

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий	044-80/11 () 1 стр из 60

**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

Методические рекомендации для занятий

Дисциплина: "Основы сестринского дела"
Специальность: 09110100 - "Стоматология"
Квалификация: 4S09110102 - "Дантист"

Курс: 2
 Семестр: 4
 Форма итогового контроля: экзамен
 Общая трудоемкость часов / кредитов: КЗ: 120 / 5
 Симуляция: 96

Шымкент, 2023 г.

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий	044-80/11 () 2 стр из 60

Методические рекомендации составлены на основе рабочей учебной программы по дисциплине "Основы сестринского дела"

Преподаватель: Мәди Ә.Қ.

Специальность: 09110100 - "Стоматология"

Квалификация: 4S09110102 - "Дангист"

Силлабус утвержден на заседании кафедры «Сестринское дело-2»

« 1 » 09 2023 г.

Протокол № 1

Заведующая кафедрой «Сестринское дело-2»  Айбекова Г.Н.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 3 стр из 60

Урок 1

5.1. Тема. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии. Типы медсестер (методом Харди). Безопасность медицинской сестры на рабочем месте. Функциональные обязанности медицинской сестры, права пациента.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Одно из наиболее широко распространённых в настоящее время определений понятия «философия»: философия – это наука о взаимодействии субъекта и объекта и об изменениях отношений между ними, возникающих в результате этого взаимодействия.

С началом реформы сестринского дела в России активно используется понятие «философия сестринского дела» - «выраженный в понятиях дух этой профессии, определение её миссии в обществе, а также лежащий в её основе системы ценностей».

Философия и сестринское дело. Какая связь между ними? Зачем сестринскому делу философия? И что такое философия сестринского дела?

Эти вопросы обсуждались на I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела (1993). Впервые в нашей стране были даны определения таких ключевых в сестринском деле терминов, как «сестра», «пациент», «сестринское дело», «окружающая среда». Были определены отношения взаимодействия, возникающие между указанными субъектами и объектами. Наконец, сформулированы этические ценности, которыми должна обладать профессиональная сестра.

На основе принятых определений были сформулированы принципы философии сестринского дела в России. Мы приводим полный текст этого документа.

«Философия сестринского дела является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения между сестрой, пациентом, обществом и окружающей средой. Она основана на общечеловеческих принципах этики и морали. В центре этой философии находится человек. Сестринское дело опирается на древнюю традицию, целью которой является удовлетворение человеческих потребностей в защите здоровья и окружающей среды.

Основными принципами философии сестринского дела являются уважение к жизни, достоинству и правам человека. Мы верим в священный дар жизни и в связи с этим рассматриваем каждую отдельную личность как единое целое с ее внутренними возможностями к росту и развитию физическому, философскому, социальному, культурному, интеллектуальному и духовному.

Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества. Эти принципы предусматривают ответственность сестры перед обществом (в

том числе и перед пациентом) и ответственность общества перед сестрой. Общество признает важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентирует и поощряет его посредством издания законодательных актов.

Целью сестринского дела является осуществление сестринского процесса.

Сестра стремится выполнять свою работу профессионально, уважая и охраняя достоинство пациента, его автономию и гармонию с обществом и социальными потребностями.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.

2. Методы исследования инфекционных болезней.

1 ~ Выраженное избирательное действие антибиотиков на бактерии называется

- A. | Статическим действием
- B. | Антимикробным спектром
- C. | Бактерицидным действием
- D. | Микробным числом
- E. | Коли-индексом

2 ~ На втором этапе выделения чистой культуры проводят... .

- A. | определение чувствительности к антибиотикам
- B. | изучение изолированных колоний
- C. | определение чувствительности к фагам
- D. | изучение антигенных свойств
- E. | заражение лабораторных животных

3 ~ Разобщение аэробов равномерным распределением бактериальной петлей по поверхности плотной питательной среды является

- A. | физическим методом
- B. | химическим методом
- C. | биологическим методом
- D. | механическим методом
- E. | биохимическим методом

4 ~ Гибель бактерий происходит при

- A. | бактериостатическом воздействии на них
- B. | микробном числе
- C. | химиотерапевтическом индексе
- D. | бактерицидном воздействии на них
- E. | антимикробном спектре

5 ~ Для культивирования анаэробов применяется среда

- A. | Плоскирева
- B. | Левина
- C. | Китта-Тароцци
- D. | Эндо
- E. | Мюллера

6 ~ Питательные среды по составу ингредиентов подразделяются на

- A. | жидкие
- B. | естественные
- C. | сухие
- D. | плотные

Е. | сыпучие

7 ~ Жидкие, полужидкие, плотные и сухие питательные среды подразделяют по

А. | назначению

В. | составу

С. | сложности

Д. | количеству

Е. | консистенции

8 ~ Для определения сахаролитической активности бактерий используется дифференциально-диагностическая питательная среда... .

А. | Гисса

В. | Мюллера

С. | ЖСА

Д. | Леффлера

Е. | Эндо

9 ~ Основные питательные среды применяются для... .

А. | выращивания бактерий

В. | выращивания вирусов

С. | дифференциации бактерий

Д. | накопления бактерии

Е. | подавления роста сопутствующей микрофлоры

10 ~ Для приготовления плотных питательных сред используют... .

А. | ферменты

В. | витамины

С. | сыворотку крови

Д. | агар-агар

Е. | дрожжи

Ситуационная задача №1

Больная Е., 56 лет, заболела остро – появились умеренные боли в горле, усиливающиеся при глотании, повысилась температура тела до 38,1°C, почувствовала слабость, недомогание. К врачу не обращалась. Лечилась домашними средствами: полоскала горло домашними средствами. В последующие два дня температура держалась на уровне 37,5-38,2°C, боли в горле сохранялись. На 4-й день болезни выросла слабость, появились сердцебиение, одышка, затруднение при глотании. Больная заметила, что шея увеличилась в размерах. К середине дня температура тела достигла 39,8°C. Вызвала участкового врача, который выявил в анамнезе частые ангины, ОРВИ, гипертоническую болезнь 2 стадии в сочетании с ИБС.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 38,5°C, сознание ясное. Лицо бледное. Кожа чистая. Определяется отек шейной клетчатки, доходящий до первой шейной складки. Пальпируются увеличенные чувствительные подчелюстные лимфатические узлы. Голос звучный. В зеве разлитая умеренная гиперемия. Миндалины отечны, увеличены в размерах до 3 степени. На миндалинах, обеих дужках, на основании язычка имеются плотные серовато-белые с гладкой поверхностью налеты. Шпателем их снять не удалось. Дыхание свободное, в легких – везикулярное. Пульс 110 уд. в мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Выслушивается отчетливый систолический шум на основании сердца. Язык обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Диурез достаточный. Поколачивание по пояснице безболезненно.

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2. Укажите, если есть осложнения заболевания.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий	044-80/11 () 6 стр из 60

3. Решите вопрос о госпитализации.
4. Составьте план обследования больной.
5. Назначьте лечение.
6. К какой группе инфекционных болезней относится данный случай?
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.

Ситуационная задача №2

Больной И., 39 лет, работник мясокомбината, заболел остро 9.11.: появились головная боль, слабость, сильный озноб, повысилась температура тела до 39,6°C. Отмечал выраженные боли в мышцах, особенно икроножных, боли в поясничной области, стал меньше мочиться. С диагнозом «острый пиелонефрит» наблюдался врачом поликлиники, принимал 5-НОК, бисептол. Однако высокая температура не снижалась и в течение последующих 5 дней сохранялась на уровне 38°-39°C. 13.11. заметил желтуху. Вызванный повторно участковый врач установил: состояние тяжелое, температура тела 39,8°C. Лицо гиперемировано, одутловато. Склеры инъецированы. На слизистых оболочках конъюнктивы мелкие кровоизлияния. Кожа и склеры ярко желтого цвета. На коже грудной клетки видна петехиальная сыпь. Язык сухой, обложен грязным налетом. В легких застойные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, пульс 130 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см ниже правой реберной дуги, болезненная. Пальпируется край селезенки. Со слов больного – в течение дня не мочился. Менингеальные симптомы отрицательные. Больной был направлен в инфекционный стационар с подозрением на острый вирусный гепатит. В приемном отделении стационара проведено срочное обследование больного: лейкоциты в периферической крови – $15 \cdot 10^9$ /л; гемоглобин -100 г/л; СОЭ -35 мм/ч. Билирубин крови – 250 мкмоль/л, (прямой 100 мкмоль/л); АЛАТ – 2,5 ммоль/л; мочевины – 65 ммоль/л; креатинин – 0,8 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок 0,33 г/л; эритроциты 50 в поле зрения; единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите показания к госпитализации больного.
3. Какое лабораторное обследование больного требуется для верификации диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите имеющиеся и возможные осложнения
6. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Урок 2

5.1. Тема урока. Основные типы, структура и организация работы медицинских учреждений.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 7 стр из 60

2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.

4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Структура медицинских организаций определяется медико-техническим заданием (заданием на проектирование) с учетом их профиля и мощности. Часть подразделений в структуре медицинской организации может отсутствовать при передаче соответствующих функций централизованным организациям (диагностический центр, центральное стерилизационное отделение, лабораторный центр, прачечная, пищеблок, клининговая служба, патолого-анатомическое отделение и др.).

Медицинские организации, предназначенные непосредственно для пациентов, подразделяют на две группы: стационарные и амбулаторно-поликлинические, в составе медицинских организаций со стационаром могут быть следующие структурные подразделения: стационары, консультативно-диагностические отделения, лечебные отделения, вспомогательные, хозяйственные, служебно-бытовые, помещения клинических кафедр, дневные стационары.

Консультативно-диагностические и лечебные подразделения целесообразно проектировать централизованными с возможностями использования их как стационарными, так и амбулаторными больными. Для этого должны быть предусмотрены отдельные входы и ожидальные. В организациях до 150 коек вход и ожидальная могут быть общими, но с разделением использования по времени.

К амбулаторно-поликлиническим организациям относятся: ФАПы, СВА, офисы врачей общей практики, территориальные, ведомственные и специализированные поликлиники, диспансеры, медицинские центры, центры восстановительного лечения без стационаров.

В составе амбулаторно-поликлинических организаций могут быть следующие структурные подразделения: отделения амбулаторно-поликлинического приема, консультативно-диагностические, лечебные отделения, дневные стационары, вспомогательные (в том числе отделения помощи на дому), хозяйственные, служебно-бытовые.

Медицинское учреждение — лечебно-профилактические и другие виды заведений, в которых людям, в том числе с какими-либо заболеваниями, оказываются медицинские услуги: диагностика, лечение, реабилитация после перенесенных болезней.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс-стади и др.).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.

2. Методы исследования инфекционных болезней.

1 ~ Пирогаллол или гидросульфит натрия применяют при ... методе культивирования и выделения чистых культур анаэробов.

A. | физическом

B. | биологическом

C. | комбинированном

D. | химическом

E. | механическом

2 ~ Изучение изолированных колоний, с целью получения чистой культуры, и приготовления из этих колоний мазка для микроскопии проводят на... .

- A. | I этапе выделения аэробных бактерий
B. | III этапе выделения аэробных бактерий
C. | II этапе выделения аэробных бактерий
D. | I-II этапах выделения аэробных бактерий
E. | I-III этапах выделения аэробных бактерий
- 3 ~ На третьем этапе выделения чистой культуры проводят... .
- A. | посев на среды "пестрого" ряда
B. | посев на элективную среду
C. | изучение культуральных свойств
D. | просмотр изолированных колоний
E. | выделение характерных колоний
- 4~ На первом этапе приготовления питательных сред проводят... .
- A. | фильтрацию
B. | разлив
C. | установление рН среды
D. | варку
E. | стерилизацию
- 5 ~ Универсальная среда:
- A. | Леффлера
B. | Эндо
C. | желточно-солевой агар
D. | Левина
E. | мясопептонный бульон
- 6 ~ Питательные среды делят на основные, элективные и дифференциально-диагностические по... .
- A. | консистенции
B. | составу
C. | сложности
D. | назначению
E. | количеству
- 7 ~ Питательный агар, определенный углевод, цветной индикатор входят в состав... питательных сред.
- A. | основных
B. | специальных
C. | дифференциально-диагностических
D. | обогатительных
E. | элективных
- 8 ~ Для приготовления кровяного агара необходима
- A. | кровь
B. | сыворотка крови
C. | глюкоза
D. | пептон
E. | плазма крови
- 9 ~ Бактериологический метод исследования:
- A. | выделение чистой культуры
B. | приготовление мазка
C. | заражение животных
D. | приготовление вакцины
E. | определение уровня иммунитета

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий	044-80/11 () 9 стр из 60

10 ~ Питательные среды используют для

- A. | культивирования
- B. | фиксации
- C. | леофеллизации
- D. | пастерилизации
- E. | тиндаллизации

Ситуационная задача №1

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной. Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась. Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы: 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза. 4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор. 5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.

Ситуационная задача №2

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, не прямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор. 5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Урок 3

5.1. Тема урока. Инфекционная безопасность. Безопасная больничная среда в медицинских организациях. Санитарно-противоэпидемический режим.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации" (далее – Санитарные правила) устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации для всех субъектов независимо от формы собственности.

2. В настоящих Санитарных правилах используются следующие понятия:

1) текущая дезинфекция – дезинфекция, которая проводится с установленной для каждой нозологической формы регулярностью, пока больной находится в очаге заболевания;

2) гнус – объединенное название группы кровососущих летающих насекомых (комаров, слепней, мошек, мокрецов, москитов), причиняющих вред здоровью человека;

3) полевая дезинсекция – уничтожение кровососущих насекомых и клещей за пределами населенного пункта с целью общего снижения их численности или создания защитных зон вокруг мест пребывания людей;

4) полевая дератизация – уничтожение грызунов с целью снижения их численности и предотвращения развития эпизоотий опасных для людей заболеваний;

5) дезинфекция – комплекс специальных мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекционных и паразитарных заболеваний во внешней среде;

6) дезинфекционное оборудование – аппараты и установки, предназначенные для проведения дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинсекции и дератизации;

7) дезинфекционные средства (далее – дезсредства) – химические и биологические средства, предназначенные для проведения дезинфекции (дезинфицирующие средства), предстерилизационной очистки, стерилизации (стерилизационные средства), дезинсекции (дезинсекционные средства), дератизации (дератизационные средства), а также репеллентные средства и педикулициды;

8) дезинсекция – комплекс профилактических и истребительных мероприятий по уничтожению насекомых и членистоногих в целях защиты от них человека, животных, помещений и территории;

9) дератизация – комплекс профилактических и истребительных мероприятий, направленных на уничтожение или снижение числа грызунов;

10) дезинфекция высокого уровня – дезинфекция, при которой уничтожаются все патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, а количество спор снижается;

11) имаго – взрослая (половозрелая) стадия развития членистоногих;

12) инсектициды (акарициды, инсектоакарициды) – средства (препараты), химической природы, используемые для уничтожения насекомых и клещей;

13) камерная дезинфекция – дезинфекция и дезинсекция в дезинфекционных камерах;

14) барьерная дератизация – создание защитной полосы шириной не менее 200 метров вокруг постоянных или временных населенных пунктов, а также в местах отдыха населения, оздоровительных учреждений для уничтожения грызунов с использованием любых из существующих методов (физический, химический, биологический) с целью предупреждения миграций грызунов, переносчиков инфекций;

15) поселковая дезинсекция – уничтожение вредных насекомых, клещей и других членистоногих в пределах населенного пункта;

16) поселковая дератизация – уничтожение грызунов в жилых помещениях (зданиях), надворных постройках, животноводческих, производственных, складских и прочих помещениях, а также на открытой территории в пределах населенного пункта;

17) режим применения – совокупность норм, характеризующих применение дезинфекционного средства, включая концентрацию действующего вещества в используемой препаративной форме, расход препарата, время обработки, кратность и площадь обработок, использование вспомогательных веществ и методов;

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.

2. Методы исследования инфекционных болезней.

1 ~Жидкая питательная среда:

A. | мясопептонный агар

B. | среда Эндо

C. | мясопептонный бульон

D. | кровяной агар

E. | желточно-солевой агар

2 ~Культуральным свойством бактерий является

A. | способность окрашиваться

B. | биохимическая активность

C. | характер роста на питательных средах

D. | антигенный состав

E. | форма бактериальной клетки

3 ~Идентификацию выделенной культуры НЕ производят с помощью определения... признаков.

- A. | физических
- B. | морфологических
- C. | тинкториальных
- D. | культуральных
- E. | биохимических

4~Лактоза входит, в качестве дифференцирующего субстрата, в состав среды... .

- A. | желточно-солевой агар
- B. | мясопептонный агар
- C. | Леффлера
- D. | Эндо
- E. | Сабуро

5 ~В жидких питательных средах бактерии образуют... .

- A. | кристаллы
- B. | полное сгущение среды
- C. | помутнение
- D. | обесцвечивание
- E. | колонии

6 ~Дифференциально-диагностическая среда:

- A. | МПА
- B. | кровяной агар
- C. | желточно-солевой агар
- D. | Эндо
- E. | сывороточный агар

7 ~ Встраивание вирусной нуклеиновой кислоты в клеточный геном происходит при... .

- A. | абортивной форме
- B. | фагоцитозе
- C. | продуктивной форме
- D. | интегративной форме
- E. | пиноцитозе

8 ~Проникновения внутренней структуры вириона в цитоплазму клетки хозяина происходит при

- A. | слияние мембраны
- B. | эндоцитозе
- C. | инвазий
- D. | конверсий
- E. | фагоцитозе

9 ~Репликация ДНК-вирусных геномов – это синтез молекул ДНК, происходит при участии клеточной... .

- A. | ДНК-полимеразы
- B. | эндонуклеаз
- C. | транскриптазы
- D. | ревертазы
- E. | РНК-полимеразы

10 ~Выход сложных вирионов из клетки происходит путем... .

- A. | адсорбции
- B. | пенетрации
- C. | "взрыва", деструкции

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 13 стр из 60

D. | почкования

E. | проникновения

Ситуационная задача №1

Больной Е. 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела 8 до 40,2 °С. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, при попытке встать упал. При поступлении состояние тяжёлое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на своё имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2 °С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звёздчатая сыпь сине-фиолетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 уд/мин, ритмичный, АД – 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом – 15400 кл/мл; белок – 2,64 г/л; реакция Панди .

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Укажите план лечения данного пациента. 5. Через 1 месяц у больного жалобы на умеренную слабость, умеренную головную боль, снижение работоспособности, иногда головокружение. Миндалины не увеличены, налётов нет. АД – 100/60 мм рт.ст., пульс – 76 уд/мин. Контрольный бактериальный посев мазка из носоглотки и из носа отрицательный. В общем анализе мочи повышение СОЭ – 26 мм/час. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Ситуационная задача №2

У студента, навестившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и её зернистость. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Укажите план лечения данного пациента. 5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Ваша дальнейшая тактика по ведению данного пациента.

Урок 4

5.1. Тема урока. Дезинфекция. Стерилизация. Медицинские отходы.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;

- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
2. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Распространенность внутрибольничных инфекций В странах Европы смертность от внутрибольничных инфекций составляет 25 тыс. в год. В США ежегодная смертность от вызванных различными штаммами нозокомиальных микроорганизмов составляет 99 тыс. случаев, при общем количестве зарегистрированных случаев нозокомиальных инфекций в 1,7 миллиона случаев. Источники внутрибольничной инфекции Основные источники ВБИ — сами пациенты и сотрудники медучреждения. Также источником ВБИ могут быть близкие и родственники пациентов, которые посещают их или же ухаживают за ними. Кроме того, грызуны, собаки или кошки также могут разносить инфекцию. Механизмы передачи внутрибольничной инфекции могут быть такими: фекально-оральный механизм (к нему относится водный, пищевой и контактно-бытовой пути распространения ВБИ) воздушно-капельный трансмиссивный — укусы кровососущими насекомыми; контактный; вертикальный

Причинами ВБИ могут быть такие виды возбудителей внутрибольничной инфекции: бактериальные вирусные грибковые протозойные метозойные (гельминтозы) Но абсолютное большинство всех ВБИ могут быть вызваны различными бактериями, а не другими формами жизни. Таким образом, структура ВБИ определяется именно бактериальными агентами. С практической точки зрения удобно различать среди инфекционных агентов патогенные и условно патогенные, а также облигатные паразиты.

Причины распространения внутрибольничных инфекций К ВБИ приводят: увеличение количества носителей штаммов резистентного типа среди медицинских работников, формирование госпитальных штаммов загрязнение воздуха, предметов и рук персонала контакт с инфекциями во время выполнения диагностических и лечебных манипуляций бесконтрольное использование антибиотиков пациентами, что приводит к формированию резистентности у микроорганизмов несвоевременная ротация дезинфектантов в учреждении здравоохранения, сопровождающаяся формированием резистентности к ним у госпитальных штаммов микробов нарушение правил санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов как больными, так и сотрудниками больниц

Причины распространения ВБИ подразделяют на субъективные, когда вина возлагается на медперсонал и администрацию медучреждения, и объективные — соответственно не зависящие от этих лиц. Объективные причины распространения ВБИ — это формирование нечувствительности к антибиотикам в силу необоснованного их использования в животноводстве и других сферах народного хозяйства, несоответствующее требованиям современности оснащение медучреждений и т. д. К субъективным причинам могут быть отнесены недостаточная информированность медперсонала о причинах внутрибольничной инфекции, невыполнение требований асептики/антисептики и т. д.

Виды внутрибольничных инфекций Гнойно-септические инфекции Они насчитывают примерно 80 различных возбудителей и ответственны за 75—80% всех случаев госпитальных инфекций. Чаще всего они вызываются стафилококком, синегнойной палочкой. Этот вид ВБИ распространяется воздушным путем, а также через предметы быта, медицинский инструментарий, руки медицинских работников и т. п. Кишечные инфекции Этот вид составляет 7—12% всех внутрибольничных инфекций, причем самая распространенная в этой группе инфекция вызывает опасное заболевание — сальмонеллез.

Сальмонеллы имеют большую устойчивость к антибиотикам и антисептикам. Передаются кишечные инфекции через пыль, предметы быта, медицинский инструментарий, а также воздушным путем. Однако чаще всего носителем возбудителей инфекций является медицинский персонал. Вирусные инфекции Вирусные инфекции, в том числе вирусные гепатиты В, С, D (6—7% всех внутрибольничных инфекций). Другие внутрибольничные инфекции Эта группа имеет наименьшую численность. На их долю из общего числа обсуждаемых нозологий приходится до 5% случаев, но несмотря на это, к ним не следует относиться пренебрежительно, так как к их числу относятся эпидемически опасные нозологии: грипп, дифтерия, туберкулез.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль

 (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.

2. Методы исследования инфекционных болезней.

1 ~ Репликация РНК вирусного генома, происходит при участии клеточной... .

A. | РНК-полимеразы

B. | транскриптазы

C. | ДНК-полимеразы

D. | ревертазы

E. | эндонуклеазы

2 ~Выход простых вирионов из клетки происходит путем

A. | "взрыва", деструкции

B. | почкования

C. | проникновения

D. | адсорбции

E. | пенетрации

3 ~ Для классификации вирусов Не используется

A. | морфология вирусов

B. | липидный состав

C. | культуральные свойства

D. | тип нуклеиновой кислоты

E. | антигенные свойства

4 ~ Метод бляшек:

A. | индикация вирусов

B. | дифференциация вирусов

C. | идентификация вирусов

D. | количественное определение вирусов

E. | качественное определение вирусов

5 ~Вирусы имеют

A. | ДНК и РНК

B. | только ДНК

C. | ДНК или РНК

D. | только РНК

E. | плазмиды

6 ~ Фаги, проникающие в бактериальную клетку, автономно репродуцирующиеся в ней, и вызывающие лизис бактерий называются

A. | умеренными

- В. | лизогенными
- С. | дефектными
- D. | вирулентными
- E. | прямыми

7 ~ Фаги, вызывающие интегративный тип инфекции, при взаимодействии с бактериальной клеткой называются

- A. | вирулентными
- B. | умеренными
- C. | дефектными
- D. | полноценными
- E. | прямыми

8 ~ Умеренные фаги могут быть дефектными и отличаются, способностью

- A. | переходить в вирулентный фаг
- B. | адсорбироваться на протопластах
- C. | образовывать фаговое потомство
- D. | не образовывать фаговое потомство
- E. | к лизису

9 ~ Фагодифференцирование бактериальных культур проводят с целью установления их принадлежности к

- A. | роду
- B. | семейству
- C. | группе
- D. | потомству
- E. | виду

10 ~ В эпидемиологической практике широко используют наборы для фаготипирования многих инфекций, с целью определения

- A. | вида возбудителя
- B. | путей передачи инфекции
- C. | факторов передачи инфекции
- D. | механизмов передачи инфекции
- E. | источника инфекции и путей ее передачи

Ситуационная задача №1

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38°C, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40 °С. Заболевание связывает с переохлаждением. При осмотре больного температура тела 38°C, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отёчны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В лёгких при аускультации жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчётливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет. Лабораторная диагностика. Кровь: эритроциты – 3,5x10¹²/л, Нв – 116 г/л, лейкоциты – 7,8x10⁹ /л, эозинофилы – 1%,

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 17 стр из 60

палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%. Моча: без патологии. Рентгенография грудной клетки – без патологии.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику. 3. Составьте план обследования. 4. Составьте план лечения. 5. Какова тактика врача-терапевта участкового,?

Ситуационная задача №2

Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38 °С, появилась слабость, ломота в теле, головная боль. Врач-терапевт участковый диагностировал острое респираторное заболевание, назначил лечение на дому. На 5 день болезни температура снизилась, но появилась темная моча, на 6 день – желтушность кожи и склер. Повторно осмотрен врачом-терапевтом участковым. Направлен в стационар. При объективном обследовании были отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налетом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная. Селезенка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен. Одновременно заболело ещё несколько учащихся.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику. 3. Составьте план обследования. 4. Составьте план лечения. 5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Урок 5

5.1. Тема урока. Приемное отделение. Прием больного в больницу.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Приемное отделение (приемный покой) - это "лицо" любого стационара. От того, как тут встретят больного специалисты, зависит его психологический настрой на выздоровление, общее самочувствие. Приемный покой будет неотъемлемой составляющей любой больницы, клиники в ряду с лечебными пространствами, административными и хозяйственными помещениями. В статье мы подробно разберем структуру приемного отделения, его функции, организацию работы специалистов. Что это? Приемный покой - лечебно-диагностическое отделение клиники, где непосредственно начинается обслуживание пациента. Предназначено оно для следующего: Регистрация больного. Прием и первичный осмотр пациента. Антропометрия (вес, рост больного), измерение

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 18 стр из 60

важнейших показателей жизнедеятельности - артериального давления, температуры тела и проч. Санитарная, гигиеническая обработка поступивших пациентов. Оказание медицинской неотложной помощи. Структура приемного отделения такова, что действия персонала здесь характеризуются слаженностью, четкостью, быстротой, взаимосвязанностью. От всего этого зависит не только успех дальнейшего лечения в стационаре, но порой и жизнь человека, если он поступил в больницу в критическом состоянии.

Структура приемного отделения Как правило, приемный покой расположен в отдельном здании или в одном из лечебных корпусов. Теперь о его собственных составляющих.

Структура приемного отделения (состав помещений, наполняющих корпус) такова:

Зал ожидания. Здесь ждут приема пациенты, не нуждающиеся в постельном режиме, а также лица, их сопровождающие. Обязательно наличие удобных сидений, стола для заполнения документации. На стенах в помещении развешаны стенды со всей необходимой для пациентов, посетителей информацией - график работы учреждения, часы бесед с лечащим доктором и встреч с пациентами, перечень продуктов, что можно принести гостинцем больному, и проч. Регистратура. Продолжаем рассматривать структуру приемного отделения стационара. Здесь проходят регистрацию вновь поступившие пациенты. Персонал занимается заполнением соответствующих документов. Смотровой кабинет (в зависимости от масштабов клиники может быть как один, так и несколько). Здесь происходит врачебный осмотр больных. Специалист ставит вновь поступившему предварительный диагноз. Далее доктором определяется тип санитарной, гигиенической обработки нового пациента, необходимые мероприятия по антропометрии, термометрии, проведение дополнительных исследований (к примеру, снятие электрокардиограммы). Санитарная комната (санпропускник). Здесь будут душевые кабины, ванны, помещение для переодевания. Диагностический кабинет. Тут дополнительно обследуются пациенты с неустановленным в смотровом кабинете диагнозом. Изолятор. В данное помещение направляют вновь поступивших с подозрением на наличие инфекционного заболевания. Процедурный кабинет. Специальное помещение, где поступившим в критическом состоянии оказывается первая медицинская помощь. Операционная (или же перевязочная). Еще одна комната для оказания первой помощи - уже специализированной (для поступивших с кровотечениями, ножевыми, огнестрельными ранениями). Кабинет рентгенологии. Лабораторное помещение. Комната дежурного доктора. Кабинет, где находится заведующий приемным покоем. Туалетные комнаты. Склад, хранилище одежды, личных вещей поступивших в стационар пациентов. Таков общий план структуры приемного отделения больницы.

Специфика структуры Структура приемно-диагностического отделения многопрофильного стационара может быть дополнена и рядом других элементов. Например, реанимационным, травматологическим кабинетом, кардиологической комнатой (для поступивших с инфарктом миокарда) и проч. В целом же, структура и организация приемного отделения напрямую зависят от специфики лечебно-профилактического учреждения, чей составной частью оно является. Какие кабинеты, помещения характерны для приемного покоя в общем, мы с вами рассмотрели.

Последовательность работы приемного покоя Каждый поступивший в приемное отделение пациент обязательно должен пройти три стадии. Строгая последовательность работы приемного покоя следующая: Регистрация вновь поступившего гражданина. Врачебный осмотр пациента стационара. Мероприятия санитарно-гигиенической обработки в отношении больного. Как вы заметили, структура приемного отделения) соответствует этой строго заданной последовательности. Раскроем теперь деятельность данного элемента

стационара. Основные функции приемного покоя Продолжаем разбирать структуру и функции приемного отделения. К последней категории относится следующее:

Прием и регистрация вновь поступивших пациентов. Учет госпитализированных, лиц, которым оказана амбулаторная помощь, граждан, кому было отказано в госпитализации. Первичный осмотр, обследование, экспресс-лабораторная диагностика - в отношении всех обратившихся в больницу (вне зависимости от канала поступления). Распределение поступивших на экстренных и плановых, по тяжести, профилю, характеру травм, патологии, заболевания. Оказание неотложной квалифицированной медицинской помощи, реанимационные мероприятия. Оказание медицинской помощи лицам, что обратились в приемный покой, но не нуждаются в пребывании в стационаре. Заполнение необходимой для пребывания в стационаре документации. Ведение документов, что заполняются при факте отказа больного от госпитализации. Транспортировка пациента в соответствующее лечебное отделение. Наблюдение за больными, находящимися в приемном отделении, ожидающими постановки диагноза. Оформление протоколов по факту медосвидетельствования алкогольного, наркотического опьянения поступивших. Передача сведений в полицию, ГИБДД о гражданах, доставленных с телесными повреждениями насильственного характера, жертвах ДТП, несчастных случаев, лицах, привезенных без сознания, без документов, трупах. Получение сведений о движении больных в стационаре, взаимосвязь с иными отделениями больницы, а также с прикрепленными поликлиниками. Санитарно-гигиеническая обработка поступивших граждан.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.
2. Методы исследования инфекционных болезней.
 - 1 ~ Процесс восстановления клеточного генома:
 - A. | модификация
 - B. | репарация
 - C. | мутация
 - D. | диссоциация
 - E. | рекомбинация
 - 2 ~ Непосредственная передача генетического материала от донора реципиентной клетке называется
 - A. | трансдукцией
 - B. | конъюгацией
 - C. | трансформацией
 - D. | диссоциацией
 - E. | репарацией
 - 3 ~ Плазмиды... .
 - A. | имеют собственный набор генетической информации
 - B. | имеют белковую оболочку
 - C. | паразитируют во всех живых клетках
 - D. | участвуют в процессе трансдукции
 - E. | размножаются как внутри, так и вне клетки
 - 4 ~ Устойчивость бактерий к антибиотикам, связанная с изменениями в генах, возникает при
 - A. | мутации

- В. | модификации
 - С. | трансформации
 - Д. | конъюгации
 - Е. | рекомбинации
- 5 ~ Плазмиды встречается только у
- А. | бактерии
 - В. | животных
 - С. | грибов
 - Д. | простейших
 - Е. | растений
- 6 ~ Внехромосомные факторы наследственности бактерий являются молекулами
- А. | РНК
 - В. | полипептида
 - С. | ДНК
 - Д. | фермента
 - Е. | белка
- 7 ~ F-плазида контролирует синтез... .
- А. | фермента
 - В. | бактериальных токсинов
 - С. | белка
 - Д. | половых ворсинок
 - Е. | нуклеиновых кислот
- 8 ~ R-плазида контролирует синтез... .
- А. | половых ворсинок
 - В. | бактериальных токсинов
 - С. | ферментов
 - Д. | белка
 - Е. | нуклеиновых кислот
- 9 ~ Синтез Col-плазмид контролируют
- А. | бактериоциногенные плазмиды
 - В. | F-плазмиды
 - С. | R-плазмиды
 - Д. | плазмиды патогенности
 - Е. | плазмиды биодегградации
- 10 ~ Бактериоциногенные плазмиды вызывают гибель бактерий... .
- А. | разных родов
 - В. | разных семейств
 - С. | близких родов
 - Д. | того же вида или близких видов
 - Е. | близких семейств и родов

Ситуационная задача №1

Больная Б. 54 лет вызвала врача на дом на 3 день болезни по поводу с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки. В области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, возникшая впервые. На месте гиперемии имеется отёк ткани. При пальпации поражённого участка умеренно-выраженная болезненность. Тоны сердца приглушены. Пульс – 94 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 21 стр из 60

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику между основным и альтернативными заболеваниями. 3. Составьте план обследования. 4. Составьте план лечения. 5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Ситуационная задача №2

Больная С. 44 лет предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 39 °С, сухой кашель, заложенность носа. Заболела накануне вечером. Объективно: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъецированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 уд/мин, АД – 100/70 мм рт.ст.

Вопросы: 1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациентке? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки. 4. Препараты какой фармакологической группы Вы бы рекомендовали пациентке в качестве этиотропной терапии? 5. Какие клинические проявления у пациентки свидетельствуют об эффективности этиотропной терапии?

Урок 6

5.1. Тема урока. Оценка функционального состояния пациента.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Артериальное давление

Каждый ухаживающий за тяжелобольным, а особенно, если Вы ухаживаете за ним дома, должен уметь измерить артериальное давление, чтобы предотвратить ухудшение состояния больного.

Артериальное давление (АД) является физиологической величиной, поэтому оно постоянно меняется под влиянием большого количества разнообразных факторов. Даже у людей, не имеющих проблем со здоровьем, уровень артериального давления изменяется в течение дня. Нормальные показатели артериального давления составляют от 110 до 139 мм рт. ст. для систолического АД и от 70 до 85–89 мм рт. ст. для диастолического. Давление, ниже указанных пределов, считается гипотензией, выше — гипертензией. Гипертензия, в свою очередь, подразделяется на пограничную (140–159/86–90 мм рт. ст.) и истинную (160/90 мм рт. ст. и выше). Стойкое снижение АД называется гипотонией, стойкое повышение — гипертонией. Гипертензия и гипотензия бывают патологическими (наблюдаются при таких заболеваниях, как эссенциальная гипертензия или вторичные гипертонии, гипотония

при сердечнососудистой недостаточности) и физиологическими (гипертензия во время физической нагрузки, гипотензия во время сна).

Для оценки уровня артериального давления во всех странах используется единая классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Артериальное давление непостоянно и в течение сердечного цикла изменяется, при этом, наибольшую величину называют систолическим давлением (в большей мере зависит от силы сокращения левого желудочка и наблюдается в момент его максимального сокращения), а наименьшую — диастолическим (наблюдается в момент максимального расслабления левого желудочка и зависит от сосудистого тонуса). Разницу между абсолютными значениями систолического и диастолического давления называют пульсовым давлением. Для большей наглядности артериальное давление выражается в миллиметрах ртутного столба (мм рт. ст., мм Hg). Измерение АД должно осуществляться у пациента, находящегося в состоянии покоя, при этом место, на которое не туго накладывается манжета (обычно на 2–3 см выше локтевого сгиба), должно быть освобождено от одежды (одежду нельзя закатывать – это вызывает сдавление конечности и артерии!) и находиться на уровне сердца для исключения влияния гидростатических сил. Манжета должна быть соответствующего размера (резиновая часть должна охватывать не менее 3/4 окружности плеча и быть не короче 2/3 его длины). Необходимо определить место пульсации артерии ниже манжеты и плотно, но без давления, установить на это место мембрану фонендоскопа или воронку стетоскопа.

Виды измерений

Измерение роста - позволяет оценить физическое развитие ребенка, выявить карликовость или гигантизм, проявляемые в эндокринной патологии.

Измерение массы тела – позволяет выявить избыток или дефицит веса, вести наблюдение за беременностью, за отеками, рассчитать дозу лекарственного препарата.

Определение окружности головы и грудной клетки – для оценки физического развития ребенка, при обследовании пациентов неврологического и пульмонологического профиля.

Определение окружности живота – при наблюдении за беременными, при отеке в брюшной полости (асците).

Спирометрия – определение жизненной емкости легких. Проводится в пульмонологической практике, для оценки физического развития.

Динамометрия – измерение мышечной силы. Проводится в неврологической практике, для оценки физического развития.

Несмотря на усилия ученых и врачей повышенное артериальное давление (АД) – артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Более 40% взрослого населения нашей страны имеет повышенный уровень АД. Именно высокое АД является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний – инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности [1].

Величина АД является определяющей для прогноза. Измерение АД – обязательно при любом визите пациента к врачу и проводится врачом или медицинской сестрой в амбулаторных условиях или в стационаре (клиническое АД) аускультативным методом (по Н.С. Короткову).

Самостоятельно измерять АД могут и должны уметь сам пациент и/или его родственники с помощью автоматических или полуавтоматических «бытовых» измерителей АД в домашних условиях. Данный метод, получивший большое распространение в последние годы, обозначается как метод самоконтроля АД.

Условия. Измерение АД должно проводиться в спокойной, удобной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5-10 мин. За час до измерения необходимо исключить прием пищи, за 1,5-2 часа – курение,

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий	044-80/11 () 23 стр из 60

прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.

Положение пациента при измерении АД может быть нескольких видов.

АД может определяться в положении «сидя» (наиболее распространено), «лежа» и «стоя», однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению АД на 4 мм рт.ст.

В положении «сидя» измерение проводится у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной лабильности АД, о чем необходимо информировать пациента до начала измерения. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки на «весу»

Оснащение. Для клинического измерения АД используется прибор (сфигмоманометр) для измерения АД по методу Н.С. Короткова состоящий из окклюзионной пневмоманжеты, груши для нагнетания воздуха с регулируемым клапаном стравливания, манометра, стетофонендоскопа или специализированного фонендоскопа из комплекта тонометров. Используются ртутные, стрелочные, либо электронные сфигмоманометры. Значения давления округляются до ближайшего четного числа. Недопустима практика округлений до 5 и 0 на конце (т.е. записей только типа 145/95 и/или 160/100).

Манометры требуют регулярной проверки (точности и регулировки) с интервалами, указанными в технических характеристиках, но не реже, чем один раз в год. Манжета подбирается с учетом охвата плеча, который измеряется в его средней части с помощью гибкой измерительной ленты. Измерение АД средней плечевой манжетой для взрослых выполняется только при охвате плеча, равном 23-33 см. В остальных случаях необходимо использовать специальные размеры манжет. При этом ширина и длина внутренней эластичной камеры должны соответствовать охвату плеча – длина не менее 80%, а ширина около 40% последнего. Манжета с меньшей шириной камеры приводит к завышению, а слишком широкая к занижению значений АД.

Не рекомендуется использовать аппараты для измерения АД на пальце или запястье.

Техника измерения. Манжета накладывается на плечо таким образом, чтобы средняя часть пневмокамеры находилась над проекцией лучевой артерии. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки – один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.

Не рекомендуется накладывать манжету на ткань одежды, запрещено закатывать рукава с образованием сдавливающих валиков из ткани. Головка стетофонендоскопа фиксируется у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии, причем не допускается создание значительного давления на кожу, а расположение головки под манжетой приводит к ошибкам в определении в первую очередь диастолического артериального давления (ДАД) В ходе первого измерения АД (или перед ним) необходимо дополнительно провести оценку систолического артериального давления (САД) пальпаторно. Пальпируется лучевая или плечевая артерии. При нагнетании воздуха в манжету фиксируются показания манометра в момент прекращения пульсаций артерии, как оценочное значение САД, после чего компрессия продолжается еще на 30 мм рт.ст. Необходимо учитывать, что избыточно высокое давление компрессии вызывает дополнительные болевые ощущения и повышение АД. Скорость снижения давления воздуха в манжете должна составлять 2-3 мм рт.ст. за

секунду (или за время между последовательными сокращениями сердца). При давлении более 200 мм рт. ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт.ст за секунду. Появление первого тона соответствует САД (первая фаза тонов Короткова). ДАД определяют по моменту исчезновения тонов Короткова (пятая фаза). Определение ДАД по 4-й фазе (момента резкого ослабления тонов) рекомендовано при проведении измерения АД у детей до 12-14 лет, беременных женщин, а также у пациентов с высоким минутным объемом сердца, обусловленным физической нагрузкой, заболеванием или физиологическими особенностями.

Для контроля полного исчезновения тонов необходимо продолжить аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона. При слабых тонах Короткова перед измерением целесообразно поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений без значительных усилий.

Кратность измерений. Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2-х минут. Во время первого визита пациента необходимо измерить АД на обеих руках. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт. ст. для САД и 5 мм рт.ст. для ДАД), все последующие измерения проводятся на руке с более высокими цифрами. В противном случае измерения проводят, как правило, на «нерабочей» руке.

Если первые два измерения АД отличаются между собой не более чем на 5 мм рт.ст., измерения прекращают и за уровень АД принимают среднее значение этих величин.

Если имеется отличие более 5 мм рт.ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведенным выше правилам со вторым, а затем (при необходимости) и четвертое измерение.

Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение АД, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента. Если же отмечаются разнонаправленные колебания АД, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее значение трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения АД).

Техника измерения.

- Быстро накачать воздух в манжету до уровня давления, на 20 мм рт.ст. превышающего САД (по исчезновению пульса).
- АД измеряют с точностью до 2 мм рт.ст.
- Снижать давление в манжете со скоростью примерно 2 мм рт.ст. в 1 секунду. Уровень давления, при котором появляется 1-й тон, соответствует САД (1 фаза тонов Короткова).
- Уровень давления, при котором происходит исчезновение тонов (5 фаза тонов Короткова) соответствует ДАД; у детей, подростков и молодых людей сразу после физической нагрузки, у беременных и при некоторых патологических состояниях у взрослых, когда невозможно определить 5 фазу, следует попытаться определить 4 фазу тонов Короткова, которая характеризуется значительным ослаблением тонов.
- Если тоны очень слабы, то следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторить, при этом не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа.
- При первичном осмотре пациента следует измерить давление на обеих руках; в дальнейшем измерения проводят на той руке, на которой АД выше.
- В возрасте старше 65 лет при наличии СД и у лиц, получающих гипотензивные препараты, следует также произвести измерение АД через 2 мин пребывания в положении стоя.

Затруднения при измерении АД могут возникать при резком ослаблении и исчезновении тонов после прослушивания первых двух-трех отчетливых тонов («аускультативный провал»), что может служить причиной серьезной недооценки САД, если при первом измерении не проводится его пальпаторная оценка. На искажение результатов измерения

АД могут влиять нарушения ритма сердца. Необходимо пальпировать лучевую артерию для оценки степени неравномерности сокращений сердца в ходе измерений. При выраженной неравномерности необходимо ориентироваться на средние значения АД по результатам 4-6 последующих измерений. При редких нерегулярных сокращениях следует ориентироваться на значения АД, полученные при эпизодах регулярного ритма.

При одностороннем стенозирующем поражении сосудов необходимо проводить измерение на контралатеральной руке, а при двустороннем поражении рекомендуется измерение на бедре. Для этого используется специальная бедренная манжета, при этом необходимо учитывать, что АД на бедре на 15-20% выше, чем на плече.

У пациентов старшей возрастной группы (старше 65 лет), а также у пациентов, длительное время страдающих сахарным диабетом, наблюдается повышенная ригидность крупных артерий, в некоторых случаях препятствующая их спадению при компрессии. При этом метод Н.С. Короткова дает завышение АД, т.е. псевдогипертензию. Для ее исключения полезно одновременно с аускультацией определять АД пальпаторно и при отличии в САД более 15 мм рт.ст. провести определение ригидности плечевой артерии (например, ультразвуковыми методами). При выраженной ригидности определение АД возможно только инвазивным методом.

Наиболее частые ошибки, приводящие к неправильному измерению АД:

- использование манжеты, не соответствующей охвату плеча
- недостаточное время адаптации пациента к условиям кабинета
- высокая скорость снижения давления в манжете
- отсутствие контроля асимметрии АД
- неиспользование пальпации при первом измерении АД
- неправильное положение руки пациента

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.

2. Методы исследования инфекционных болезней.

1 ~Сложность отделения белков от вирусов, при получении чистой культуры выделяемого вируса, – относятся к недостаткам при культивировании вирусов в

- A. | курином эмбрионе
- B. | перевиваемой культуре
- C. | полуперевиваемой культуре
- D. | организме лабораторных животных
- E. | неперебиваемой культуре

2 ~Вирусы бактерий, способные специфически проникать в бактериальные клетки, репродуцироваться в них и вызвать их лизис:

- A. | бактериофаги
- B. | сферопласты
- C. | микоплазмы
- D. | риккетсии
- E. | фагоциты

3 ~Большинство фагов состоят из... .

- A. | РНК и белка
- B. | ДНК, РНК, суперкапсида
- C. | ДНК, РНК, белка

- D. | ДНК и белка
E. | ДНК или РНК, белка
- 4 ~ Фаги более устойчивы к действию химических и физических факторов, в отличие от... .
- A. | хламидий
B. | вирусов
C. | риккетсий
D. | простейших
E. | бактерии
- 5 ~ Биологическое явление симбиоза микробной клетки с умеренным фагом (профагом):
- A. | виропексис
B. | пенетрация
C. | лизогения
D. | фагоцитоз
E. | эндоцитоз
- 6 ~ В практической медицине фаги используются для фаготипирования, фагодиagnostики, профилактики и лечения, что основано на действии... .
- A. | строгой специфичности
B. | неспецифичности
C. | группоспецифичности
D. | гетерологичности
E. | типоспецифичности
- 7 ~ Предупреждение некоторых заболеваний среди лиц, находящихся в эпидемическом очаге:
- A. | фаготипирование
B. | фаготерапия
C. | фагопрофилактика
D. | фагодиagnostика
E. | фагодифференцировка
- 8 ~ Репродукция вирулентного фага в бульонной бактериальной культуре, сопровождается их лизисом, при этом в среде происходит... .
- A. | помутнение
B. | изменение цвета
C. | образование осадка
D. | просветление
E. | образование хлопьев
- 9 ~ Нарушение репродукции вируса происходит при... .
- A. | микст-инфекции
B. | abortивной форме
C. | интегративной форме
D. | продуктивной форме
E. | эндоцитозе
- 10 ~ Стадия адсорбции простых вирусов к клеточным рецепторам происходит за счет "прикрепительных" белков, входящих в состав... .
- A. | капсида
B. | суперкапсида
C. | ДНК вируса
D. | РНК вируса
E. | РНК и ДНК вируса

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 27 стр из 60

Ситуационная задача №1

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38 °С, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38 °С, вечером 39 °С, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница. При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4 °С, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь. В лёгких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт.ст., Пульс – 78 уд/мин. Язык обложен густым серым налётом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезёнка. Госпитализирован.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза. 4. Препараты какой группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Перечислите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании.

Ситуационная задача №2

Больной А. 18 лет вызвал врача на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась тёмная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован. Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия. Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 уд/мин, АД – 95/60 мм рт.ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели ещё несколько человек по месту учёбы. Госпитализирован.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Перечислите и обоснуйте клинические синдромы периода разгара болезни. 4. Проведите клинико-патогенетические параллели между клиническими и патогенетическими синдромами данного заболевания. 5. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики.

Урок 7

5.1. Тема урока. Личная гигиена пациентов.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.

4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Понятие гигиена - чрезвычайно емкое понятие. Оно включает в себя режим условий труда и отдыха, рациональное питание, соблюдение правил ухода за телом, применение гигиенических средств и многое другое.

Личная гигиена - это свод правил поведения человека в быту или на производстве. В узком понимании - гигиеническое содержание тела, одежды и предметов домашнего обихода. Нарушение требований личной гигиены может негативно сказаться на здоровье не только одного человека, но и больших групп людей (коллективы, семьи, члены различных сообществ).

Несмотря на доказанную эффективность гигиенических мероприятий, соблюдают их далеко не все.

Разделы личной гигиены:

- Гигиеническое содержание тела (кожи, волос, полости рта, органов слуха, зрения, половых органов);
- Гигиена индивидуального питания;
- Гигиена одежды и обуви;
- Гигиена жилища.
- Гигиена тела
- Гигиена кожи

Соблюдение чистоты кожи крайне важно. Кожа человека способна защищать весь организм от негативных воздействий окружающей среды. Кроме защитной функции, кожа выполняет следующие функции:

- Терморегулирующую
- Обменную
- Иммунную
- Секреторную
- Рецепторную
- Дыхательную и др.

Основные правила гигиены тела:

Мыть тело необходимо ежедневно теплой водой, используя специальные средства (мыло, гель для душа и др.). Температура воды должна быть немного выше нормальной температуры тела (37-38 градусов). Ежедневно кожный покров вырабатывает сало и пот. Если не смывать эти выделения, то защитные свойства кожи нарушаются и, соответственно, создаются благоприятные условия для размножения болезнетворных бактерий, грибков и других вредных микроорганизмов.

Принимать ванну, душ с применением мочалки не реже 1 раза в неделю.

К коже лица необходимо относиться крайне бережно. Для умывания использовать специальные средства. Прыщи и угри самостоятельно выдавливать не стоит, так как это может привести к присоединению бактериальной инфекции.

Регулярно следить за чистотой рук и ногтей. Грязь, содержащая болезнетворные микробы может попасть с рук в рот через пищу. Существует целый список болезней грязных рук, например, дизентерия, болезни, вызванные гельминтами, гепатит А.

Руки необходимо мыть с антибактериальным мылом по возвращению домой, до посещения туалета и обязательно после туалета, перед едой и после приема пищи, после смены подгузника, после кашля, чихания и сморкания, после прикосновения к ручкам дверей и другим поверхностям в общественных местах, после контакта с сырыми яйцами и мясом,

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 29 стр из 60

после контакта с мусором, после контакта с деньгами, после контакта с кровью, после контакта с животными и их отходами (как уличными, так и домашними). Если вы находитесь в дороге и у вас нет возможности вымыть руки с мылом, необходимо иметь при себе влажные салфетки или антибактериальный гель, чтобы устранить хоть некоторое количество микробов.

Как правильно мыть руки.

Намочите руки. Откройте теплую воду в кране и равномерно намочите под ней руки. Вопреки распространенному заблуждению горячая вода не смывает бактерии лучше теплой.

Возьмите мыло. Подойдет любое. Однако, для того, чтобы мытье рук доставляло вам больше удовольствия, выберите себе мыло по вкусу, руководствуясь собственными предпочтениями в вопросах формы, цвета и запаха.

Не стоит думать, что антибактериальное мыло лучше обычного. Принцип действия мыла в смывании микробов с кожи, а не в их уничтожении. Более того ученые предполагают, что повсеместное использование антибактериального мыла может привести к появлению бактерий, устойчивых к действию антибактериальных веществ.

Хорошо намыльте руки. Тщательно намыльте кисти (с обеих сторон), пальцы, промежутки между пальцами и запястья.

Мойте руки не меньше 15-20 секунд. Энергично потрите руки друг об друга и не смывайте мыло сразу, - дайте ему несколько секунд и убедитесь, что каждый участок ваших рук намылен. Чтобы этого добиться, обхватите одну руку с плотно сжатыми пальцами другой рукой и потрите, совершая круговые движения вперед и назад, затем смените руки.

Тщательно промойте руки. Подставьте их под проточную воду ладонями вниз, не дотрагиваясь до поверхности раковины. Так вы смоете и мыло, и бактерии, которые находятся на ваших руках.

Для того чтобы закрутить кран, используйте салфетку или полотенце, особенно в общественных туалетах.

Вытрите руки полотенцем досуха. Лучше использовать бумажные полотенца, которые более гигиеничны, чем обыкновенные тканевые. Если вы все же пользуетесь тканевыми полотенцами, то обязательно регулярно их стирайте. В общественных туалетах можно воспользоваться сушилкой для рук.

Не обязательно использовать большое количество мыла, чтобы хорошо вымыть руки. Главное, чтобы его было достаточно для образования большого количества мыльной пены. Можно использовать немного больше обычного, когда ваши руки очень грязные или жирные.

В общественном туалете на выходе открывайте и закрывайте дверь бумажной салфеткой, а не рукой. Следует понимать, что, к сожалению, не все моют руки после туалета.

Не забудьте также помыть предплечья вплоть до локтей, особенно после работы с чем-то грязным, например, с мясом. Так вы смоете микробы со всей поверхности руки, а не только с пальцев и ладоней. И хотя вы не так часто используете предплечья для прикосновения к предметам, из-за того, что вы можете периодически скрещивать руки, микробы с ладоней мигрируют и выше по руке. Значит, эти места тоже необходимо мыть, если вы заботитесь о своем здоровье и о здоровье окружающих.

Бесполезно мыть руки одной водой. Так на руках создается благоприятная среда для размножения бактерий. Поэтому мылом пользоваться необходимо.

Ноги необходимо мыть каждый день прохладной водой и обязательно использовать мыло. Холодная вода уменьшает потовыделение.

Гигиена волос.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий	044-80/11 () 30 стр из 60

Правильная гигиена волос и кожи головы нормализует деятельность сальных желез, улучшает кровообращение и обменные процессы.

К процедуре мытья головы необходимо относиться ответственно.

Частота мытья волос зависит от длины волос, типа волос и кожи головы, времени года. Мыть голову необходимо по мере загрязнения. Зимой голову моют чаще, так как головной убор не дает коже дышать в полную меру и кожного сала выделяется больше чем обычно. Мыть голову необходимо теплой водой, так как горячая вода активизирует работу сальных желез.

Шампуни необходимо подбирать тщательно. Большинство продукции для волос содержат вещества, такие как лаурилсульфат натрия, метилпарабен, пропилпарабен, бензойная кислота, DMDM-гидантоин, пропиленгликоль, которые могут вызывать некоторые негативные последствия, такие как выпадение волос, аллергические реакции, кожные заболевания, заболевания глаз, дыхательных путей, нервной системы, почек и даже некоторые онкологические заболевания.

После мытья волосы рекомендуется обдать прохладной водой

Вытирать волосы желательнее полотенцем, феном пользоваться не рекомендуется, т.к. горячий воздух сушит волосы.

При расчесывании волос не рекомендуется использовать чужие расчески, точно также, как и использовать чужую тушь для ресниц, чужие головные уборы так как это может спровоцировать передачу грибка, перхоти и педикулеза.

Гигиена полости рта.

Наиболее частыми причинами обращения к стоматологам являются заболевания пародонта и кариес. Причиной этому, в большинстве случаев, является неправильная гигиена полости рта или, вовсе, ее отсутствие. Частота встречаемости этих заболеваний среди взрослых - 98-100%.

Риск развития этих заболеваний можно значительно снизить, соблюдая элементарную гигиену полости рта.

Основной причиной развития кариеса является образование зубных отложений сразу после еды.

Основными средствами гигиены полости рта является зубная щетка и паста.

Зубная щетка является основным инструментом для удаления зубных отложений. Жесткость зубной щетки подбирается индивидуально, исходя из состояния зубов и десен. Срок службы зубной щетки не более 3 месяцев. Использование щетки дольше положенного срока, способствует размножению на ней бактерий.

Помимо обычных зубных щеток существуют электрические, которые наиболее эффективно удаляют зубной налет и остатки пищи. Насадки на электрические зубные щетки также подлежат периодической замене.

Зубные пасты в зависимости от содержания биологически активных компонентов делятся на несколько видов:

- препятствующие развитию кариеса;
- противовоспалительные;
- отбеливающие.

Как правильно чистить зубы?

Зубы необходимо чистить не менее 2 раз в день в течение 3 минут и более.

После еды рекомендуется полоскать рот или использовать жевательную резинку без сахара, способствующую механическому удалению остатков пищи. Продолжительность использования жевательной резинки не должна превышать 5 минут.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.
2. Методы исследования инфекционных болезней.
 - 1 ~ Выраженное избирательное действие антибиотиков на бактерии называется
 - A. | Статическим действием
 - B. | Антимикробным спектром
 - C. | Бактериоцидным действием
 - D. | Микробным числом
 - E. | Коли-индексом
 - 2 ~ На втором этапе выделения чистой культуры проводят... .
 - A. | определение чувствительности к антибиотикам
 - B. | изучение изолированных колоний
 - C. | определение чувствительности к фагам
 - D. | изучение антигенных свойств
 - E. | заражение лабораторных животных
 - 3 ~ Разбавление аэробов равномерным распределением бактериальной петлей по поверхности плотной питательной среды является
 - A. | физическим методом
 - B. | химическим методом
 - C. | биологическим методом
 - D. | механическим методом
 - E. | биохимическим методом
 - 4 ~ Гибель бактерий происходит при
 - A. | бактериостатическом воздействии на них
 - B. | микробном числе
 - C. | химиотерапевтическом индексе
 - D. | бактериоцидном воздействии на них
 - E. | антимикробном спектре
 - 5 ~ Для культивирования анаэробов применяется среда
 - A. | Плоскирева
 - B. | Левина
 - C. | Китта-Тароцци
 - D. | Эндо
 - E. | Мюллера
 - 6 ~ Питательные среды по составу ингредиентам подразделяются на
 - A. | жидкие
 - B. | естественные
 - C. | сухие
 - D. | плотные
 - E. | сыпучие
 - 7 ~ Жидкие, полужидкие, плотные и сухие питательные среды подразделяют по
 - A. | назначению
 - B. | составу
 - C. | сложности
 - D. | количеству

- Е. | консистенции
- 8 ~ Для определения сахаролитической активности бактерий используется дифференциально-диагностическая питательная среда... .
- А. | Гисса
- В. | Мюллера
- С. | ЖСА
- Д. | Леффлера
- Е. | Эндо
- 9 ~ Основные питательные среды применяются для... .
- А. | выращивания бактерий
- В. | выращивания вирусов
- С. | дифференциации бактерий
- Д. | накопления бактерии
- Е. | подавления роста сопутствующей микрофлоры
- 10 ~ Для приготовления плотных питательных сред используют... .
- А. | ферменты
- В. | витамины
- С. | сыворотку крови
- Д. | агар-агар
- Е. | дрожжи

Ситуационная задача №1

Больная Е., 56 лет, заболела остро – появились умеренные боли в горле, усиливающиеся при глотании, повысилась температура тела до 38,1°C, почувствовала слабость, недомогание. К врачу не обращалась. Лечилась домашними средствами: полоскала горло домашними средствами. В последующие два дня температура держалась на уровне 37,5-38,2°C, боли в горле сохранялись. На 4-й день болезни narosла слабость, появились сердцебиение, одышка, затруднение при глотании. Больная заметила, что шея увеличилась в размерах. К середине дня температура тела достигла 39,8°C. Вызвала участкового врача, который выявил в анамнезе частые ангины, ОРВИ, гипертоническую болезнь 2 стадии в сочетании с ИБС.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 38,5°C, сознание ясное. Лицо бледное. Кожа чистая. Определяется отек шейной клетчатки, доходящий до первой шейной складки. Пальпируются увеличенные чувствительные подчелюстные лимфатические узлы. Голос звучный. В зеве разлитая умеренная гиперемия. Миндалины отечны, увеличены в размерах до 3 степени. На миндалинах, обеих дужках, на основании язычка имеются плотные серовато-белые с гладкой поверхностью налеты. Шпателем их снять не удалось. Дыхание свободное, в легких – везикулярное. Пульс 110 уд. в мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Выслушивается отчетливый систолический шум на основании сердца. Язык обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Диурез достаточный. Поколачивание по пояснице безболезненно.

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите, если есть осложнения заболевания.
3. Решите вопрос о госпитализации.
4. Составьте план обследования больной.
5. Назначьте лечение.
6. К какой группе инфекционных болезней относится данный случай?
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.

Ситуационная задача №2

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Методические рекомендации для занятий		33 стр из 60

Больной И., 39 лет, работник мясокомбината, заболел остро 9.11.: появились головная боль, слабость, сильный озноб, повысилась температура тела до 39,6°C. Отмечал выраженные боли в мышцах, особенно икроножных, боли в поясничной области, стал меньше мочиться. С диагнозом «острый пиелонефрит» наблюдался врачом поликлиники, принимал 5-НОК, бисептол. Однако высокая температура не снижалась и в течение последующих 5 дней сохранялась на уровне 38°-39°C. 13.11. заметил желтуху. Вызванный повторно участковый врач установил: состояние тяжелое, температура тела 39,8°C. Лицо гиперемировано, одутловато. Склеры инъецированы. На слизистых оболочках конъюнктивы мелкие кровоизлияния. Кожа и склеры ярко желтого цвета. На коже грудной клетки видна петехиальная сыпь. Язык сухой, обложен грязным налетом. В легких застойные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, пульс 130 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см ниже правой реберной дуги, болезненная. Пальпируется край селезенки. Со слов больного – в течение дня не мочился. Менингеальные симптомы отрицательные. Больной был направлен в инфекционный стационар с подозрением на острый вирусный гепатит. В приемном отделении стационара проведено срочное обследование больного: лейкоциты в периферической крови – $15 \cdot 10^9$ /л; гемоглобин -100 г/л; СОЭ -35 мм/ч. Билирубин крови – 250 мкмоль/л, (прямой 100 мкмоль/л); АЛАТ – 2,5 ммоль/л; мочевины – 65 ммоль/л; креатинин – 0,8 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок 0,33 г/л; эритроциты 50 в поле зрения; единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите показания к госпитализации больного.
3. Какое лабораторное обследование больного требуется для верификации диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите имеющиеся и возможные осложнения
6. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Урок 8

5.1. Тема урока. Кормление больных. Организация пищевой терапии в медицинских организациях.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Стандарты питания в организациях здравоохранения и образования

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 34 стр из 60

Общие положения

1. Настоящие Стандарты питания в организациях здравоохранения и образования (далее – Стандарты) разработаны в соответствии с подпунктом 103) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и устанавливают общие требования к организации питания в организациях здравоохранения и образования.

2. Термины и определения, используемые в настоящих Стандартах:

1) продовольственное (пищевое) сырье – продукты животного, растительного, микробиологического, минерального, искусственного или биотехнологического происхождения и питьевая вода, используемые для производства (изготовления) пищевой продукции;

2) пищевая продукция для детского питания – специализированная пищевая продукция, предназначенная для детского питания для детей, (для детей раннего возраста от 0 до 3 лет, детей дошкольного возраста от 3 до 6 лет, детей школьного возраста от 6 лет и старше), отвечающая соответствующим физиологическим потребностям детского организма и не причиняющая вред здоровью ребенка соответствующего возраста;

3) бракераж – оценка качества продуктов питания и готовых блюд по органолептическим показателям;

4) буфет – предприятие (объект) общественного питания, реализующее с потреблением на месте ограниченный ассортимент продукции общественного питания из полуфабрикатов высокой степени готовности;

5) организация образования – юридические лица, а также имеющие статус международных школ филиалы юридических лиц, которые реализуют одну или несколько образовательных программ и (или) обеспечивают содержание и воспитание обучающихся, воспитанников независимо от формы собственности и организационной правовой формы, индивидуальные предприниматели без образования юридического лица, реализующие общеобразовательные учебные программы дошкольного воспитания и обучения;

6) организация здравоохранения – юридическое лицо, осуществляющее деятельность в области здравоохранения;

7) пищевая продукция диетического лечебного питания – специализированная пищевая продукция с заданной пищевой и энергетической ценностью, физическими и органолептическими свойствами, и предназначенная для использования в составе лечебных диет;

8) пищевая продукция диетического профилактического питания – специализированная пищевая продукция, предназначенная для коррекции углеводного, жирового, белкового, витаминного и других видов обмена веществ, в которой изменено содержание и (или) соотношение отдельных веществ относительно естественного их содержания, и (или) в состав которой включены не присутствующие изначально вещества или компоненты, а также пищевая продукция, предназначенная для снижения риска развития заболеваний;

9) пищевая продукция энтерального питания – жидкая или сухая (восстановленная до готовой к употреблению) пищевая продукция диетического лечебного или диетического профилактического питания, предназначенная для перорального употребления непосредственно или введения через зонд при невозможности обеспечения организма в пищевых веществах и энергии обычным способом.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.
2. Методы исследования инфекционных болезней.
 - 1 ~ Жидкая питательная среда:
 - А. | мясопептонный агар
 - В. | среда Эндо
 - С. | мясопептонный бульон
 - Д. | кровяной агар
 - Е. | желточно-солевой агар
 - 2 ~ Культуральным свойством бактерий является
 - А. | способность окрашиваться
 - В. | биохимическая активность
 - С. | характер роста на питательных средах
 - Д. | антигенный состав
 - Е. | форма бактериальной клетки
 - 3 ~ Идентификацию выделенной культуры НЕ производят с помощью определения... признаков.
 - А. | физических
 - В. | морфологических
 - С. | тинкториальных
 - Д. | культуральных
 - Е. | биохимических
 - 4 ~ Лактоза входит, в качестве дифференцирующего субстрата, в состав среды... .
 - А. | желточно-солевой агар
 - В. | мясопептонный агар
 - С. | Леффлера
 - Д. | Эндо
 - Е. | Сабуро
 - 5 ~ В жидких питательных средах бактерии образуют... .
 - А. | кристаллы
 - В. | полное сгущение среды
 - С. | помутнение
 - Д. | обесцвечивание
 - Е. | колонии
 - 6 ~ Дифференциально-диагностическая среда:
 - А. | МПА
 - В. | кровяной агар
 - С. | желточно-солевой агар
 - Д. | Эндо
 - Е. | сывороточный агар
 - 7 ~ Встраивание вирусной нуклеиновой кислоты в клеточный геном происходит при... .
 - А. | abortивной форме
 - В. | фагоцитозе
 - С. | продуктивной форме
 - Д. | интегративной форме
 - Е. | пиноцитозе
 - 8 ~ Проникновения внутренней структуры вириона в цитоплазму клетки хозяина происходит при
 - А. | слияние мембраны
 - В. | эндоцитозе

- C. | инвазий
- D. | конверсий
- E. | фагоцитозе

9 ~Репликация ДНК-вирусных геномов – это синтез молекул ДНК, происходит при участии клеточной... .

- A. | ДНК-полимеразы
- B. | эндонуклеаз
- C. | транскриптазы
- D. | ревертазы
- E. | РНК-полимеразы

10 ~Выход сложных вирионов из клетки происходит путем... .

- A. | адсорбции
- B. | пенетрации
- C. | "взрыва", деструкции
- D. | почкования
- E. | проникновения

Ситуационная задача №1

Больной Е. 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела 8 до 40,2 °С. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, при попытке встать упал. При поступлении состояние тяжёлое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на своё имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2 °С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звёздчатая сыпь сине-фиолетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 уд/мин, ритмичный, АД – 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом – 15400 кл/мл; белок – 2,64 г/л; реакция Панди .

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Укажите план лечения данного пациента. 5. Через 1 месяц у больного жалобы на умеренную слабость, умеренную головную боль, снижение работоспособности, иногда головокружение. Миндалины не увеличены, налётов нет. АД – 100/60 мм рт.ст., пульс – 76 уд/мин. Контрольный бактериальный посев мазка из носоглотки и из носа отрицательный. В общем анализе мочи повышение СОЭ – 26 мм/час. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Ситуационная задача №2

У студента, навестившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и её зернистость. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 37 стр из 60

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Укажите план лечения данного пациента. 5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Ваша дальнейшая тактика по ведению данного пациента.

Урок 9

5.1. Тема урока. Простые физиотерапевтические методы.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Физиотерапия – это способ лечения заболеваний при помощи различных физических факторов, таких как тепло, холод, электроток, магнитное УФ- и ИК-излучение, а также при помощи лечебных грязей, массажа, гирудотерапии.

Благодаря одной только физиотерапии сложно добиться полного излечения, она имеет видимый эффект только на первых этапах развития заболевания, однако мы советуем использовать физиотерапию как подспорье в борьбе с самыми различными недугами.

Кроме того, практика показывает, что физиотерапевтические процедуры могут использоваться в качестве профилактики болезней, поскольку помогают укрепить иммунитет и активизируют важные биохимические процессы, происходящие в организме.

Массаж

Представляет собой механическое воздействие на тело человека при помощи рук, инструментов или специальных приборов. Этот метод применяется для лечения, расслабления, укрепления организма на протяжении тысячелетий. Сегодня мы предлагаем нашим пациентам множество разновидностей массажа. Конечно же, как и у любой медицинской процедуры, у массажа существуют противопоказания, поэтому мы советуем посоветоваться с врачом, прежде чем записаться на прием к массажисту.

Наиболее популярным видом массажа является общеоздоровительный. Он помогает улучшить микроциркуляцию крови, что, в свою очередь, способствует лучшему питанию тканей и внутренних органов. Наши пациенты отмечают, что общеоздоровительный массаж улучшает тонус мышц, помогает расслабиться и избавиться от усталости.

Антицеллюлитный массаж часто используется как подспорье в борьбе за стройную фигуру – массажист помогает наладить циркуляцию лимфы, что способствует усилению тургора кожи и сжиганию подкожного жира. После курса антицеллюлитного массажа кожа становится более подтянутой и ровной.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.
2. Методы исследования инфекционных болезней.
 - 1 ~ Процесс восстановления клеточного генома:
 - A. | модификация
 - B. | репарация
 - C. | мутация
 - D. | диссоциация
 - E. | рекомбинация
 - 2 ~ Непосредственная передача генетического материала от донора реципиентной клетке называется
 - A. | трансдукцией
 - B. | конъюгацией
 - C. | трансформацией
 - D. | диссоциацией
 - E. | репарацией
 - 3 ~ Плазмиды... .
 - A. | имеют собственный набор генетической информации
 - B. | имеют белковую оболочку
 - C. | паразитируют во всех живых клетках
 - D. | участвуют в процессе трансдукции
 - E. | размножаются как внутри, так и вне клетки
 - 4 ~ Устойчивость бактерий к антибиотикам, связанная с изменениями в генах, возникает при
 - A. | мутации
 - B. | модификации
 - C. | трансформации
 - D. | конъюгации
 - E. | рекомбинации
 - 5 ~ Плазмиды встречается только у
 - A. | бактерии
 - B. | животных
 - C. | грибов
 - D. | простейших
 - E. | растений
 - 6 ~ Внехромосомные факторы наследственности бактерий являются молекулами
 - A. | РНК
 - B. | полипептида
 - C. | ДНК
 - D. | фермента
 - E. | белка
 - 7 ~ F-плазида контролирует синтез... .
 - A. | фермента
 - B. | бактериальных токсинов
 - C. | белка
 - D. | половых ворсинок
 - E. | нуклеиновых кислот

- 8 ~ R-плазмида контролирует синтез... .
- A. | половых ворсинок
 - B. | бактериальных токсинов
 - C. | ферментов
 - D. | белка
 - E. | нуклеиновых кислот
- 9 ~ Синтез Col-плазмид контролируют
- A. | бактериоциногенные плазмиды
 - B. | F-плазмиды
 - C. | R-плазмиды
 - D. | плазмиды патогенности
 - E. | плазмиды биодegradации
- 10 ~ Бактериоциногенные плазмиды вызывают гибель бактерий... .
- A. | разных родов
 - B. | разных семейств
 - C. | близких родов
 - D. | того же вида или близких видов
 - E. | близких семейств и родов

Ситуационная задача №1

Больная Б. 54 лет вызвала врача на дом на 3 день болезни по поводу с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки. В области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, возникшая впервые. На месте гиперемии имеется отёк ткани. При пальпации поражённого участка умеренно-выраженная болезненность. Тоны сердца приглушены. Пульс – 94 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику между основным и альтернативными заболеваниями. 3. Составьте план обследования. 4. Составьте план лечения. 5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Ситуационная задача №2

Больная С. 44 лет предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 39 °С, сухой кашель, заложенность носа. Заболела накануне вечером. Объективно: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъектированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 уд/мин, АД – 100/70 мм рт.ст.

Вопросы: 1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациентке? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки. 4. Препараты какой фармакологической группы Вы бы рекомендовали пациентке в качестве этиотропной терапии? 5. Какие клинические проявления у пациентки свидетельствуют об эффективности этиотропной терапии?

Урок 10

5. 1. Тема урока. Способы применения лекарственных препаратов, распределение принимаемых внутрь лекарственных средств.

5.2. Цели занятия:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 40 стр из 60

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Лекарственное средство, лекарственный препарат, медикамент, лекарство (новолат. *praeparatum medicinale, praeparatum pharmaceuticum, medicamentum*; жарг. лечебное средство) — вещество или смесь веществ синтетического или природного происхождения в виде лекарственной формы (таблетки, капсулы, раствора, мази и т. п.), применяемые для профилактики, диагностики и лечения заболеваний.

Перед употреблением в медицинской практике лекарственные средства должны проходить клинические исследования и получать разрешение к применению.

Классификация

Существует несколько классификаций, основанных на различных признаках лекарственных средств:

- по химическому строению (например, соединения-производные фурфурола, имидазола, пиримидина и др.);
- по происхождению — природные, синтетические, минеральные;
- по фармакологической группе — наиболее распространённая в России классификация основана на воздействии препарата на организм человека;
- нозологическая классификация — классификация по заболеваниям, для лечения которых используется лекарственный препарат;
- анатомио-терапевтическо-химическая классификация (АТХ) — международная классификация, в которой учитывается фармакологическая группа препарата, его химическая природа и нозология заболевания, для лечения которого предназначен препарат.

Сырьём для получения лекарственных средств служат:

- растения (листья, трава, цветки, семена, плоды, кора, корни) и продукты их обработки (жирные и эфирные масла, соки, камеди, смолы);
- животные — железы и органы животных, сало, воск, тресковая печень, жир овечьей шерсти и другое;
- ископаемое органическое сырьё — нефть и продукты её перегонки, продукты перегонки каменного угля;
- неорганические ископаемые — минеральные породы и продукты их обработки химической промышленностью и металлургией (металлы);
- всевозможные органические соединения — продукты крупной химической промышленности.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.

2. Методы исследования инфекционных болезней.

1 ~ Пирогаллол или гидросульфит натрия применяют при ... методе культивирования и выделения чистых культур анаэробов.

- A. | физическом
- B. | биологическом
- C. | комбинированном
- D. | химическом
- E. | механическом

2 ~ Изучение изолированных колоний, с целью получения чистой культуры, и приготовления из этих колоний мазка для микроскопии проводят на... .

- A. | I этапе выделения аэробных бактерий
- B. | III этапе выделения аэробных бактерий
- C. | II этапе выделения аэробных бактерий
- D. | I-II этапах выделения аэробных бактерий
- E. | I-III этапах выделения аэробных бактерий

3 ~ На третьем этапе выделения чистой культуры проводят... .

- A. | посев на среды "пестрого" ряда
- B. | посев на элективную среду
- C. | изучение культуральных свойств
- D. | просмотр изолированных колоний
- E. | выделение характерных колоний

4~ На первом этапе приготовления питательных сред проводят... .

- A. | фильтрацию
- B. | разлив
- C. | установление рН среды
- D. | варку
- E. | стерилизацию

5 ~ Универсальная среда:

- A. | Леффлера
- B. | Эндо
- C. | желточно-солевой агар
- D. | Левина
- E. | мясопептонный бульон

6 ~ Питательные среды делят на основные, элективные и дифференциально-диагностические по... .

- A. | консистенции
- B. | составу
- C. | сложности
- D. | назначению
- E. | количеству

7 ~ Питательный агар, определенный углевод, цветной индикатор входят в состав... питательных сред.

- A. | основных
- B. | специальных
- C. | дифференциально-диагностических

- D. | обогатительных
 - E. | элективных
- 8 ~ Для приготовления кровяного агара необходима
- A. | кровь
 - B. | сыворотка крови
 - C. | глюкоза
 - D. | пептон
 - E. | плазма крови
- 9 ~ Бактериологический метод исследования:
- A. | выделение чистой культуры
 - B. | приготовление мазка
 - C. | заражение животных
 - D. | приготовление вакцины
 - E. | определение уровня иммунитета
- 10 ~ Питательные среды используют для
- A. | культивирования
 - B. | фиксации
 - C. | леофеллизации
 - D. | пастеризации
 - E. | тиндализации

Ситуационная задача №1

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной. Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась. Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза. 4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор. 5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.

Ситуационная задача №2

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая

ONTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 43 стр из 60

слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор. 5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Урок 11

5.1. Тема урока. Парентеральное введение лекарственных средств.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Парентеральное введение лекарственных средств (от др.-греч. *παρά* «мимо» + *έντερᾶ* «кишечник») — пути введения лекарственных средств в организм, при которых они минуя желудочно-кишечный тракт, в отличие от перорального способа применения лекарств. Это прежде всего инъекции и ингаляции. Существуют и другие, более редкие, парентеральные способы введения: трансдермальный, субарахноидальный, внутрикостный, интраназальный, субконъюнктивальный, — однако данные способы лекарственного проникновения внутрь организма используют только в частных случаях. Различают инъекции малого объёма (до 100 мл) и большого объёма, которые называют инфузиями.

Преимущества парентерального способа введения

При парентеральном введении лекарственных средств

Их действие наступает быстрее, что особенно важно в экстренных случаях, когда необходимо немедленное воздействие

Повышается биодоступность лекарств

Эффективность препаратов не зависит от приёма пищи

Можно применять такие вещества, которые плохо всасываются в ЖКТ (например, тобрамицин) либо разрушаются кислотой или ферментами желудочного сока (инсулин, адреналин)

Можно применять его, когда проглатывание лекарства невозможно — если пациент находится без сознания либо под наркозом, при рвоте.

При профилактике и лечении болезней сельскохозяйственных животных применяется парентеральное введение (инъекция) антибактериальных препаратов, вакцин, витаминов и других медикаментов. В свиноводстве «инъекция» является повседневной процедурой, которой подвергаются животные в процессе всего периода содержания. Однако эта обработка будет эффективна только в случае, если проведена правильно, с соблюдением простейших правил. К сожалению, практика показывает, что зачастую в промышленных свиноводческих хозяйствах не уделяется должного внимания этой нехитрой процедуре, что закономерно ведет к финансовым потерям предприятия. Обусловлено это тем, что при неправильном парентеральном введении, в лучшем случае, снижается эффективность препарата, а в худшем, наблюдаются осложнения общего и местного характера (например, абсцессы) или даже гибель животного.

Парентеральным (от греч. пара – рядом, вблизи, entem – кишечник) называется способ введения лекарственных веществ в организм, минуя пищеварительный тракт.

Парентеральное введение лекарственных средств:

а – внутривенно;

б – подкожно;

в – внутримышечно;

г – внутривенно.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.

2. Методы исследования инфекционных болезней.

1 ~ Выраженное избирательное действие антибиотиков на бактерии называется

A. | Статическим действием

B. | Антимикробным спектром

C. | Бактериоцидным действием

D. | Микробным числом

E. | Коли-индексом

2 ~ На втором этапе выделения чистой культуры проводят... .

A. | определение чувствительности к антибиотикам

B. | изучение изолированных колоний

C. | определение чувствительности к фагам

D. | изучение антигенных свойств

E. | заражение лабораторных животных

3 ~ Разобщение аэробов равномерным распределением бактериальной петлей по поверхности плотной питательной среды является

A. | физическим методом

B. | химическим методом

C. | биологическим методом

- D. | механическим методом
E. | биохимическим методом
- 4 ~ Гибель бактерий происходит при
A. | бактериостатическом воздействии на них
B. | микробном числе
C. | химиотерапевтическом индексе
D. | бактерицидном воздействии на них
E. | антимикробном спектре
- 5 ~ Для культивирования анаэробов применяется среда
A. | Плоскирева
B. | Левина
C. | Китта-Тароцци
D. | Эндо
E. | Мюллера
- 6 ~ Питательные среды по составу ингредиентам подразделяются на
A. | жидкие
B. | естественные
C. | сухие
D. | плотные
E. | сыпучие
- 7 ~ Жидкие, полужидкие, плотные и сухие питательные среды подразделяют по
A. | назначению
B. | составу
C. | сложности
D. | количеству
E. | консистенции
- 8 ~ Для определения сахаролитической активности бактерий используется дифференциально-диагностическая питательная среда... .
A. | Гисса
B. | Мюллера
C. | ЖСА
D. | Леффлера
E. | Эндо
- 9 ~ Основные питательные среды применяются для... .
A. | выращивания бактерий
B. | выращивания вирусов
C. | дифференциации бактерий
D. | накопления бактерии
E. | подавления роста сопутствующей микрофлоры
- 10 ~ Для приготовления плотных питательных сред используют... .
A. | ферменты
B. | витамины
C. | сыворотку крови
D. | агар-агар
E. | дрожжи

Ситуационная задача №1

Больная Е., 56 лет, заболела остро – появились умеренные боли в горле, усиливающиеся при глотании, повысилась температура тела до 38,1°C, почувствовала слабость, недомогание. К врачу не обращалась. Лечилась домашними средствами: полоскала горло

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 46 стр из 60

домашними средствами. В последующие два дня температура держалась на уровне 37,5-38,2°C, боли в горле сохранялись. На 4-й день болезни narocлa слабость, появились сердцебиение, одышка, затруднение при глотании. Больная заметила, что шея увеличилась в размерах. К середине дня температура тела достигла 39,8°C. Вызвала участкового врача, который выявил в анамнезе частые ангины, ОРВИ, гипертоническую болезнь 2 стадии в сочетании с ИБС.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 38,5°C, сознание ясное. Лицо бледное. Кожа чистая. Определяется отек шейной клетчатки, доходящий до первой шейной складки. Пальпируются увеличенные чувствительные подчелюстные лимфатические узлы. Голос звучный. В зеве разлитая умеренная гиперемия. Миндалины отечны, увеличены в размерах до 3 степени. На миндалинах, обеих дужках, на основании язычка имеются плотные серовато-белые с гладкой поверхностью налеты. Шпателем их снять не удалось. Дыхание свободное, в легких – везикулярное. Пульс 110 уд. в мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Выслушивается отчетливый систолический шум на основании сердца. Язык обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Диурез достаточный. Поколачивание по пояснице безболезненно.

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите, если есть осложнения заболевания.
3. Решите вопрос о госпитализации.
4. Составьте план обследования больной.
5. Назначьте лечение.
6. К какой группе инфекционных болезней относится данный случай?
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.

Ситуационная задача №2

Больной И., 39 лет, работник мясокомбината, заболел остро 9.11.: появились головная боль, слабость, сильный озноб, повысилась температура тела до 39,6°C. Отмечал выраженные боли в мышцах, особенно икроножных, боли в поясничной области, стал меньше мочиться. С диагнозом «острый пиелонефрит» наблюдался врачом поликлиники, принимал 5-НОК, бисептол. Однако высокая температура не снижалась и в течение последующих 5 дней сохранялась на уровне 38°-39°C. 13.11. заметил желтуху. Вызванный повторно участковый врач установил: состояние тяжелое, температура тела 39,8°C. Лицо гиперемировано, одутловато. Склеры инъецированы. На слизистых оболочках конъюнктивы мелкие кровоизлияния. Кожа и склеры ярко желтого цвета. На коже грудной клетки видна петехиальная сыпь. Язык сухой, обложен грязным налетом. В легких застойные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, пульс 130 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см ниже правой реберной дуги, болезненная. Пальпируется край селезенки. Со слов больного – в течение дня не мочился. Менингеальные симптомы отрицательные. Больной был направлен в инфекционный стационар с подозрением на острый вирусный гепатит. В приемном отделении стационара проведено срочное обследование больного: лейкоциты в периферической крови – 15•10⁹/л; гемоглобин -100 г/л; СОЭ -35 мм/ч. Билирубин крови – 250 мкмоль/л, (прямой 100 мкмоль/л); АлАТ – 2,5 ммоль/л; мочевины – 65 ммоль/л; креатинин – 0,8 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок 0,33 г/л; эритроциты 50 в поле зрения; единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите показания к госпитализации больного.
3. Какое лабораторное обследование больного требуется для верификации диагноза?
4. Назначьте лечение.

5. Укажите имеющиеся и возможные осложнения
6. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Урок 12

5.1. Тема урока. Клизмы.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Клизма как инструмент, (греч. κλύσμα от κλύζω «чищу, промываю»; устаревшие термины клистир и груша) — медицинский инструмент, приспособление, предназначенное для постановки одноимённой процедуры, то есть для очищения и промывания прямой кишки и толстой кишки либо для введения в прямую или толстую кишку растворов лекарственных веществ. Используются также для аналогичной обработки (спринцевания) влагалища. Клизмы бывают двух видов: резиновые груши (также называемые спринцовки) и клизмы большого объёма, представляющие собой резервуар с трубкой (кружка Эсмарха).

Классификация клизм как медицинского инструментария

С резиновыми наконечниками

Клизмы в форме груши с мягкими резиновыми наконечниками имеют преимущество в меньшей травматичности и болезненности при введении, поскольку мягкий резиновый наконечник не может повредить или поцарапать слизистую кишки или влагалища при спринцевании. Такая грушка наиболее предпочтительна, особенно для маленьких детей. Вместе с тем из-за гибкости резинового наконечника его в принципе невозможно ввести при активном сопротивлении пациента (сокращении анального сфинктера), поэтому для активно сопротивляющихся пациентов приходится использовать твёрдые пластмассовые наконечники.

С пластмассовыми наконечниками

Обычная резиновая груша с пластмассовым наконечником

Пластмассовый наконечник имеет преимущество большей гигиеничности, может быть отсоединён от грушки и подвергнут стерилизации (кипячению). Кроме того, он может быть использован как одноразовый сменный наконечник, что особенно удобно в больничных условиях и исключает опасность заражения какими-либо инфекциями. Вместе с тем пластмассовый наконечник более травматичен для слизистой, но в то же время — более эффективен.

С глубокими кишечными наконечниками

Глубокие кишечные наконечники имеют то преимущество, что при более глубоком введении жидкости у пациента возникает значительно меньше спазмов и позывов на дефекацию, так как более глубокие отделы прямой кишки менее чувствительны к растяжению, чем сравнительно узкий анус. Такие наконечники особенно подходят для введения лекарственных веществ, которые пациент должен удерживать в кишке, то есть когда сильные спазмы и позывы на дефекацию особенно нежелательны.

Кружка Эсмарха

Кружка Эсмарха представляет собой пластиковую или силиконовую (реже — металлическую) кружку ёмкостью 2 л с гибкой резиновой или пластизолевой отводной трубкой длиной 157 см. Ранее кружки Эсмарха изготавливались также из стекла и фаянса. Изобретение немецкого хирурга Ф. А. Эсмарха. Также существует одноразовая кружка Эсмарха, предназначенная для проведения лечебных или очистительных клизм, спринцеваний и орошений влагиалища. Кружка Эсмарха представляет собой резервуар для жидкости объёмом от одного до двух литров с гибкой трубкой и зажимом. Ёмкость-мешок из мягкого прозрачного полиэтилена или поливинилхлорида имеет градуировку в миллилитрах от 50 до 2000 мл с ценой деления 250 мл, что даёт возможность эффективно контролировать введённый объём жидкости. Горловина мешка имеет многослойное отверстие, которое за счёт давления, создаваемого залитой жидкостью, препятствует обратному выливанию налитого раствора, что позволяет защитить пациента и медперсонал от случайного проливания жидкости. Кружка Эсмарха одноразовая имеет два отверстия для подвешивания на стойке. На трубке имеется запорный механизм для эффективного контроля скорости введения и объёма введенной жидкости. Торцевое отверстие диаметром 0,5 см и дополнительное боковое отверстие на расстоянии 1,5 см от дистального конца гарантируют эффективное проведение процедуры. В комплект кружки Эсмарха могут входить наконечники (жесткий и мягкий). У одноразовой кружки Эсмарха съёмный наконечник, как правило, отсутствует, его функцию выполняет закруглённый атравматичный дистальный конец трубки, обработанный силиконовой смазкой, что обеспечивает безболезненное и лёгкое введение трубки на необходимую глубину. В аптеках чаще продаются кружки Эсмарха объёмом 2 л.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.
2. Методы исследования инфекционных болезней.
 - 1 ~ Пирогаллол или гидросульфит натрия применяют при ... методе культивирования и выделения чистых культур анаэробов.
 - A. | физическом
 - B. | биологическом
 - C. | комбинированном
 - D. | химическом
 - E. | механическом
 - 2 ~ Изучение изолированных колоний, с целью получения чистой культуры, и приготовления из этих колоний мазка для микроскопии проводят на... .
 - A. | I этапе выделения аэробных бактерий
 - B. | III этапе выделения аэробных бактерий
 - C. | II этапе выделения аэробных бактерий
 - D. | I-II этапах выделения аэробных бактерий

- Е. | I-III этапах выделения аэробных бактерий
- 3 ~ На третьем этапе выделения чистой культуры проводят... .
- А. | посев на среды "пестрого" ряда
 - В. | посев на элективную среду
 - С. | изучение культуральных свойств
 - Д. | просмотр изолированных колоний
 - Е. | выделение характерных колоний
- 4~ На первом этапе приготовления питательных сред проводят... .
- А. | фильтрацию
 - В. | разлив
 - С. | установление рН среды
 - Д. | варку
 - Е. | стерилизацию
- 5 ~ Универсальная среда:
- А. | Леффлера
 - В. | Эндо
 - С. | желточно-солевой агар
 - Д. | Левина
 - Е. | мясопептонный бульон
- 6 ~ Питательные среды делят на основные, элективные и дифференциально-диагностические по... .
- А. | консистенции
 - В. | составу
 - С. | сложности
 - Д. | назначению
 - Е. | количеству
- 7 ~ Питательный агар, определенный углевод, цветной индикатор входят в состав... питательных сред.
- А. | основных
 - В. | специальных
 - С. | дифференциально-диагностических
 - Д. | обогатительных
 - Е. | элективных
- 8 ~ Для приготовления кровяного агара необходима
- А. | кровь
 - В. | сыворотка крови
 - С. | глюкоза
 - Д. | пептон
 - Е. | плазма крови
- 9 ~ Бактериологический метод исследования:
- А. | выделение чистой культуры
 - В. | приготовление мазка
 - С. | заражение животных
 - Д. | приготовление вакцины
 - Е. | определение уровня иммунитета
- 10 ~ Питательные среды используют для
- А. | культивирования
 - В. | фиксации
 - С. | леофеллизации

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	044-80/11 () 50 стр из 60
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		

Д. | пастерилизации

Е. | тиндализации

Ситуационная задача №1

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной. Анамнез заболевания: заболел 15.01. В первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась. Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза. 4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор. 5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.

Ситуационная задача №2

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. Заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, не прямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор. 5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Урок 13

5.1. Тема урока. Катетеризация мочевого пузыря.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Катетеризацию мочевого пузыря используют для следующих целей:

Получение образца мочи для исследования

Измерение объема остаточной мочи

Разрешения задержки мочи или недержания мочи

Доставки рентгеноконтрастных или лекарственных препаратов непосредственно в мочевой пузырь

Промывания мочевого пузыря

Катетеризация может производиться по уретре или надлобковым доступом.

Катетеры

Катетеры различаются калибром (толщиной), конфигурацией хвоста, числом ходов, размером баллона, типом материала и длиной.

Калибр описывают во французских (F) единицах, также известных как единицы Шарьера (Ch). Каждая единица соответствует 0,33 мм, таким образом, катетер 14Ch имеет диаметр 4,6 мм. Размеры колеблются от 12 до 24 F для взрослых и от 8 до 12 F для детей. Катетеры меньшего размера обычно подходят для обеспечения оттока мочи при отсутствии осложнений и эффективны для использования при стриктурах уретры и обструкции шейки мочевого пузыря; применение катетеров большего диаметра показано для промывания мочевого пузыря и при некоторых кровотечениях (например, при послеоперационном кровотечении или геморрагическом цистите), а также при пиурии, поскольку сгустки могут блокировать катетеры малого диаметра.

Кончики большинства катетеров имеют прямую конфигурацию (например, свисткообразный кончик катетера Робинсона) и используются для однократных катетеризаций (т.е. катетер удаляется сразу же после опорожнения мочевого пузыря). Катетеры Фолея (двухпросветные из латекса) имеют прямой наконечник и надувной баллон для удержания на месте. Другие самоудерживающиеся катетеры могут иметь расширенный кончик по типу шляпки гриба (катетер Пецера) и четырехкрылой шляпки гриба (катетер Малекот); они используются при надлобковой катетеризации или при нефростомии. Изогнутые катетеры, у которых могут быть баллоны для самоудержания, имеют загнутый кончик для облегчения прохождения через стриктуры и обструктивные участки (например, простатический отдел уретры).

Ходы имеются у всех катетеров, используемых для длительного дренирования мочи. Многие катетеры имеют ходы для раздувания баллона, ирригации или оба хода (например, 3-ходовой катетер Фоли).

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.

2. Методы исследования инфекционных болезней.

1 ~ Процесс восстановления клеточного генома:

A. | модификация

B. | репарация

C. | мутация

D. | диссоциация

E. | рекомбинация

2 ~ Непосредственная передача генетического материала от донора реципиентной клетке называется

A. | трансдукцией

B. | конъюгацией

C. | трансформацией

D. | диссоциацией

E. | репарацией

3 ~ Плазмиды... .

A. | имеют собственный набор генетической информации

B. | имеют белковую оболочку

C. | паразитируют во всех живых клетках

D. | участвуют в процессе трансдукции

E. | размножаются как внутри, так и вне клетки

4 ~ Устойчивость бактерий к антибиотикам, связанная с изменениями в генах, возникает при

A. | мутации

B. | модификации

C. | трансформации

D. | конъюгации

E. | рекомбинации

5 ~ Плазмиды встречается только у

A. | бактерии

B. | животных

C. | грибов

D. | простейших

E. | растений

6 ~ Внехромосомные факторы наследственности бактерий являются молекулами

A. | РНК

B. | полипептида

C. | ДНК

D. | фермента

E. | белка

7 ~ F-плазида контролирует синтез... .

- A. | фермента
 - B. | бактериальных токсинов
 - C. | белка
 - D. | половых ворсинок
 - E. | нуклеиновых кислот
- 8 ~ R-плазида контролирует синтез... .
- A. | половых ворсинок
 - B. | бактериальных токсинов
 - C. | ферментов
 - D. | белка
 - E. | нуклеиновых кислот
- 9 ~ Синтез Col-плазмид контролируют
- A. | бактериоциногенные плазмиды
 - B. | F-плазмиды
 - C. | R-плазмиды
 - D. | плазмиды патогенности
 - E. | плазмиды биодеградации
- 10 ~ Бактериоциногенные плазмиды вызывают гибель бактерий... .
- A. | разных родов
 - B. | разных семейств
 - C. | близких родов
 - D. | того же вида или близких видов
 - E. | близких семейств и родов

Ситуационная задача №1

Больная Б. 54 лет вызвала врача на дом на 3 день болезни по поводу с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки. В области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, возникшая впервые. На месте гиперемии имеется отёк ткани. При пальпации поражённого участка умеренно-выраженная болезненность. Тоны сердца приглушены. Пульс – 94 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику между основным и альтернативными заболеваниями. 3. Составьте план обследования. 4. Составьте план лечения. 5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Ситуационная задача №2

Больная С. 44 лет предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 39 °С, сухой кашель, заложенность носа. Заболела накануне вечером. Объективно: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъектированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 уд/мин, АД – 100/70 мм рт.ст.

Вопросы: 1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациентке? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки. 4. Препараты какой фармакологической группы Вы бы рекомендовали пациентке в качестве этиотропной терапии? 5. Какие клинические проявления у пациентки свидетельствуют об эффективности этиотропной терапии?

5. 1. Тема урока. Подготовка больного к лабораторным и инструментальным методам исследования.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Подготовка пациентов к лабораторным исследованиям

Лабораторные методы исследования служат важным этапом обследования больного. Полученные данные помогают оценке состояния больного, постановке диагноза, осуществлению наблюдения за состоянием пациента в динамике и течением заболевания, контролю проводимого лечения.

Виды лабораторных исследований:

Обязательные - назначают больным в соответствии со стандартами лечения (например, общие анализы крови и мочи).

Дополнительные - назначают строго по показаниям в зависимости от конкретного случая (например, исследование желудочного сока для изучения секреторной функции желудка).

Плановые - назначают через определённое количество дней после предыдущего исследования с целью наблюдения за больным в динамике и осуществления контроля лечения.

Неотложные - их назначают в urgentной (неотложной) ситуации, когда от полученных результатов исследования может зависеть дальнейшая тактика лечения.

Материал для лабораторного исследования:

Выделения человеческого организма - мокрота, моча, кал, слюна, пот, отделяемое из половых органов.

Жидкости, получаемые с помощью прокола или откачивания, - кровь, экссудаты и транссудаты, спинномозговая жидкость.

Жидкости, получаемые с помощью инструментально-диагностической аппаратуры, содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки, жёлчь, бронхиальное содержимое.

Ткани органов (печени, почек, селезёнки, костного мозга) получаемые методом биопсии (прижизненное взятие небольшого объёма ткани для микроскопического исследования с диагностической целью); содержимое кист, опухолей, желёз.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

На последней странице

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.

2. Методы исследования инфекционных болезней.

1 ~ Репликация РНК вирусного генома, происходит при участии клеточной... .

- A. | РНК-полимеразы
- B. | транскриптазы
- C. | ДНК-полимеразы
- D. | ревертазы
- E. | эндонуклеазы

2 ~Выход простых вирионов из клетки происходит путем

- A. | "взрыва", деструкции
- B. | почкования
- C. | проникновения
- D. | адсорбции
- E. | пенетрации

3 ~ Для классификации вирусов Не используется

- A. | морфология вирусов
- B. | липидный состав
- C. | культуральные свойства
- D. | тип нуклеиновой кислоты
- E. | антигенные свойства

4 ~ Метод бляшек:

- A. | индикация вирусов
- B. | дифференциация вирусов
- C. | идентификация вирусов
- D. | количественное определение вирусов
- E. | качественное определение вирусов

5 ~Вирусы имеют

- A. | ДНК и РНК
- B. | только ДНК
- C. | ДНК или РНК
- D. | только РНК
- E. | плазмиды

6 ~ Фаги, проникающие в бактериальную клетку, автономно репродуцирующиеся в ней, и вызывающие лизис бактерий называются

- A. | умеренными
- B. | лизогенными
- C. | дефектными
- D. | вирулентными
- E. | прямыми

7 ~ Фаги, вызывающие интегративный тип инфекции, при взаимодействии с бактериальной клеткой называются

- A. | вирулентными
- B. | умеренными
- C. | дефектными
- D. | полноценными
- E. | прямыми

8 ~ Умеренные фаги могут быть дефектными и отличаются, способностью

- A. | переходить в вирулентный фаг
- B. | адсорбироваться на протопластах
- C. | образовывать фаговое потомство

D. | не образовывать фаговое потомство

E. | к лизису

9 ~ Фагодифференцирование бактериальных культур проводят с целью установления их принадлежности к

A. | роду

B. | семейству

C. | группе

D. | потомству

E. | виду

10 ~ В эпидемиологической практике широко используют наборы для фаготипирования многих инфекций, с целью определения

A. | вида возбудителя

B. | путей передачи инфекции

C. | факторов передачи инфекции

D. | механизмов передачи инфекции

E. | источника инфекции и путей ее передачи

Ситуационная задача №1

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38°C, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40 °С. Заболевание связывает с переохлаждением. При осмотре больного температура тела 38°C, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отёчны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В лёгких при аускультации жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчётливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет. Лабораторная диагностика. Кровь: эритроциты – 3,5x10¹²/л, Нв – 116 г/л, лейкоциты – 7,8x10⁹ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%. Моча: без патологии. Рентгенография грудной клетки – без патологии.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику. 3. Составьте план обследования. 4. Составьте план лечения. 5. Какова тактика врача-терапевта участкового,?

Ситуационная задача №2

Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38 °С, появилась слабость, ломота в теле, головная боль. Врач-терапевт участковый диагностировал острое респираторное заболевание, назначил лечение на дому. На 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день – желтушность кожи и склер. Повторно осмотрен врачом-терапевтом участковым. Направлен в стационар. При объективном обследовании были отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налётом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		044-80/11 () 57 стр из 60

эластичной консистенции, чувствительная. Селезёнка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен. Одновременно заболело ещё несколько учащихся.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику. 3. Составьте план обследования. 4. Составьте план лечения. 5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Урок 15

5. 1. Тема урока. Подготовка больного к эндоскопическим и рентгенологическим исследованиям.

5.2. Цели занятия:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

5.3. Задачи обучения.

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

5.4. Основные вопросы темы.

1. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.
3. Понятие о ВБИ, инфекционный процесс. Инфекционный контроль, профилактика ВБИ.
4. Структура и основные функции приемного отделения. Антропометрия, ведение медицинской документации. Методика измерения пульса, АД. Методика измерения температуры тела и диуреза.

Подготовка к рентгенологическим методам исследованиям

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (гастроскопия)

Последний прием пищи не позднее 20 часов накануне.

При наличии упорных запоров и метеоризма – вечером накануне исследования: и утром за 1,5 -2 ч поставить очистительную клизму

Утром исключить завтрак, прием лекарственных средств

Рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригография)

1 Способ:

Сделать две очистительные клизмы с интервалом в 1 час вечером накануне исследования

Сделать 1-2 очистительных клизмы утром в день исследования (не позднее, чем за 2 часа до исследования).

Исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию (овощи, фрукты, сладкое, молоко, чёрный хлеб).

По назначению врача – активированный уголь.

Ограничить прием жидкости до 1 литра со второй половины дня накануне исследования.

Очистительные: клизмы утром (1-2) не позднее, чем за 2 часа до исследования.

2 Способ (с использованием препарата ФОРТРАНС):

Если исследование проводится утром: каждый из четырёх пакетов препарата Фортранс растворить поочередно в литре воды (всего 4 литра). Выпивать готовый раствор, начиная с 15 часов до 19 часов со скоростью 1 литр в час. Приём пищи запрещён. Параллельно можно пить воду, осветлённые соки в небольшом количестве. Очищение кишечника происходит естественным путём.

Если исследование проводится в обед: приём препарата следует сместить с 17 до 21 часа.

5.5. Методы обучения и преподавания (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, кейс -стади и др).

5.6. Литература.

Основная литература.

- Морозова, Г. И. Основы сестринского дела. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - С. 256
- Адилова, Л. М. алгоритмы манипулятивного действия медсестры : учебное пособие = алгоритм сестринских манипуляций: учебное пособие. –М. :«Литтерра», 2016. – 248 бет с.
- Вац, Н. основы сестринского дела (сестринская помощь больным отдельных социальных групп) = Основы сестринского дела (сестринская помощь по уходу за больными социальными группами лиц) :учеб. пособие / Н. Вац, А. Сабырханова, К. Касенова. - ; Астана: Фолиант, 2011. - с. 280. с. -

Дополнительная литература

- Мухина, С. А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». –М. : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 512 с. -
- Нурманова, М. Ш. сборник стандартов сестринских технологий по дисциплине «Основы сестринского дела»: сборник / М. Ш. Нурманова, Ж. Т. Матакова, Э. Т. Бейскулова; Караганда : ИП «Акнур», 2012. – 250 С. с. -

5.7. Контроль (вопросы, тесты, задачи и т.д.)

1. Инфекционные болезни.

2. Методы исследования инфекционных болезней.

1 ~ Пирогаллол или гидросульфит натрия применяют при ... методе культивирования и выделения чистых культур анаэробов.

- a) | физическом
- b) | биологическом
- c) | комбинированном
- d) | химическом
- e) | механическом

2 ~ Изучение изолированных колоний, с целью получения чистой культуры, и приготовления из этих колоний мазка для микроскопии проводят на... .

- a) | I этапе выделения аэробных бактерий
- b) | III этапе выделения аэробных бактерий
- c) | II этапе выделения аэробных бактерий
- d) | I-II этапах выделения аэробных бактерий
- e) | I-III этапах выделения аэробных бактерий

3 ~ На третьем этапе выделения чистой культуры проводят... .

- a) | посев на среды "пестрого" ряда
- b) | посев на элективную среду
- c) | изучение культуральных свойств
- d) | просмотр изолированных колоний
- e) | выделение характерных колоний

4~ На первом этапе приготовления питательных сред проводят... .

- a. | фильтрацию
- b. | разлив
- c. | установление рН среды
- d. | варку
- e. | стерилизацию

5 ~ Универсальная среда:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	044-80/11 () 59 стр из 60
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		

- a) | Леффлера
 - b) | Эндо
 - c) | желточно-солевой агар
 - d) | Левина
 - e) | мясопептонный бульон
- 6 ~ Питательные среды делят на основные, элективные и дифференциально-диагностические по... .
- a) | консистенции
 - b) | составу
 - c) | сложности
 - d) | назначению
 - e) | количеству
- 7 ~ Питательный агар, определенный углевод, цветной индикатор входят в состав... питательных сред.
- a) | основных
 - b) | специальных
 - c) | дифференциально-диагностических
 - d) | обогатительных
 - e) | элективных
- 8 ~ Для приготовления кровяного агара необходима
- a) | кровь
 - b) | сыворотка крови
 - c) | глюкоза
 - d) | пептон
 - e) | плазма крови
- 9 ~ Бактериологический метод исследования:
- a) | выделение чистой культуры
 - b) | приготовление мазка
 - c) | заражение животных
 - d) | приготовление вакцины
 - e) | определение уровня иммунитета
- 10 ~ Питательные среды используют для
- a) | культивирования
 - b) | фиксации
 - c) | леофеллизации
 - d) | пастеризации
 - e) | тиндализации

Ситуационная задача №1

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной. Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°С, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазами. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°С, головная боль усилилась. Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо

одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы: 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. 5 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза. 4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор. 5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.

Ситуационная задача №2

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор. 5. Назовите методы профилактики данного заболевания.