная, 30 лет, доставлена из поликлиники в приемное отделение больницы с диагнозом «Острый пиелонефрит справа». Больна в течение двух дней, когда появились боли в поясничной области справа, повысилась температура до 38.7°C, был озноб. К врачу не обращалась, не лечилась.

Состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы. Пульс 108 уд.в 1 мин. Ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Пальпация области правой почки болезненна. Симптом Пастернацкого положителен справа. Лейкоцитоз 20000, лейкоцитурия (до 40 лейкоцитов в поле зрения). На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не видно. Справа контур поясничной мышцы не определяется. Теней почек не видно.

Какие диагностические мероприятия необходимо провести для подтверждения диагноза поликлиники?

## **Эталон ответов:**

**Ситуационная задача 1** Учитывая наличие тени, подозрительной на конкремент, в проекции верхней трети левого мочеточника, боли в поясничной области слева, повышение температуры, озноб, лейкоцитурии, можно думать о камне верхней трети левого мочеточника, остром левостороннем вторичном пиелонефрите. Лечебные мероприятия заключаются в катетеризации левого мочеточника, восстановлении оттока мочи с последующим антибактериальным лечением. При невозможности пройти катетером проксимальнее конкремента показана операция люмботомия, уретеролитотомия, пиело- или нефростомия, антибактериальное лечение. При наличии соответствующего оборудования возможно выполнение пункционной нефростомии с последующим антибактериальным лечением. После купирования острого пиелонефрита решить вопрос о методе лечения по поводу камня мочеточника.

**Ситуационная задача 2** Боли в поясничной области справа, длительное течение заболевания, изменения на урограммах и эхограммах (уменьшение размеров почки, деформация чашечно-лоханочной системы правой почки) свидетельствует о хроническом пиелонефрите справа, сморщенной почке, нефрогенной артериальной гипертензии.

Показано оперативное лечение – нефрэктомия справа. Подобное лечение позволяет надеяться на ликвидацию артериальной гипертензии или в худшем случае на стабилизацию показателей артериального давления.

**Ситуационная задача 3** Предварительные данные (боли в поясничной области, повышение температуры тела, озноб, положительный симптом Пастернацкого справа, лейкоцитурия, нечеткий контур поясничной мышцы на рентгенограмме) позволяют предполагать наличие острого правостороннего пиелонефрита.

Для уточнения диагноза показано УЗИ почек для оценки состояния уродинамики верхних мочевых путей. Затем экскреторная урография позволит уточнить состояние почек и правой, в частности («немая почка», гидроуретеронефроз, нефроптоз, мочекаменная болезнь). Т.е. будут выявлены причины, создающие препятствие оттоку мочи. Урография и УЗИ на вдохе и выдохе позволят уточнить сторону поражения и степень вовлечения околопочечной клетчатки в воспалительный процесс.

## **Ситуационные задачи:**

### **Ситуационная задача 1**

У ребёнка 5 лет наблюдается остановка роста, специфические изменения кожи, волос, мышц, резкое снижение скорости процессов обмена, глубокие нарушения психики. Специфическое гормональное лечение в этом случае не дает положительного результата.

### **Ситуационная задача 2**

В клинику поступила больная 58 лет с жалобами на появление отёков на лице и нижних конечностях, вялость. Слабость, утомляемость, частые головокружения, сжимающие боли в области сердца при физической нагрузке, быстро проходящие от приёма нитроглицерина. Больная живёт в эндемической местности. С детства отмечает увеличение щитовидной железы. Регулярно принимает антиструмин. Год тому назад размеры щитовидной железы стали увеличиваться, стала прогрессировать слабость, появились отёки. Неоднократно обращалась к врачам, лечилась коронаролитиками, сердечными гликозидами, мочегонными. Эффекта не было. Объективно: больная вялая,

очень бледная, на вопросы отвечает медленно, речь скандированная. На коже лица и голеней отёк, ямка при надавливании не остаётся. Кожа рук толстая, грубая, холодная, пигментированная, в складку не собирается. Щитовидная железа увеличенная, плотная, диффузная, подвижная. Органы дыхания без патологии. Сердце увеличено влево. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 52 уд в мин, АД 100/60 мм рт ст. язык утолщен с фасетками от зубов. Печень и селезёнка не увеличены.

1. Выделите синдромы.
2. Сформулировать наиболее вероятные диагнозы при данной клинике.
3. Наметьте план для уточнения диагноза.
4. С чем можно связать развитие слабости и утомляемости.
5. Прогноз.

### **Ситуационная задача 3**

Больная, 40 лет, поступила в клинику с жалобами на отеки на ногах и руках, слабость, быструю утомляемость, сонливость. Болеет в течение года, к врачам обратилась впервые. Объективно: больная бледная, вялая, щитовидная железа II ст, диффузная. Кожа конечностей сухая, холодная. В области голеней и плеч пальпируются плотные отеки, кожа над ними в складку не собирается, пигментирована. Органы дыхания без патологии. Имеется умеренная брадикардия и гипотония. Печень и селезенка не увеличены. Лимфоузлы не пальпируются.

1. Выделить ведущие синдромы.
2. Между какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план для уточнения диагноза.
4. Механизм развития отечного синдрома?
5. Лечение?

### **Ситуационная задача 4**

Больной, 40 лет, обратился в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, зябкость, появление отеков на лице. Болен в течение года после струмэктомии. Не лечился. Объективно: больной вял, адинамичен, лицо отечное, бледное. Языкотолстый с фасетками от зубов. Пульс 50 уд в мин, АД 100/60 мм рт ст, кожа сухая, холодная, шелушащаяся, ткань железы не определяется.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Составить план обследования.
3. Выделите синдромы
4. Составить план лечения.
5. Нормальное значение ТТГ?

### **Ситуационная задача 5**

На прием обратилась больная с жалобами на увеличение щитовидной железы. Живет в местности где у многих зоб. Заметила увеличение железы 2 года назад, размеры не увеличиваются. Объективно: щитовидная железа увеличена на глаз, пальпируется равномерно перешеек и доли. Кожа обычная, тремора нет. Пульс 72 в мин, АД 120/70 мм рт ст. внутренние органы без патологии. Глаза обычные, глазных симптомов нет.

1. Сформулировать диагноз.
2. Наметьте план лечебных мероприятий.
3. При потреблении какого количества йода может развиваться йододефицитный гипотиреоз?
4. Суточная потребность в йоде по рекомендации ВОЗ?
5. Нормальное значение ТТГ?

### **Эталон ответов:**

#### **Ситуационная задача 1**

Врождённый гипотиреоз. В результате уменьшения тиреотропного гормона нарушается синтез и поступление тиреоидных гормонов. Дефицит гормонов щитовидной железы приводит к нарушению всех видов обмена. Резкое снижение окислительных процессов и понижение синтеза белка служат причинами задержки роста у детей.

#### **Ситуационная задача 2**

- 1.Зоб; отёчный; сердечно–сосудистый ; анемический; стенокардический.
2. Эндемический зоб II ст. гипотиреоз, средней степени тяжести. Соп. ИБС. Стенокардия напряжения II ф. класс. ИБС, атеросклероз коронарных сосудов, стенокардия, атероскле-ротический кардиосклероз, СН II А. Хронический гломерулонефрит.
- 3.Т3 ; Т4 ; ТТГ ; УЗИ щитовидной железы. Холестерин, развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, суточная потеря белка с мочой, клубочковая фильтрация, мочевины, креатинин, ЭКГ, ЭхоКГ.
4. При гипотиреозе часто развивается атрофия нейронов, нарушение обмена и продукции ряда медиаторов.
5. При своевременной диагностике и правильном лечении благоприятный.

#### **Ситуационная задача 3**

- 1.Отёчный, гипотиреоидный, дерматопатия, сердечно – сосудистый.
- 2.Гипотиреоз и хронический гломерулонефрит.
- 3.Т3; Т4; ТТГ; а/т к МС; УЗИ щитовидной железы; развернутый анализ крови; общий анализ мочи; мочевины; креатинин; клубочковая фильтрация; холестерин.
4. Отеки появляются в результате избыточного накопления в интерстиции гиалуроновой кислоты и других гликозаминогликанов, которые из-за гидрофильности задерживают избыток воды.
5. Подбор дозы заместительной терапии L – тироксином.

#### **Ситуационная задача 4**

- 1.Послеоперационный гипотиреоз, средней степени тяжести.
- 2.Т3; Т4; ТТГ; антителат к МС.
- 3.Отечный, гипотиреоидный, дерматопатия
- 4.Подбор дозы L – тироксина.
5. 0,17-4,05мМЕ\л.

#### **Ситуационная задача 5**

- 1.Эндемический зоб II ст, эутиреоз.
- 2.Препараты йода (калия йодид 150 – 200 мкг; тироксин).
3. При потребление йода менее 25мкг в сутки.
4. 150-200мкг.

### **Тема 2. Роль семейной медсестры по уходу за инфекционными, в том числе туберкулезными больными**

#### **Вопросы для устного опроса:**

1. Туберкулез легких – определение.
2. Этиология, источники, пути и способы заражения.
3. Первичное заражение и вторичное.
4. Роль социальных факторов в развитии туберкулеза.
5. Его исход.

6. Формы легочного туберкулеза.
7. Основные симптомы и течение туберкулеза легких.
8. Вспомогательные методы диагностики туберкулеза легких: исследования крови, мокроты, рентгеновские исследования, реакция Манту.
9. Современные методы обследования и лечения туберкулеза.
10. Режим питания.
11. Санаторно-курортное лечение при активных и неактивных формах.
12. Уход за больными с активной формой туберкулеза.
13. Специфическая профилактика.
14. Роль патронажа туберкулезных больных в профилактике заболеваний.
15. Борьба с туберкулезом в Кыргызской Республике, неуклонное его снижение.
16. Основные симптомы и течение туберкулеза.
17. Современные методы диагностики и лечения туберкулеза.
18. Специфическую профилактику туберкулеза.
19. Современное лечение;
20. Уход за больными; осложнения

#### Тема 4. Заболевания органов дыхания (туберкулез легких)

##### Тесты

##### Эталон ответов:

1в,	1г,
2б,	2а,
3б,	3а,
4г,	4б,
5а,	5а,
6а,	6в,
7г,	7г,
8б,	8в,
9а,	9в,
10г	10в

##### Шкала оценки теста:

- 1.1-2 ошибки – «5» отлично – (85-100)
- 2.3-4 ошибки – «4» хорошо - (70-84)
- 3.5 – 6 ошибки – «3»удовлетворительно – (55-69)
- 4.7 и >ошибок «2» - неудовлетворительно – (15- 54)

##### Тесты:

##### Вариант 1.

1. Бактерия туберкулеза названа по имени автора, открывшего возбудителя в 1882 г
  - а) Левенгук;

- б) Пастер;
  - в) Кох;
  - г) Геккель;
- 2. Всегда присутствующий симптом при туберкулезе:**
- а) одышка;
  - б) кашель;
  - в) кровохарканье;
  - г) повышение температуры;
- 3. Вакцины БЦЖ представляет собой:**
- а) токсины микобактерий туберкулеза;
  - б) живые, ослабленные бактерии бычьего вида;
  - в) убитые микобактерии человеческого и бычьего вида;
  - г) живые микобактерии птичьего и мышиного вида;
- 4. Что не является причиной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза?**
- а) короткие курсы лечения;
  - б) монотерапия;
  - в) неправильная комбинация препаратов;
  - г) несвоевременное лечение;
- 5. Для туберкулезной интоксикации характерна выраженная:**
- а) потливость (особенно по ночам);
  - б) снижение трудоспособности;
  - в) чихание частое;
  - г) головные боли;
- 6. При инфильтративном и цирротическом туберкулезе перкуторно наблюдается:**
- а) притупление легочного звука;
  - б) тимпанический звук;
  - в) тихий звук;
  - г) тупой звук;
- 7. Является перспективным препаратом в лечении туберкулеза у беременных:**
- а) Изониазид;
  - б) Стрептомицин;
  - в) Этамбутол;
  - г) Рифабутин;
- 8. Первичную вакцинацию осуществляют здоровым доношенным новорожденным:**
- а) в 1-2 день жизни;
  - б) 1-4 день жизни;
  - в) 1-6 день жизни;
  - г) через месяц;
- 9. Что является наиболее важным в постановке диагноза туберкулеза у взрослых:**
- а) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза;
  - б) биохимический анализ крови;
  - в) проба Манту;
  - г) общий анализ крови и мочи;
- 10. Самая частая форма первичного туберкулеза:**
- а) туб интоксикация;
  - б) инфильтративный туберкулез;
  - в) первичный туберкулезный комплекс;
  - г) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

## Тесты:

## Вариант 2.

### 1. Какие формы первичного туберкулеза существуют:

- а) туберкулезная интоксикация;
- б) первичный туберкулезный комплекс;
- в) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
- г) ответы а,б,в верны;

### 2. Первичный туберкулез обычно возникает, в каких отделах легких:

- а) в хорошо вентилируемых;
- б) в плохо вентилируемых;
- в) в верхних долях;
- г) во всех долях с равной частотой;

### 3. Инфицирование МБТ чаще происходит:

- а) у детей и подростков;
- б) у контактных по туберкулезу;
- в) у пожилых людей;
- г) не зависит от возраста;

### 4. Всегда присутствующий симптом при туберкулезе:

- а) одышка;
- б) кашель;
- в) кровохарканье;
- г) повышение температуры;

### 5. При инфильтративном и цирротическом туберкулезе перкуторно наблюдается:

- а) притупление легочного звука;
- б) тимпанический звук;
- в) тихий звук;
- г) тупой звук;

### 6. Бактерия туберкулеза названа по имени автора, открывшего возбудителя в 1882 г.:

- а) Левенгук;
- б) Пастер;
- в) Кох;
- г) Геккель;

### 7. Как можно выявить инфицирование МБТ:

- а) рентгенологически;
- б) томографически;
- в) сбор анамнеза;
- г) туберкулинодиагностикой;

### 8. К неотложным состояниям при туберкулезе легких относятся:

- а) астматический статус;
- б) кардиогенный шок;
- в) спонтанный пневмоторакс;
- г) отек головного мозга;

### 9. Инструментальный метод, применяемый для диагностики туберкулезного менингита:

- а) стеральная пункция;
- б) плевральная пункция;
- в) спинномозговая пункция;
- г) все выше перечисленное.

#### **10. Кровохарканье это:**

- а) выделение алой, пенистой крови с кашлевыми толчками;
- б) рвота с примесью крови или кофейной гущей;
- в) появление прожилок крови в мокроте;
- г) появление прожилок крови в отделяемом из носа;

### **Тема 3. Роль семейной медсестры по уходу за неврологическими, онкологическими и хирургическими пациентами.**

#### **Вопросы для опросы:**

1. Распознавание и постановка диагноза при поражении периферической нервной системы (НС)
2. Инфекционных болезнях центральной нервной системы (ЦНС).
3. Нарушении мозгового кровообращения (сотрясения головного мозга, закрытая черепно-мозговая травма, инсульт).
4. Интоксикационные поражения НС.
5. Особенности ухода за больными НС (суицид), за онкологическими пациентами, хирургическими пациентами.
6. Профилактика онкологических заболеваний – задача семейной медицинской службы. Реабилитация онкологических пациентов.
7. Объем сестринского вмешательства.
8. Этапы оказания неотложной помощи.
9. Неотложная доврачебная помощь при онкологических осложнениях
10. Профилактика хирургических заболеваний – задача семейной медицинской службы. Реабилитация постхирургических пациентов.
11. Неотложная доврачебная помощь при травматических повреждениях.
12. Повреждения мягких тканей, сухожилий и мышц.
13. Повреждения опорно-двигательного аппарата.
14. Травмы груди и живота.
15. Черепно-мозговая травма.
16. Способы и особенности транспортировки пациента.
17. Неотложная помощь при различных видах кровотечений.
18. Реанимационные мероприятия на догоспитальном этапе.
19. Интенсивная терапия при различных видах шока
20. Распознавание и постановку сестринского диагноза при болезнях НС.
21. Особенности ухода за больными с патологией НС
22. Профилактику осложнений заболевания нервной системы
23. Особенности ухода за онкологическими пациентами

24. Оказание особенности онкологической помощи в домашних условиях;
25. Особенности детской онкологии.
26. Вопросы этики и деонтологии с онкологическими пациентами.
27. Профилактику осложнений хирургических заболеваний
28. Особенности ухода за хирургическими пациентами
29. Оказание неотложной помощи при несчастных случаях
30. Особенности детского травматизма

### **Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной М. 47 лет взят на операцию в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости. Причиной ее является злокачественная опухоль восходящего отдела ободочной кишки, суживающая просвет последней. Кроме того, опухоль прорастает в забрюшинное пространство, неподвижная.

Вопросы:

- 1) стадия рака?
- 2) на что должен обратить внимание хирург при ревизии органов брюшной полости?
- 3) объем оперативного пособия?
- 4) принципы послеоперационного введения больного?
- 5) у кого должен наблюдаться больной после операции?

### **Задача 2.**

Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 и 5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области -единичный плотный лимфатический узел. Вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Стадия процесса.
3. Методы обследования
4. Дифференциальный диагноз
5. Схема лечения.

### **Задача № 3**

В хирургическом отделении находится пациент с диагнозом: заболевание желудка. Пациента беспокоит боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи. За последние 3 месяца похудел на 8 кг. Отмечает снижение аппетита, отвращение к мясной пище, чувство переполнения в желудке после приема пищи. Иногда сам для облегчения вызывает рвоту. При обследовании выявлено, что опухоль расположена в пилорическом отделе желудка. На обходе врач сказал пациенту, что ему предстоит операция, после чего пациент стал

волноваться, в разговоре с сестрой высказал опасения, что вряд ли перенесет операцию, так как его знакомый якобы умер от подобной операции.

#### **Задания**

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Составьте и согласуйте с пациентом план подготовки к операции.
4. Подготовьте все необходимое для определения группы крови.  
с алгоритмом.

#### **Задача № 4**

У пациентки по поводу рака молочной железы проведена радикальная мастэктомия. В послеоперационном периоде предложено провести курс химиотерапии. Пациентка расстроена, так как проведенный предоперационный курс химиотерапии перенесла плохо: выпали волосы, во время химиотерапии отмечала слабость, тошноту, рвоту. В общем анализе крови отмечались изменения. В разговоре с м/с высказывает сомнение в необходимости проведения химиотерапии.

#### **Задания**

1. Определите проблемы пациентки; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Проведите беседу с пациенткой о необходимости продолжения химиотерапии в соответствии с рекомендациями врача.
3. Наложите повязку на молочную железу.

#### **Эталон ответов:**

##### **Задача 1.**

Ответы:

1. T4N3M0
2. распространенность опухоли, метастазы
3. илеотрансверзоанастомоз
4. антибактериальная и инфузионная терапия
5. у онколога.

##### **Задача 2.**

Эталоны ответов

1. Рак молочной железы
2. T4 N2 M 1
3. Маммография, УЗИ молочных желез, зон регионарного лимфооттока, печени, органов малого таза, пункционная биопсия молочной железы и лимфоузлов с цитологическим исследованием.
4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить между маститом, актиномикозом и туберкулезом.
5. При верификации диагноза - комплексное лечение: лучевая терапия, затем мастэктомия и химиотерапия

##### **Задача 3.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Проблемы пациента:

- снижение массы тела;

- постоянная боль в эпигастральной области;
- снижение аппетита;
- отвращение к мясной пище;
- страх перед предстоящей операцией.

Приоритетная проблема: страх перед предстоящей операцией.

Цель краткосрочная: пациент преодолет страх перед предстоящей операцией.

#### **План Мотивация**

1. М/с ежедневно по 5-10 мин. будет обсуждать с пациентом его страхи и волнения. - оказать моральную поддержку
2. М/с, отвечая на вопросы пациента, ознакомит его с методами обезболивания, планом предоперационной подготовки, течением послеоперационного периода. - вселить уверенность пациента в то, что все действия медработников направлены на профилактику осложнений во время наркоза и послеоперационного периода
3. М/с познакомит пациента с больным, перенесшим удачно подобную операцию - подкрепить свои слова словами другого пациента, перенесшего такую же операцию
4. М/с обеспечит моральную поддержку пациента со стороны родственников. - оказать моральную поддержку пациенту со стороны близких людей
5. М/с организует досуг пациента. - отвлечь пациента от мыслей о неблагоприятном исходе
6. К моменту операции м/с убедится, что пациент преодолел страх. - оценить свои действия

Студент составит и согласует с пациентом план предоперационной подготовки:

1. Накануне операции вечером покормить пациента легким ужином и предупредить его, чтобы утром он не принимал пищу и питье.
  2. На ночь сделать очистительную клизму.
  3. Вечером провести полную санитарную обработку.
  4. По назначению врача на ночь дать снотворные препараты.
  5. Утром в день операции:
    - а) измерить температуру
    - б) поставить очистительную клизму
    - в) побрить операционное поле
    - г) по назначению врача промыть желудок через зонд
    - д) перед премедикацией предложить пациенту помочиться
    - е) провести премедикацию
    - ж) отвезти пациента на каталке в операционную
- Студент выполнит манипуляцию в соответствии

#### **Задача 4.**

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

Проблемы пациента:

Настоящие:

- сомнения в необходимости проведения химиотерапии.
- страх по поводу возможных осложнений предстоящей химиотерапии.
- выпадение волос.

Потенциальная проблема: риск метастазирования.

Приоритетная проблема: страх по поводу возможных осложнений предстоящей химиотерапии.

Цель краткосрочная: пациентка убедится в необходимости проведения химиотерапии и преодолеет страх по поводу возможных ее осложнений.

#### **План Мотивация**

1. М/с 1 раз в день будет проводить беседу с пациенткой в течение 5-10 минут о необходимости лечения химиопрепаратами, уверяя ее в том, что многие негативные проявления (тошноту, рвоту) можно сгладить медикаментозной терапией. Убедить пациентку в возможности снятия негативных проявлений химиотерапии
  2. М/с убедит пациентку, что после химиотерапии волосы восстановятся. Познакомит пациентку с больной, прошедшей ранее химиотерапию. Морально-психологическая поддержка пациентки
  3. М/с порекомендует пациентке носить парик, пока не отрастут волосы. Уменьшение косметического дефекта, поддержание психологически комфортного состояния
  4. М/с ответит на вопросы пациентки в отношении цели проведения химиотерапии. Подберет пациентке необходимую литературу. Расширить уровень знаний пациентки о возможностях химиотерапевтического лечения
  5. М/с проведет беседу с родственниками пациентки. Морально-психологическая поддержка пациентки
  6. К 4-5 дню пациентка согласится с мнением м/со необходимости химиотерапии. Определить эффективность мероприятий м/с.
- Студент проводит беседу с пациенткой о необходимости продолжения проведения химиотерапии в соответствии с рекомендациями врача.

#### **Тема 4. Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье.**

##### **Консультирование членов семьи по уходу**

##### **Вопросы для устного опроса:**

1. Возрастная классификация по ВОЗ.
2. Особенности здоровья населения пожилого и старческого возраста и методы его изучения.
3. Принципы организации гериатрической помощи.
4. Представления о физиологическом, преждевременном, патологическом старении
5. Социальная активность старого человека в трудовой, общественно-политической, семейно-бытовой, культурно-массовой сферах жизнедеятельности.
6. Адаптационные возможности организма при старении.
7. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы.

8. Возрастные изменения системы дыхания.
9. Возрастные изменения органов пищеварения.
10. Возрастные изменения мочевыделительной системы.
11. Возрастные изменения системы крови.
12. Возрастные изменения эндокринной системы.
13. Системный остеопороз как причина возрастных изменений опорно-двигательного аппарата.
14. Особенности организации геронтологической и гериатрической помощи в стране.
15. Основные медицинские учреждения для обслуживания людей пожилого и старческого возраста.
16. Рациональное питание пожилого и старого человека.
17. Особенности течения заболеваний дыхательной системы в пожилом и старческом возрасте
18. История развития гериатрии.
19. Задачи, положения.
20. Биологический возраст, естественное, преждевременное, замедленное старение.
21. Организация работы в медицинской и социальной помощи.
22. Отделение гериатрии.
23. Возрастные изменения при различных заболеваниях пожилого и старческого возрастов. Атеросклероз.
24. Острый инфаркт миокарда.
25. Гипертоническая болезнь.
26. Задачи гериатрической службы.
27. Понятие о гериатрии.
28. Медицинские и социальные аспекты.
29. Особенности течения болезней при различных патологиях пожилого и старческого возраста.

### **Ситуационные задачи:**

**Задача №1.** На приеме находится больной А. 72 лет, обратившийся по настоянию родственников. Жалобы: тремор в покое – тремор головы, верхних конечностей. Также отмечает ухудшение зрения, сухость кожи лица, сухость кожи, иногда – задержка мочеиспускания. Из анамнеза: Много лет страдает ИБС, гипертонией. Указанные жалобы беспокоят на протяжении нескольких месяцев. При осмотре: Отмечается тремор головы (совершает однообразные качательные движения с частотой 6-8/”’) и рук (монотонные

движения, с-м «счета монет» с той же частотой). Походка шаркающая, осанка сторбленная, присутствуют явления ригидности мышц. Настроение больного снижено, высказывает мысли о нежелании жить. Отношение к болезни – неадекватно равнодушное.

Вопросы:

Диагноз?

Дифференциальная диагностика?

Методы лечения?

Методы профилактики?

**Задача №2.** На приеме находится больной 70 лет, приведенный дочерью. Дочь сообщает, что на протяжении последних примерно полугода больной начал постепенно становится раздражительным, обидчивым, подозрительным, в беседе высказывает неадекватные претензии к родственникам. Прежние интересы постепенно утрачиваются, в поведении появляется неадекватность, в последнее время больной пытается разобрать или даже разломать различные предметы домашней обстановки, говоря, что он их «чинит». Критика к состоянию отсутствует. Не узнает соседей, путает старых знакомых на фотографиях, путает события прошлого. Часто теряется в привычной обстановке, забывает, где что находится, постоянно забывает, куда положил ту или иную вещь, что собирался сделать, что уже сделал.

Вопросы:

О каком заболевании следует думать?

Диагностический алгоритм?

Методы лечения?

Прогноз?

**Эталон ответов:**

**Задача 1.**

Ответы:

Болезнь Паркинсона.

Болезнь Паркинсона дифференцируют с другими заболеваниями, сопровождающимися паркинсонизмом — синдромом экстрапирамидных расстройств, включающим гипокинезию, повышение мышечного тонуса и тремор покоя.

Главная задача лечения при болезни Паркинсона заключается в том, чтобы поддержать баланс между дофаминергической и холинергической системами. Используются Леводофа(L-ДОФА) превращается в дофамин — стимулятор D1- и D2-рецепторов.

Агонисты дофамина – бромкриптин и др.

M-холиноблокаторы.

Амантадины амфетамины.

Селегилин— ингибитор MAO B и обратного захвата дофамина.

Пропранолол.

В отдельных случаях – ботулотоксин А.

В крайних случаях – хирургическое лечение – вентролатеральная таламотамия,

Трансплантация в базальные ядра катехоламинсодержащих тканей, полученных от взрослого человека или плода.

Реальные возможности профилактики паркинсонизма ограничиваются мероприятиями по предотвращению нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний головного мозга, применением нейролептических препаратов лишь по строгим показаниям.

## **Задача 2.**

Ответы:

О начавшейся и постепенно прогрессирующей болезни Альцгеймера.

Для достоверного диагноза необходимо присутствие следующих признаков:

Наличие деменции, примерно как это описано выше.

Постепенное начало с медленно нарастающим слабоумием. Хотя время начала заболевания установить трудно, обнаружение окружающими существующих дефектов, может наступить внезапно. В развитии заболевания может отмечаться некоторое плато.

Отсутствие данных клинического или специальных исследований, которые могли бы говорить в пользу того, что психическое состояние обусловлено другими системными или мозговыми заболеваниями, приводящими к деменции (гипотиреозидизм, гиперкальциемия, дефицит витамина В12, дефицит никотинамида, нейросифилис, гидроцефалия нормального давления, субдуральная гематома).

Отсутствие внезапного апоплектического начала или неврологических симптомов, связанных с повреждением мозга, таких как гемипарезы, потеря чувствительности, изменения полей зрения, нарушение координации, возникающих рано в процессе развития заболевания (правда, такие симптомы могут в дальнейшем развиваться и на фоне деменции).

Направления терапии:

Ноотропы (пирацетам, ноотропил);

Ингибиторы холинэстеразы (такрин, донепезил, физостигмин, галантамин);

Мегавитаминная терапия (витамины гр. В, Е в мегадозах);

При необходимости противопаркинсонические препараты (юмекс);

Сосудистые препараты (ангиовазин, кавинтон);

Организация ухода за больным и консультирование родственников по вопросам ухода, «обучение заново», сенсорное обогащение среды.

Прогноз неблагоприятный.

## Методическое обеспечение самостоятельной работы студента

Таблица 1

№ п/п	Порядковый номер темы дисциплины (Тема №)	Форма отчетности ( <i>предлагаемые</i> )
1.	Общение как основная часть лечения и сестринского ухода. Основные роли семейной сестры в процессе профессиональной деятельности.	Доклад на конференции, семинаре
2.	Конфиденциальность и деонтология в процессе профессиональной деятельности	Участие на олимпиаде
3.	Потребности семьи и факторы, влияющие на семью	Подготовка презентации
4.	Потребности и преимущества семьи	Написание реферата
5.	Факторы, влияющие на семью в современном мире, их разнообразие	Подготовка презентации
6.	Проблемы неполных и многодетных семей.	Написание реферата
7.	Аспекты жизни семьи в обществе: юридические, экономические, политические, религиозные, этнические и т. д.	Подготовка презентации
8.	Семья и психологические нагрузки.	Подготовка презентации
9.	Роль коммуникативных навыков в сохранении здоровья семьи	Написание реферата

### Требования по оформлению заданий

#### Кроссворды

- Оптимальное количество слов в кроссворде - 20
- При составлении же кроссвордов по тематическому признаку лучше сначала подобрать слова, а затем, исходя из них, придумать рисунок. Это вот по какой причине. Скажем, вы сделали рисунок тематического кроссворда, в котором должны быть использованы, к примеру, слова, состоящие из трех, пяти, восьми букв. А когда начали подбирать слова, то оказалось, что на данную тему больше слов четырех-, семи-, девятибуквенных, из которых и надо придумать фигуру кроссворда.

- Правильным считается тот рисунок того кроссворда, у которого все четыре стороны симметричны, каждое слово имеет, как минимум, два пересечения (а вообще чем больше, тем лучше), кроссворд не распадается на части, не связанные между собой.
- Очень интересны и сложны по составлению «сплошные» кроссворды, в которых все буквы слов пересекаются с другими. Хотя разгадывать их иногда легче — стоит только вписать все слова по горизонтали, как автоматически получится ответ и по вертикали. Кривые и некрасивые кроссворды получаются тогда, когда составитель берет слова и начинает нанизывать их друг на друга. Для плотности кроссвордной фигуры есть определенная мерка: отношение количества пересеченных клеток к общему количеству клеток в фигуре. Обычно это соотношение колеблется в пределах от 1:3 до 1:5. Если плотность фигуры ниже соотношения 1:5 (то есть пересекаемых клеток меньше одной пятой части всех клеток в фигуре), то для кроссворда это уже серьезный недостаток. Значит, нерасчетливо, неэкономно использованы возможности клеточной фигуры — она осталась недоразвитой.
- При оформлении текста задания кроссворда для единообразия желательно начинать со слов по горизонтали, как мы и пишем обычно, хотя для разгадывания это никакого значения не имеет.
- В кроссвордах допустимы к употреблению только имена существительные единственного числа в именительном падеже, а также те, которые имеют лишь множественное число: ворота, сумерки, кроссовки и т. д.
- Никакие эмоционально окрашенные слова: уменьшительные, ласкательные, пренебрежительные и прочие в кроссвордах неупотребимы. Не включаются в кроссворды и названия, состоящие из двух и более слов (Ерофей Павлович, «Анна Каренина», белый гриб), а также слова, пишущийся через дефис (Новиков-Прибой, Комсомольск-на-Амуре, вагон-ресторан).
- Клетки кроссворда, куда должны вписываться первые буквы слов, последовательно нумеруются. Некоторые слова по горизонтали и вертикали могут идти под одним номером, если они образуют прямой угол, то есть начинаются с общей буквы.
- Значения слов необходимо давать только по словарям.

#### **Требования по оформлению докладов в формате POWER POINT**

- Не более 8-10 слайдов. Время на презентацию -7-10 мин.
- Титульный лист слайда. Презентация начинается со слайда, содержащего название места обучения (институт, факультет/колледж, кафедра), работы, дисциплины, имени автора, научного руководителя..
- Введение (план презентации).

- Во введении определяется актуальность, дается характеристика направления исследования.
- Основная часть.
- Заключение. 3-5 тезиса, излагаются основные результаты представленной работы.
- Список использованной литературы.
- Слайды должны быть пронумерованы.
- Каждый слайд должен иметь заголовок.
- Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер):
- Текст слайда для заголовков должен быть размером 24-36 пунктов.
- Точку в конце заголовков не ставить. А между предложениями ставить.
- Не писать длинные заголовки.
- Слайды не могут иметь одинаковые заголовки. Если хочется назвать одинаково – желательно писать в конце (1), (2), (3) или Продолжение 1.
- Шрифты. Для оформления презентации использовать Arial, Tahoma, Verdana, TimesNewRoman, Georgia.
- Размер шрифт для информационного текста 18-22 пункта.
- Ни в коем случае не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Необходимо помещать туда важные тезисы.

#### **Требования по оформлению реферата**

- Тема реферата выбирается в соответствии с интересами студента и должна соответствовать приведенному примерному перечню.
- Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников ( монографии, статьи ).
- План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
- Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.
- Недопустимо просто скомпоновать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
- Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

- Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
- Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:
- Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге. Автор И.О.
- Название статьи // Название журнала. Год издания. Том \_\_. № \_\_. Страницы от \_\_ до \_\_.
- Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от \_\_ до \_\_. Примерное содержание работы: Наименование: Объем: 13-15 стр.

### Глоссарий

**Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)** является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной формах и предусматривает:

первичную доврачебную медико-санитарную помощь;  
первичную врачебную медико-санитарную помощь;  
первичную специализированную медико-санитарную помощь.

**Семья** – группа лиц, связанных родственными отношениями (свойством – родством через брак, кровным родством и/или усыновлением) и взаимной ответственностью, проживающих совместно и имеющих общий бюджет. Члены семьи имеют сходство семейных ценностей, функционально-ролевую согласованность, социально-ролевую адекватность в семье, эмоциональную удовлетворённость, адаптивность в микросоциальных отношениях, устремлённость на воспроизводство и семейное долголетие. Семья – объект общей врачебной (семейной) практики.

**Общая врачебная практика (ОВП)** – одна из форм организации первичной медико-санитарной помощи, когда врач общей практики (семейный врач) оказывает

помощь индивидуально или совместно с другими врачами (групповая практика). Врачу общей практики (семейному врачу) непосредственно подчиняются средний медицинский персонал, имеющий специальную подготовку. Общая врачебная практика включает в себя амбулаторный прием и посещения на дому, оказание неотложной помощи, проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействие в решении медико-социальных проблем семьи. За врачом общей практики (семейным врачом) на договорной основе могут быть закреплены койки в стационаре для ведения больных. При необходимости врач общей практики может организовать стационары на дому, дневные стационары. ОВП может осуществляться в государственном, негосударственном медучреждении, в порядке частной практики.

**Врач общей практики (ВОП)** – специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению.

**Семейный врач (СВ)** – врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, независимо от возраста и пола пациентов.

**Медицинская сестра общей практики** является специалистом в области сестринского дела, работает совместно с врачом общей практики (семейным врачом) и обеспечивает медицинскую помощь прикрепленному населению, включая профилактические и реабилитационные мероприятия.

**Здоровье** – (определение ВОЗ) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

**Профилактика** – комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска. В системе здравоохранения является важнейшей составляющей. Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. **Первичная профилактика** — система мер предупреждения возникновения заболеваний и минимизации модифицируемых факторов риска развития заболеваний. **Вторичная профилактика** — комплекс мероприятий по устранению факторов риска осложнения заболеваний. **Третичная профилактика** — комплекс мероприятий по предупреждению рецидивов, прогрессирования заболеваний и инвалидизации; включает социальную, трудовую, психологическую и медицинскую реабилитацию.

**Обучающие технологии** – это профилактические технологии, основанные на совокупности индивидуального и группового воздействия на людей (пациентов и членов семьи) и направленные на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков; обеспечивают информированное, осознанное и активное участие пациента (родственников) в лечебном и профилактическом процессе.

**Медицинское консультирование** в общеврачебной практике – предоставление пациенту (родителю ребёнка) научно обоснованной информации о заболевании (факторах риска развития заболевания) доступным языком, снятие ложных тревог и опасений, предоставление эмоциональной поддержки, ознакомление со способами и средствами снижения риска заражения, прогрессирования заболевания, развития осложнений и формирование мотивации к оздоровлению и приверженности лечению. Включает в себя также предоставление информации о порядке получения специализированной помощи по показаниям.

**Школа здоровья** (для пациентов с той или иной патологией) – это медицинская профилактическая технология, основанная на совокупности индивидуального и группового воздействия на пациентов и направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению того или иного заболевания, повышение приверженности пациентов к лечению для профилактики осложнений заболевания, улучшения прогноза и повышения качества жизни.

**Диспансерный метод** – метод медицинского обслуживания, заключающийся в постоянном активном наблюдении за определенными группами населения и определенными контингентами больных, осуществлении по отношению к ним мер индивидуальной и общественной профилактики и лечебных мероприятий, а также в изучении и оздоровлении условий их труда и быта.

**Диспансерное наблюдение** – составная часть диспансерного метода, заключающаяся в активном наблюдении за состоянием здоровья лица, находящегося на диспансерном учете, предусматривающая проведение врачебных осмотров и специальных исследований (рентгенологических, лабораторных и др.) с периодичностью, зависящей от характера заболевания и уровня компенсации нарушений здоровья у данного лица или от особенностей условий его труда.

**Качество жизни, связанное со здоровьем** – интегральный показатель оценки индивидуумом (пациентом) изменений самоощущения и возможностей самореализации в связи с заболеванием или увечьем (наряду с изменением работоспособности и самочувствия). Включает субъективную оценку физической активности, роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, болевых ощущений, общего состояния здоровья, жизненного тонуса, социальной активности, роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психического здоровья.

**Образ жизни** – жизненный уклад; устоявшиеся, типичные для исторически-конкретных социальных отношений формы индивидуальной, групповой жизни и деятельности людей, характеризующие особенности их общения, поведения и склада мышления в различных сферах. Основными параметрами образа жизни людей являются труд (учеба), быт, общественно-политическая и культурная деятельность, а также различные поведенческие привычки и проявления. Образ жизни человека — главный фактор, определяющий его здоровье.

**Здоровый образ жизни** – образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья. Является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций. Элементы здорового образа жизни: формирование безопасной и благоприятной среды обитания, личная и общественная гигиена, рациональное питание, достаточная двигательная активность с учётом возрастных и физиологических особенностей, физическое закаливание, психогигиена, интеллектуальная активность, духовная активность, социальная активность.

**Уход за больным** – комплекс мер, имеющих целью облегчить состояние больного и создать оптимальные условия для лечения. В больнице осуществляется средним медицинским персоналом, которому помогает младший медицинский персонал. При лечении на дому уход обеспечивают родственники под контролем участковых врача и сестры. Различают общий уход, правила которого соблюдают во всех случаях (индивидуализируя их применительно к тяжести состояния, возрасту и др. особенностям больного), и специальный уход, характер которого определяется формой данного заболевания. В сфере

общего ухода входят вопросы гигиенического режима, полноценного питания, выполнение лечебных назначений, наблюдение за больным и предупреждение возможных осложнений. Важную роль в выздоровлении играют душевный покой больного, чему способствуют внимательное, терпеливое отношение к его просьбам, устранение всего, что его беспокоит и раздражает.

**Уход за здоровым и больным ребёнком** – раздел педиатрии; комплекс знаний, умений и навыков, являющийся основой обучения молодой матери и других членов семьи семейным врачом и медицинской сестрой общей практики.

**Самоуход** – деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно. Выделяют три группы потребностей в самоуходе: 1) универсальные; 2) связанные со стадией развития (от рождения до старости); 3) связанные с нарушениями здоровья, приводящие к изменениям: анатомическим, физиологическим, а также поведения и образа жизни. Сестринская помощь направлена на выявление потребностей пациента, причин дефицита самоухода. Необходимым условием осуществления сестринской помощи является желание и возможность пациента принять эту помощь. Выделяют три системы помощи: 1) полностью компенсирующую — применяется в тех случаях, когда пациент находится в бессознательном состоянии, либо он не способен к обучению; 2) частично компенсирующую — применяется по отношению к пациентам, временно утратившим способность осуществлять отдельные аспекты самоухода; 3) консультативную (обучающую) — применяется при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам самоухода.

**Геронтология человека** — наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним (омоложение). Составными частями геронтологии являются гериатрия - учение о болезнях, связанных с инволюционными изменениями, а также особенности лечения и профилактики заболеваний в пожилом и старческом возрасте, геронгигиена, которая изучает вопросы общей и специальной гигиены людей старших возрастных групп и геронтопсихология, которая изучает психолого-поведенческие особенности людей пожилого и престарелого возраста.

**Пожилой человек** – человек в возрасте 60—74 для мужчин, 55—74 для женщин.

**Старый человек**– 75—89 для мужчин, 75—89 для женщин.

**Долгожитель** – человек в возрасте 90 лет и более.

**Инволюция** – обратное развитие каких-либо органов и систем организма, их уменьшение, упрощение физиологических и морфологических характеристик, редукция в процессе онтогенеза или филогенеза. Инволюция возрастная наблюдается в онтогенезе, ей присущи специфические заболевания психики, проявляющиеся только в инволюционном периоде. Различают также инволюцию отдельных органов и систем, например сексуальную, характеризующуюся снижением половой активности. Возрастная инволюция органов и тканей является морфо-физиологическим эквивалентом старения. Инволюция жизненно важных органов, и, прежде всего, основных регуляторных систем – нервной, эндокринной и иммунной, приводит к дискоординации нейро-иммуно-эндокринных сигнальных механизмов гомеостаза.

### **Основные категории жизнедеятельности:**

- способность к самообслуживанию;
- способность к самостоятельному передвижению;
- способность к ориентации;
- способность к общению;
- способность контролировать свое поведение;
- способность к обучению;
- способность к трудовой деятельности.

**Реабилитация** или восстановительное лечение – это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Восстановительное лечение является частью ежедневного ухода за больным. При восстановительном уходе главная цель состоит в том, чтобы помочь больному стать функционально полноценным и независимым от посторонней помощи настолько это возможно, несмотря на то, что он не может быть таким, как прежде.

**Сестринский процесс** — это научно-обоснованная технология сестринского ухода, направленная на повышение качества жизни пациента путём решения возникающих у него проблем. Цели сестринского процесса: 1. Обеспечение приемлемого качества жизни пациента в зависимости от его состояния. 2. Предупреждение, облегчение, сведение до минимума проблем пациента. 3. Помощь пациенту и его семье в адаптации, связанной с заболеванием или травмой. 4. Поддержка или восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей или в обеспечении спокойной смерти. **Этапы сестринского процесса:** 1. Сестринское обследование. 2. Сестринская диагностика проблем пациента и его семьи. 3. Постановка целей. 4. Реализация. 5. Оценка эффективности, коррекция ухода.

**Стационар на дому**, созданный при амбулаторно-поликлинических, стационарных (диспансеры) учреждениях, относится к амбулаторно-поликлинической помощи, является структурным подразделением перечисленных учреждений и предназначен для оказания диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения. Стационар на дому осуществляет оказание медицинской (диагностической, лечебной и реабилитационной) помощи на дому больным и инвалидам, а также детям, нуждающимся в домашнем уходе. Первичный отбор больных в стационар на дому проводится участковыми врачами, врачами общей практики, врачами-специалистами с рекомендациями предполагаемого лечения по согласованию с руководителем структурного подразделения и заведующим стационаром на дому. На лечение в стационар на дому направляются пациенты: с острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний различных профилей, в том числе нуждающиеся в долечивании и реабилитации после этапа лечения в круглосуточном стационаре с уточненным диагнозом; нуждающиеся в контролируемом лечении и наблюдении; нуждающиеся в комплексных реабилитационных мероприятиях.

**Дневной стационар** является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с

применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

### Список используемой литературы:

#### 1.Основная

1. Н.В. Шпорт, О.С. Кравцова, И.К. Дыгало «Семейная медицина». Москва 2005г.
2. В.Тулчинская, Н. Соколова, Н. Шеховцова «Сестринское дело в педиатрии». «Феникс» 2001 г.
3. Славянова И.К. «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии». «Феникс»2001г.
4. Т. Ч. Чубакова ,Э.Б. Фрике , М. Халики «Основы сестринского дела в семейной медицине»,том I. Бишкек 2005 г.
5. Т.Ч. Чубакова ,Вирджинии М. Халики ,Эдит БерилФрике, «Сестринское дело в терапии и хирургии». Бишкек 2007 г.
6. Т.Ч. Чубакова .Э.Б.Фрике, М.Халики. «Основы сестринского дела в медицине».Птом.Бишкек 2005 г.
7. «Организация специализированного сестринского ухода». Москва. Издательская группа
8. «ГЭОТАР-Медиа»2009 г.
9. Л.С.Фролькис. «Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи». Москва.
10. 2010 г.
11. Смолева.Э. В.,Обуховец Т.П. «Сестринское дело в терапии». Ростов-на-Дону. «Феникс»
12. Руководство по ведению пациентов с заболеваниями органов дыхания: Для специалистов сестринского дела ГСВ/ ЦСМ на основе стратегии PAL ВОЗ. Бишкек 2007 г.
13. Руководства по обучению стратегии PAL ВОЗ дляпреподавателейсестринского дела.
14. Бишкек 2005 г.

#### 2.Дополнительная

1. «Организация и основные принципы оказания медико-социальной помощи семьям группы риск» Учебное пособие для специалистов медико-социального патронажа, медсестер ГСВ.Бишкек 2005 г.
2. «Основы клинического обучения по репродуктивному здоровью». Учебное пособие для медсестер ГСВ. Бишкек 2004 г.
3. Основы обучения сотрудников службы организации семьи и медико-социального патронажа акушеров и медсестер ГСВ.Бишкек 2005 г.

#### Интернет-ресурсы:

1. <http://www.dgsen.kg>
2. Всемирная организация здравоохранения  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/imci/ru/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ru/)
3. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики - [www.med.kg](http://www.med.kg)
4. Википедия (краткий сайт)-[https://ru.wikipedia.org>wiki>...](https://ru.wikipedia.org/wiki>...)

5. Сайт для студентов медиков - <https://studfiles.net/preview/page:85>