



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

**ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС**

Специальность: 09130100 «Сестринское дело»

Квалификация: 5AB09130101 «Прикладной бакалавр сестринского дела»

Форма обучения: очное

Нормативный срок обучения: 3 года 6 месяцев

Индекс циклов и дисциплин: СД 04

Курс: 1

Семестр: 2

Дисциплина: «Клиническая оценка состояния пациента»

ONȚŪSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 2 стр. из 36	

Рассмотрено и утверждено на заседании кафедры.

Протокол № 1 . «27» 08 2024 г.

Заведующий кафедрой  Серикова Б. Д.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 3 стр. из 36

## №1 лекция

**1. Тема:** Введение. Медицинская документация пациента. Субъективные и объективные методы исследования больного.

**2. Цель:** Научить студентов оценивать общее состояние больного и вести медицинскую документацию больного. Дать представление о субъективных и объективных методах исследования пациента.

**3. Тезисы лекции:**

- Медицинская документация пациента
- Субъективный взгляд на пациента
- Объективное обследование пациента

Медицинская документация-важный компонент медицинского диагностического процесса. В этой статье мы рассмотрим,какие образцы медицинской документации используются в Казахстане, в том числе требования к регистрации, а также преимущества оптимизации учетных документов. Приказ исполняющего обязанности министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года №907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения". Приказ-состоит из приложений с пунктами. Ведение медицинской документации в амбулаторном периоде населением предусмотрено приложением 3 к пункту 1 Приказа. То есть медицинская учетная документация, используемая в амбулаторно-поликлинических организациях, называется Форма /001-3У-госпитализация в стационар дневного стационара; форма/медицинская документация формы 025-4е.Талон на прием к врачу; Форма /031у-книга для записи вызова врачей на дом.

Форма /057у-талон на поступление в медицинские организации; Форма /071у-медицинское заключение; Форма / 111у-личная карта беременной и новорожденной женщины.

Метод субъективного обследования пациента является одним из методов клинического обследования пациента. Сначала запрашивают общие данные пациента (фамилия, имя, отчество, возраст). Знание специальности пациента, скорее всего, поможет определить причину заболевания. Опрос больного: состоит из жалоб, анамнеза начала заболевания, истории жизни больного.

**Опрос жалоб пациента.** В самом начале тщательно расспрашивает основные или главные жалобы. Например, при боли в груди необходимо учитывать ее локализацию, интенсивность разреза, время появления и появление боли по отношению к различным состояниям (физическое напряжение, кашель, прием различных продуктов и т. д.). Определяется, с чего начинается боль. Изучение основных жалоб пациента, первых признаков заболевания поможет выявить первые признаки заболевания. Жалуясь на боль в области сердца, возникающую после физической нагрузки, боль передается в левую руку, такие жалобы характерны для стенокардии. Язву двенадцатиперстной кишки можно заподозрить в течение 1-2 часов после еды или на ночь, при болях в желудке натошак. Затем переходит к общим жалобам. Например, при воспалении легких пациент жалуется на слабость, повышенную температуру, боль, кашель и тому подобное. Также необходимо задать вопросы, касающиеся всех органов, и глубоко выявить жалобы. Следует поинтересоваться ночным сном больного, аппетитом к еде, определить состояние нервной системы.

История возникновения болезни (лат. Anamnesis morbi). Когда вы спрашиваете о возникновении заболевания, вы должны получить прямой ответ на следующие вопросы:

- когда началась болезнь;
- как началась болезнь;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 4 стр. из 36	

- протекание болезни;
- какие исследования были проведены и их результаты;
- какие были проведены лечебные мероприятия и их результаты; После этих вопросов определяется общая картина заболевания. Прежде всего, перед началом этого заболевания необходимо определить общее состояние больного и рассмотреть причины возникновения. Во-первых, необходимо выявить первые признаки заболевания, а затем задать динамику заболевания, наличие рецидива или осложнения, период ремиссии и продолжительность.

**История жизни больного** (лат. Anamnesis vitae) история жизни пациента может иметь большое влияние на выявление болезни пациента. В этом разделе мы разбиваем жизнь пациента на основные этапы.

**Общие биографические данные.** В данном разделе задаются вопросы о месте рождения больного, возрасте родителей при рождении больного, о том, родился ли ребенок в семье, об общем развитии. Определение семейного положения, питания, бытового состояния больного в детском, подростковом возрасте. А также знать время полового созревания пациента и его влияние на его общее состояние. Следует поинтересоваться вредными привычками больного (курение, употребление алкоголя, наркомания), а также перенесенными в детстве заболеваниями.

**Условия труда.** Некоторые рабочие места очень вредны для здоровья человека. Поэтому расспросить больного о месте работы, вреде и негативном воздействии. У некоторых пациентов можно предсказать течение болезни, спросив о состоянии функционирования.

Метод объективного обследования больного-один из методов клинического обследования больного. Симптомы, полученные в результате объективного обследования пациента, имеют решающее значение для постановки правильного диагноза. Объективный метод состоит из: Взгляда, поглаживания (пальпации), удара (перкуссии), слушания (аускультации).

**При осмотре** наблюдаем общий вид и состояние больного. - общее состояние больного делится на удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое и очень тяжелое. цвет наружных покровов (кожа, слизистые), рассматривает отдельные части тела (лицо, голову, шею, туловище, конечности). Положение больного в постели активное, пассивное, вынужденное. умирает. Под активом мы подразумеваем пациентов, с которыми он может сидеть, стоять и смотреть на себя. Пассивный означает, что пациент очень слаб, подавлен, без сознания (лежа, обычно лежа в постели, не может изменить положение тела без помощи других. При некоторых заболеваниях пациент чувствует себя хорошо только в одной позе мы говорим, что это вынужденная поза. Например, при сердечных заболеваниях из-за одышки часто предпочитают сидеть. Вынужденная поза облегчает состояние больного, но не помогает излечиться от болезни. Например, при лопнувшем абсцессе легкого пациент лежит на «больной» стороне, что усугубляет отток мокроты и создает условия для дальнейшего распространения инфекции.

**Состояние сознания.** Различают несколько состояний сознания: ясное сознание; ступор – пациент плохо осведомлен во внешней среде, плохо или поздно отвечает на вопросы. сопор (субкома) – состояние сна. Если больного разбудит громкий голос из этой ситуации, то он ответит на вопрос ле, снова погрузится в глубокий сон. Кома-полное отсутствие сознания. Он связан с повреждением центров головного мозга. В коме наблюдается расслабление мышц, отсутствие чувствительности и рефлексов, отсутствие реакции на какие-либо раздражители (яркость, тяжесть, голос). Кома может возникнуть при диабете, кровоизлиянии в мозг, отравлении, тяжелом поражении печени, почечной недостаточности. При некоторых заболеваниях происходит повреждение сознания из– за возбуждения центральной нервной системы. К ним относятся бред, галлюцинации (слух и зрение).

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 5 стр. из 36	

**4. Наглядные материалы:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Виды и роль медицинской документации.
- Что такое субъективный взгляд на пациента?
- Что такое объективное обследование пациента?

## №2 лекция

**1. Тема:** Подготовка больного к лабораторным и инструментальным исследованиям.

**2. Цель:** Обучение студентов подготовке больного к лабораторным и инструментальным исследованиям.

**3. Тезисы лекции:**

- Подготовка пациента к лабораторному исследованию
- Подготовка больного к инструментальному исследованию
- Противопоказания к подготовке больного к лабораторному и инструментальному исследованию

Врач обычно сталкивается с небольшой последовательностью нозологических единиц при множественных поражениях организма пожилого человека. Объясняется это тем, что процесс старения формирует специфические условия возникновения подотрасли, характерные для патологического позднего онтогенеза".

Морфологи и клиницисты выделяют две группы нозологий, имеющих ярко выраженные особенности взаимосвязей, связанных с процессом старения, среди болезней пожилого и пожилого возраста.

Заболевания, относящиеся к первой группе (катаракта, глухота, остеопороз, вульвовагинальная атрофия, нодулярная гиперплазия предстательной железы, болезнь Паркинсона и старческая эмфизема легких), очень тесно связаны с процессом старения и встречаются только у пожилых и пожилых людей. И. В. Давыдовский относил эти заболевания к «старческим заболеваниям», которые имеют статус нозологических единиц. Считается, что их возникновение напрямую связано с возрастом и вызвано старением.

Заболевания второй группы-это многие группы, которые чаще встречаются в гериатрической практике, но ими могут болеть люди среднего и даже молодого возраста. "Старческие заболевания" - несмотря на определенное отношение к возрасту, не зависят непосредственно от процесса старения ( по И. В. Давыдовскому).

Заболевания, часто встречающиеся в гериатрической практике с различной двойственностью:

- атеросклероз с мультифокальным поражением сосудов подвздошной кишки, головного мозга, сердца, почек, конечностей и кишечника;
- артериальная гипертензия;
- хронические обструктивные заболевания легких и пневмонии;
- злокачественные опухоли (в первую очередь легких, общих органов желудочно-кишечного тракта, почек, кожи, а также предстательной железы у мужчин и молочных желез у женщин и т. д.)
- хронические гастриты с секреторной недостаточностью;
- желчнокаменная болезнь;
- сахарный диабет 2 типа;
- ревматическая полимиалгия и самозный артериит;
- стеноз аорты с известкованием;

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 6 стр. из 36	

- болезнь Педжета (деформирующий остит);
- ожирение;
- амилоидоз;
- множественная миелома;
- психические депрессии;
- Болезнь Альцгеймера;
- Болезнь Паркинсона;
- глаукома.

Кроме того, к заболеваниям, характерным для пожилых людей, относятся миелодиспластический синдром, моноклональные гаммапатии, хронический лимфолейкоз, лимфомы, артериальная гипертензия, гидроцефалия, туберкулез, опоясывающий лишай (опоясывающий герпес). Пожилые люди более подвержены травмам, инфекциям, тромбозам, сердечно-сосудистым осложнениям, нейротрофическим и психическим расстройствам.

У пожилых и стариков эти заболевания часто протекают незаметно, поверхностно, с разными клиническими проявлениями и без каких-либо явных симптомов (как у молодых пациентов). Но, несмотря на такое торпидное течение, эти заболевания сопровождаются выраженными соматическими и психическими функциональными изменениями и осложнениями, а прогноз остается неблагоприятным.

У пожилых женщин, помимо опухолей молочных желез и гениталий, ожирение, гипотиреоз, желчнокаменная болезнь, рак желчного пузыря, диабет, самоубийственный артериит, ревматическая полимиалгия и психическая депрессия встречаются чаще, чем у мужчин.

Список названных болезней совпадает с представлениями В. М. Дильмана (1986) о «главных» болезнях человека в «болезни, объединенные старением».

Статистические данные не могут дать полной информации о распространенности заболеваний среди пожилых людей. Например, как и старые пациенты с дистрофически-дегенеративными изменениями позвоночника и артрозами, пациенты со старческой деменцией в депрессивном состоянии не всегда госпитализируются. По словам многих авторов, люди пожилого и старческого возраста чаще страдают ишемической болезнью сердца и мозга, артериальной гипертензией, раком и диабетом. Но эти заболевания встречаются не только в старости, но и в среднем и молодом возрасте. В. В. По мнению Фролкина, эти заболевания образуют дополнительные биологические предпосылки возникновения организма в период инволюционно-юношеского формирования, в старости. Д. Ф. Чеботарев и представители его школы рассматривают возрастную морфофункциональную перестройку стареющего организма как своеобразный «большой фактор риска», вызывающий усиление патологических поражений на поздних этапах жизни.

Возрастные изменения имеют двустороннюю связь с заболеваниями, характерными для пожилых людей. Прогрессирование хронических заболеваний приводит к преждевременному появлению и быстрому прогрессированию старческих недугов, что приводит к быстрому разрушению организма.

Пожилым человеком может страдать от других, не имеющих ничего общего с возрастом, кроме нозологических заболеваний, обозначенных как «старость «и» старость». Примерами этих заболеваний являются грипп, респираторные вирусные заболевания и другие инфекции. Эти заболевания у пожилых людей характеризуются клинически тяжелыми состояниями, длительным течением, склонностью к функциональным изменениям и осложнениям.

**4. Наглядные материалы:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 7 стр. из 36	

- Какие заболевания, часто встречающиеся с различными сочетаниями в гериатрической практике?
- Какие заболевания относятся к первой группе?
- Какие заболевания относятся ко второй группе?

### №3 Лекция

**Тема:** Забор крови из пальца на лабораторный анализ. Забор крови из вены на биохимическое исследование. Забор венозной крови с помощью вакуумной системы.

**1. Цель:** Обучить студентов алгоритмам забора крови из пальца на лабораторный анализ, забора крови из вены на биохимическое исследование, забора венозной крови с помощью вакуумной системы

**2. Тезисы лекции:**

- Алгоритм забора крови из пальца на лабораторный анализ
- Алгоритм забора крови из вены на биохимическое исследование
- Алгоритм забора венозной крови с помощью вакуумной системы

**Забор крови из пальца на лабораторный анализ**

забор крови на диагностику – общеклинический анализ; определение количественного и качественного состава форменных элементов крови (эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов); определение количества гемоглобина в крови и скорости оседания эритроцитов (СОЭ); определение глюкозы в крови, а также определение времени свертывания крови и кровотока.

**Показания к применению:** по назначению врача.

**Места забора крови:** ушная сера, четвертый палец, пятка новорожденного.

**Алгоритм действий:**

- Медсестра должна заранее предупредить пациента о предстоящем взятии крови перед обследованием и пояснить, что кровь берется натощак, до приема лекарств, а в вечернем питании не следует употреблять жирную пищу.
- 2. Удобно посадить пациента.
- 3. Обработайте руки анестетиком. Очистите руки ватными шариками, смоченными в спирте, наденьте перчатки.
- 4. Левой рукой возьмите IV палец левой руки пациента, ваш первый палец будет располагаться на внешней поверхности руки пациента, а остальные-на стороне ладони.
- 5. Очистите место забора крови ватным тампоном, смоченным дезинфицирующим спиртом, и подождите, пока спирт высохнет, так как кровь, выходящая после прокола, стекает по пальцу.
- 6. Медленно сожмите ногтевую сторону пальца пациента и проколите кожу, удерживая скарификатор вертикально, двигаясь от центральной линии влево, чуть позже ногтя.
- 7. Разрез должен располагаться горизонтально по линиям кожи пальца, рана открывается, из нее легко и обильно течет кровь. Кожу нельзя делать прямо рядом с ногтем, потому что кровь течет под ним, и ее трудно собрать для исследования.
- 8. Промокните первую каплю крови стерильным сухим ватным тампоном.
- 9. Каждую кровь собирают по новой капле для исследования.
- 10. После забора крови протрите место прокола 5% раствором йода.

**Забор крови из вены на биохимическое исследование**

**Цель:** диагностическая

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ( )	
Лекционный комплекс	8 стр. из 36	

**Показания к применению:** обследование пациента.

**Осложнения:** гематома, тромбофлебит, сепсис, вирусный гепатит, ВИЧ.

**Места забора крови:** поверхностные вены локтевого сгиба, предплечья, кисти.

**Изготовить:** обеззараженный: одноразовый шприц объемом 10-20 мл, лоток, ватные шарики, салфетки, 70 мл этилового спирта, маску, перчатки, чистые пробирки на штативе, резиновую отвертку, клееночную подушку, путевку, контейнер для безопасного удаления.

**Алгоритм действий:**

- Объясните пациенту цель и ход манипуляции и получите его разрешение.
- Выясните, не получали ли вы утром еду от больного.
- Напишите направление в лабораторию и пронумеруйте пробирку.
- Помогите пациенту принять удобную позу.
- Обработайте руки анестетиком. Обработайте их кожным антисептиком.
- Наденьте маску, перчатки, защитные очки.
- Откройте упаковку одноразового шприца, соберите ее и, прежде чем снять колпачок с иглы, выпустите воздух, поместите шприц на внутреннюю поверхность шприца.
- Поместите клееночную подушку под локоть пациента.
- Вставьте резиновую отвертку на 1/3 середины плеча над салфеткой или нижним бельем.
- Завяжите пряжу так, чтобы свободные концы были направлены вверх, а крючок-вниз.
- Держите Вену в артериальной артерии (пульс должен быть сохранен).
- Исследуйте голубой корень. Найдите самый полный синий корень.
- Попросите пациента несколько раз открыть кулак, чтобы заполнить синюю Вену. А потом сжать его.
- Двумя смоченными ватными шариками последовательно очистите область сгиба локтя, место инъекции, поместите их в контейнер. Держите 3-й ватный диск между IV и V пальцами левой руки.
- Возьмите шприц в правую руку: палец II находится в канюле иглы, а пальцы III, IV оберните цилиндр сверху, удерживая палец I вниз.
- Большим пальцем левой руки прикрепите синюю Вену ниже предполагаемого места прокола.
- Снимите колпачок с иглы и, как обычно, проколите синюю Вену (кулак пациента сжат).
- Потяните поршень к себе, убедившись, что игла находится в синей жилке.
- левой рукой аккуратно потяните поршень к себе, отсасывая 5-7 мл крови в шприц.
- Открутите резинку, больной должен разжать кулак, быстрым движением вытяните иглу из вены.
- Поместите смоченный ватный диск в место инъекции на 3-5 минут, попросив пациента слегка согнуть руку в локтевом суставе.
- Возьмите иглу из шприца и поместите ее в контейнер.
- Вылейте кровь из шприца в стенку пробирки, стараясь не разбрызгивать ее.
- Закройте пробирку водонепроницаемой пробкой.
- Поместите пробирку с кровью в емкость со штативом, плотно закройте ее.
- Помогите пациенту встать или устроиться поудобнее.
- Убедитесь, что кровь не отделилась от места прокола вены. Возьмите ватный диск от пациента и поместите его в контейнер.
- Отправьте Контейнер и направление в биохимическую лабораторию
- Снимите перчатки и поместите их в контейнер.
- Вымойте и высушите руки.
- Поместите использованные инструменты в контейнер для безопасного удаления.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 9 стр. из 36	

**Вакутайнер**-это полностью герметичная вакуумированная пластиковая одноразовая система для забора крови из вены.

**Он состоит из 3 компонентов:**

- 1.двухсторонняя Игла С безопасной крышкой.
2. одноразовый держатель
- 3.стерилизованная (пробирка) трубка с установленным вакуумным объемом.

**Преимущества:** безопасность, эффективность, гарантия целостности образца и воссоздание исследования, минимальный гемолиз, микрожидкостная кровь, время интервала взятия образца и его контакт с химическими добавками в разное время, соотношение объема крови и химических добавочных веществ прямое, эффект скручивания минимальный, образец поврежден.

**Цель:** диагностическая.

**Показания к применению:** обследование пациента. Осложнения: гематома (кровохарканье), тромбофлебит (воспаление вен и вен), сепсис (распространение микробов в кровь).

**Места забора крови:** поверхностные вены локтевого сгиба, предплечья, кисти.

**Подготовить:** обеззараженный: двухсторонняя игла с безопасной крышкой, одноразовый держатель, вакуумные трубки, ватные шарики, перчатки, лотки, кожный антисептик, отвертка (венозная манжета), клееночная подушечка, маска, фартук, защитное стекло или экран, контейнер для транспортировки трубок, контейнер для безопасного сбора и утилизации.

**Алгоритм действий:**

- Объясните пациенту цель и ход процедуры и получите его согласие. Определите, не получал ли пациент еду утром.
- Напишите направление в лабораторию.
- Помогите пациенту принять удобную позу.
- Чистите руки на гигиеническом уровне. Обработайте их ватными шариками, смоченными кожным антисептиком.
- Наденьте маску, перчатки, защитные очки, фартук.
- Получите систему для забора крови.
- Проверить герметичность упаковки, срок хранения основных компонентов, получающих кровь.
- Откройте упаковку (коробку). (см. стандарт).
  - Возьмите иглу и снимите защитный колпачок (если вы используете иглу с 2 сторонами, снимите серый защитный колпачок).
  - Вставьте иглу в держатель иглы и затяните ее до упора.
- Попросите пациента сесть или лечь. Положите клееночную подушку под локоть, освободив верхнюю часть руки от одежды и опустив руки вниз.
- Наденьте венозную манжету (завиток) на среднюю 1/3 плеча над нижним бельем или салфеткой.
- Держите Вену в предсердной артерии (пульс должен быть сохранен).
- Исследуйте голубой корень. Найдите самый полный синий корень.
  - Чтобы заполнить синюю Вену, попросите пациента несколько раз сжать и разжать кулак, а затем сжать его.
- Обработайте перчатки кожным антисептиком.
- Область сгиба локтя, место инъекции протирать цепочкой 2 ватными шариками, смоченными в кожном антисептике, и помещать в емкость. 3 Держите ватный диск между IV и V левой рукой.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 10 стр. из 36

- Возьмите систему в правую руку.
- Большим пальцем левой руки прикрепите синюю Вену вниз от предполагаемого места прокола.
- Держите иглу и держатель под углом 150, в зависимости от руки пациента, введите иглу на 1-1,5 см по мере необходимости.
  - В левой руке замените иглодержатель, а в правой вставьте трубку в иглодержатель, пока клапан трубки не войдет, нажмите, поворачивая вперед, чтобы обеспечить приток крови.
- Снимите перекут (венозную манжету) в тот момент, когда кровь течет в поврежденную трубку. Подождите, пока величина крови не достигнет установленной степени в трубке и кровоток не остановится.
  - Извлеките трубку из держателя с извлеченным типом крови.
- Перемешайте, перевернув содержимое трубки 8-10 раз, но не встряхивайте, не встряхивайте!.
- В то время как другие исследования требуют взятия крови, вставьте следующую трубку в держатель.
- Поместите трубку в контейнер для транспортировки крови.
- Поместите обеззараженный ватный диск в место прокола вены, извлеките иглу из вены и из держателя иглы.
- Попросите пациента положить ватный диск в место инъекции, слегка согнув руку в локтевом суставе и подержав 3-5 минут.
- Нарисуйте метки на трубках.
- Зарегистрируйте данные, предоставленные в журнале для исследования крови, и отнесите вакуум в контейнере в лабораторию с направлением крови в пробирке.
- Снимите защитные предметы и поместите их в контейнер для безопасного сбора и утилизации.
- Вымойте и высушите руки.

**4. Наглядные материалы:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Алгоритм забора крови на лабораторное исследование?
- Показатели забора крови, противопоказания к взятию крови?

#### №4 лекция

**1. Тема:** Правила сбора мокроты на исследование. Сбор мокроты на общий клинический анализ. Сбор мокроты на бактериоскопическое исследование. Правила пользования личным плевком.

**2. Цель:** Обучить студентов правилам сбора мокроты на исследование, алгоритму сбора мокроты на общеклинический анализ, правилам сбора мокроты на бактериоскопическое исследование, правилам применения индивидуальной плевательницы. людей.

**3. Тезисы лекции:**

- Алгоритм сбора мокроты для исследования
- Алгоритм сбора мокроты на бактериоскопическое исследование
- Алгоритм использования персонального вертела

**Исследование мокроты**

**Мокрота**-патологическая накопительная жидкость (секрет), выделяющаяся из дыхательных путей. Лабораторное исследование мокроты занимает важное место в

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 11 стр. из 36

определении диагноза дыхательных путей и позволяет определить ход и характер патологического процесса.

### **Правила сбора мокроты на исследование**

Для безопасного поведения и работы по сбору мокроты и ее безопасного сбора мейрбеке должен быть специально и хорошо подготовлен, так как любая мокрота может быть зараженной или заразной, особенно микробактерии туберкулеза. Каждому пациенту необходимо разъяснить правила сбора мокроты на лабораторное исследование. Для сбора мокроты следует использовать стеклянную посуду светлого цвета, очистить ее и промыть пищевой содой (без мыла), не оставляя остатков жира, рот которой должен быть закрыт таким образом, чтобы не вытекала плотная жидкость. Этот контейнер должен иметь широкий горлышко и емкость 50 мл и более. Вместо коричневых стеклянных банок с размытым цветом, банки из светлого белого стекла более удобны, позволяя вам видеть внешний вид мокроты снаружи, не открывая рот банки из белого стекла.

### **Сбор мокроты для общего клинического анализа**

**Цель:** определение физико-химических свойств и клеточного состава мокроты.

**Показания к применению:** заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.

#### **Подготовить:**

- написать и приклеить одноразовый контейнер емкостью 50 мл, направление на внешнюю поверхность контейнера (раздел, № палаты, Ф. И. О. пациента, возраст, цель исследования, дата);
- Температура кипяченой воды в количестве 0,5-0,7 литра - 370С.
- Алгоритм действий:
- Проинструктируйте пациента о правилах сбора мокроты на исследование и получите его согласие.
- Мокрота берется рано утром (натощак) перед едой.
- Спросите пациента: чистить зубы перед сбором мокроты около 2 часов утром; периодически полоскать ротовую полость и глотку кипяченой водой перед сбором мокроты;
- стоя или сидя прямо;
- держать емкость в нижней губе для сбора мокроты; не касаясь ее-сделать несколько глубоких вдохов и выдохов, затем кашлять; собрать в емкость 3-5 мл мокроты;
- закройте банку с мокротой крышкой. Просмотрите собранную мокроту и отправьте ее в лабораторию в течение 2 часов после сбора.

### **Сбор мокроты на бактериологическое исследование**

**Цель:** диагностическая: выявление возбудителей болезней.

**Показания к применению:** туберкулез, заболевания дыхательных путей и другие инфекционные заболевания.

**Подготовьте:** специальный стеклянный стерильный контейнер емкостью 50 мл, диаметром не менее 35 мм, с прозрачной закрывающейся крышкой, металлический Бикс, емкость с кипяченой водой, салфетку, перчатки, маску, емкость с дезинфицирующим раствором, контейнер для безопасного сбора и утилизации.

#### **Алгоритм действий:**

- Мокрота собирается утром в день исследования.
- Пронумеруйте контейнер.
- Заполните направление в бактериологическую лабораторию.
- Чистите руки гигиенически. Наденьте перчатки и маску для лица.
- Установите доверительные отношения с пациентом и объясните ход и цель процедуры.
- Провести с пациентом инструктаж о правилах сбора мокроты на исследование.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 12 стр. из 36

- Предупредите пациента, чтобы мокрота при глубоком кашле, а не мокрота в мокроте, не касалась края контейнера руками или ртом.
- Спросите пациента:
- чистить зубы утром, перед тем, как смыть мокроту около 2 часов;
- полоскание ротовой полости и глотки кипяченой и охлажденной водой;
- стоя или сидя прямо;
- открытие крышки контейнера;
- закрыв рот тканью или полотенцем, сделайте 3 глубоких вдоха и 3 глубоких выдоха, сильно кашляя, выталкивая мокроту из глубоких частей легких в контейнер.;
- держать контейнер для сбора мокроты у нижней губы, не касаясь края контейнера.
- Закройте крышку контейнера, открутив ее.
- протрите внешнюю поверхность контейнера салфеткой, смоченной в дезинфицирующем растворе.
- Посмотрите на скопившуюся мокроту и поместите контейнер в железный Бикс.
- Доставить мокроту в бактериологическую лабораторию на 2 часа.
- Снимите маску, перчатки и поместите в контейнер.
- Вымойте и высушите руки.

#### **Правила использования персонального вертела**

**Цель:** обеспечение безопасности окружающей среды.

**Показания к применению:** заболевания органов дыхания, туберкулез легких, сбор мокроты на различные исследования.

**Подготовьте:** обеззараженный карманный вертел (коричневую стеклянную емкость с широкой отметкой горлышка с завинчивающейся крышкой), дезинфекцию.

#### **Алгоритм действий:**

- Поговорите с пациентом о правилах использования личной плевательницы.
- Дайте пациенту чистую сухую индивидуальную плевательницу для сбора мокроты.
- Заполните  $\frac{1}{4}$  плевка дезинфицирующим средством (для дезинфекции мокроты).
- Дайте пациенту срыгивание, объяснив необходимость наполнения мокроты до отметки  $\frac{3}{4}$  объема срыгивания.
- После выплевывания стерилизовать, наливая стерилизующий раствор поверх мокроты в плевательнице в течение 4 часов.
- Слейте мокроту из плевательницы в канализацию дезинфицирующим раствором.
- Промойте вертел под проточной водой и поместите его на определенное время в дезинфицирующее средство, используемое в медицинских учреждениях.
- Вымойте плевательницу под проточной водой, высушите ее и поместите в шкаф для хранения чистой плевательницы.

**4.Наглядные материалы:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

#### **6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Цель сбора мокроты в целом?
- Правила использования персонального вертела

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 13 стр. из 36	

**1.Тема:** Правила сбора мочи на исследование. Сбор мочи для общего клинического исследования. Сбор мочи по методу Нечипоренко. Сбор мочи по методу Зимницкого. Определение глюкозы в моче с помощью тест-полоски.

**2.Цель:** Научить студентов ухаживать за гериатрическими больными.

**3.Тезисы лекции:**

- Правила сбора мочи на исследование
- Правила сбора мочи по методикам Нечипоренко, Зимницкого
- Правила определения глюкозы в моче

**Сбор мочи для общего обследования.**

**Назначение:** оценка физического состава мочи, определение химического состава и микроскопическое исследование осадка мочи.

**Действия:**

- Заранее предупредить пациента о том, что утром необходимо собрать мочу для анализа, и ознакомить с целью;
- ознакомить пациента с порядком сбора мочи и получить согласие;
- научить пациента мыть половые органы и испражняться перед сбором мочи;
- обучить пациента методу сбора мочи для анализа;
- отправка первой порции мочи в унитаз (приемник мочи), считая «1,2», приостановка мочеиспускания;
- открытие крышки сосуда;
- сбор в подготовленную емкость не менее 100-150 мл мочи из средней части мочи (отправка оставшейся мочи в унитаз);
- закрытие крышки сосуда;
- доставка мочи вместе с направлением в лабораторию.
- привязка результатов анализов из лаборатории к истории болезни

**Сбор мочи методом Нечипоренко.**

**Назначение:** определение количества форменных элементов в Диагностической моче (эритроциты, лейкоциты, цилиндры).

**Показания:** по назначению врача .

**Разработайте:** одноразовую посуду с широким горлышком, чистую, сухую, стеклянную, с именем пациента, инициалом, целью исследования, датой, названием отделения, номером палаты и подписью медсестры.

**Алгоритм действий:**

- разъяснить пациенту порядок сбора мочи и получить согласие.
- мойте руки на гигиениальном уровне и надевайте перчатки.
- промывание наружных половых органов пациента в направлении, обращенном сверху вниз.
- первую порцию мочи следует отправить в приемник мочи и приостановить выделение мочи.
- соберите среднюю часть Несса в емкость, в которой вы приготовили 50 мл
- заполнение направления в лабораторию (отдел, № палаты, назначение, дата забора мочи, подпись медицинской сестры )
- отправка собранной мочи в лабораторию
- снимите перчатки, вымойте и высушите руки.

**Сбор мочи на конкурс по Зимницкому**

**Цель:** диагностические: исследование утолщения и разделения функций почек; определение суточного дневного и ночного диуреза.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 14 стр. из 36	

**Подготовьте:** 8 чистых, прозрачных стеклянных банок вместимостью 500 мл с широким горлышком (отделение, № палаты, цель исследования, № порции, Время сбора, месяц-день, подпись медицинской сестры).

**Алгоритм действий:**

- Проинструктировать больного о порядке сбора мочи для исследования:
- Перед проведением исследования прием диуретиков прекращают; больной ограничивает употребление жидкости до 1,5 л в сутки, чтобы не допустить увеличения диуреза и незначительного снижения относительной плотности мочи; При сборе мочи учитывают выпитую за сутки жидкость.
- В 6 часов утра больной должен опорожнить мочевого пузыря в унитаз.
- Собирайте мочу в индивидуально пронумерованные банки каждые 3 часа.

Порция №1 – с 6 до 9 часов

Порция №2 – с 9 до 12 часов

Порция №3 – с 12 до 15 часов

Порция №4 – с 15 до 18 часов

Порция №5 – с 18 до 21 часа

Порция №6 – с 21 до 24 часов

Порция №7 – с 0 до 3 часов

Порция №8 – от 3 до 6 часов

В период с 24 часов до 6 утра медсестра должна разбудить больного для сбора мочи.

На следующее утро отнесите в лабораторию все 8 порций сыворотки.

Проба Зимницкого — функциональная проба функции почек, основанная на определении количества и относительной плотности мочи через 3-часовые интервалы, 8 порций в сутки. Это обследование определяет острую функцию почек и широко используется в клинических условиях у людей, страдающих заболеваниями почек.

Путем сравнения размеров отдельной порции мочи и определения диапазона колебаний размера каждой отдельной порции мочи. Нормальная функция почек характеризуется:

- Суточный диурез составляет около 1,5 л.

60-80% сахара, употребленного за 1 день, выводится с мочой.

Дневной диурез значительно превышает ночной.

Удельный вес на акцию не должен быть ниже 1,020-1,025.

Количество мочи в ее индивидуальной пропорции и удельном весе существенно колеблется в течение суток.

**4.Наглядные материалы:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Какова клиническая картина болезни желчного пузыря?
- Какова диагностика или профилактика пиелонефрита?

## №6 лекция

**1.Тема:** Правила сбора кала на исследование. Забор кала на копрологическое исследование. Забор кала в скрытую кровь. Забор кала из прямой кишки на бактериологическое исследование.

**2.Цель:** Обучить студентов к правилам сбору анализа кала.

**3.Тезисы лекции:**

- Подготовка к сбору анализа кала
- Забор кала на копрологическое исследование

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 15 стр. из 36	

- Забор кала из прямой кишки на бактериологическое исследование.

**Анализ кала на паразитов** – эффективный способ выявления кишечных гельминтов и простейших, которые вызывают серьезные проблемы со здоровьем и сказываются на общем самочувствии человека.

#### **Симптомы:**

- Аллергические реакции
- Нарушение аппетита, тошнота
- Боли в животе
- Нарушение стула
- Зуд в области заднего прохода
- Скрежет зубами
- Хроническая усталость, нервозность
- Частые простудные заболевания
- Частые головные боли, нарушение сна
- Боли в суставах и мышцах и др.

#### **Способы заражения:**

- Несоблюдение личной гигиены (немытые руки, грязь под ногтями)
- Немытые/плохо промытые фрукты, ягоды, овощи, зелень
- Плохо прожаренное мясо (стейки, шашлыки), сырая рыба (суши)
- Загрязненная вода (бассейн, озеро, реки)
- Контакт с животными
- Песочницы и др.

### **ПРАВИЛА СБОРА АНАЛИЗА КАЛА НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ И ЦИСТЫ ПРОСТЕЙШИХ**

1. Прежде чем сдавать анализ кала на 20 видов паразитов, необходимо приобрести набор контейнеров с консервантом в одном из филиалов нашей лаборатории либо в аптеке\*
2. Акт дефекации должен быть самопроизвольным
3. Кал не должен содержать примесь воды, мочи, дезинфицирующих средств и менструальных выделений
4. Собирать кал необходимо:
  1. в пластиковый контейнер с консервантом для сохранения первоначальных свойств биоматериала
  2. трехкратно в течение трех дней при ежедневном стуле; при склонности к запорам интервал времени допускается увеличить до 7 дней
  3. из 3-5 разных участков шпателем, прикрепленным в пластиковый контейнер
5. Заполнить на 2/3 емкости контейнера:
  1. первая порция биоматериала наполняется до отметки 10 мл после чего встряхивается вместе с жидкостью
  2. вторая порция наполняется до отметки 15 мл и также встряхивается
  3. третья порция, НЕ встряхивая, наполняется до отметки 20 мл. Дополнительно необходимо собрать порцию кала в контейнер без консерванта, и оба контейнера доставить в лабораторию в ТОТ же день.
6. Хранить биоматериал рекомендуется в прохладном месте от +2 до +8°C

\*Срок хранения консерванта составляет 4 недели в прохладном месте от +2 до +8 °С.

\*\*Срок хранения консерванта в прохладном месте после вскрытия – 7 дней.

\*\*\*Список аптек можно найти в актуальных сторис в Инстаграме.

### **ПОДГОТОВКА К СБОРУ АНАЛИЗА КАЛА**

НЕЛЬЗЯ направлять биоматериал для исследования:

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 16 стр. из 36	

1. после клизмы, приема препаратов, влияющих на пищеварение, после введения свечей, приема железа, висмута, сернокислого бария, приема касторового или вазелинового масла
2. раньше, чем через два дня после рентгенологических исследований и процедуры колоноскопии

**4. Наглядные материалы:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Какова диагностика хронического пиелонефрита?
- В чем особенность клинической картины хронического пиелонефрита и хронического гломерулонефрита?

### №7 лекция

**1. Тема:** Методы подготовки больного к инструментальному исследованию. Подготовка больного к методу ирригоскопии.

**2. Цель:** Познакомить студентов с алгоритмами ирригоскопии.

**3. Тезисы лекции:**

- Подготовка пациента к ирригоскопии
- Противопоказания к ирригоскопии.

Проведение ирригоскопии, и подготовка к ней

Все большую популярность в современной медицине приобретает такая процедура, как ирригоскопия. Это исследование помогает выявить большое количество проблем, связанных с кишечником. Ирригоскопия – рентгенологический метод диагностики, который позволяет оценить не только структуру желудочно-кишечного тракта, но и все нюансы его функционирования.

- Примечание: Перед обследованием следует на 2-3 дня поменять свой рацион, исключив из него продукты, провоцирующие газообразование, обильный стул и вздутие кишечника. Записываем на шаг – 60 мин., время записи пациентов с 8.00 до 12.00. Ирригоскопия – это рентген толстого кишечника. Само исследование проводится 60 мин., заключение будет подготавливаться от 40 мин. до 60 мин. Возраст пациента только с 18 лет. Вес пациента допускается до 160 кг. Если вес, например, 130 кг, то тогда рост пациента должен быть не менее 170 см, иначе исследование может не получиться. Диета перед ирригоскопией должна исключать:
    - Свежие овощи и фрукты (бобовые, капуста, яблоки, персики, свекла, бананы)
    - Ржаной хлеб
    - Овсяную, пшеничную и перловую каши
    - Зелень
    - Черный кофе
    - Колбасные изделия
    - Наваристые бульоны
    - Жирное мясо и рыб
    - Пищу желательно готовить на пару или отваривать. За день выпивать не менее двух литров чистой воды. Что можно есть:
      - Рисовую и манную каши
      - Диетические сорта рыбы и мяса
      - Пшеничные сухарики
      - Овощные бульоны
      - Травяной и зеленый чай
      - Кисломолочные продукты
- накануне обследования следует отказаться от ужина, при этом днем обед должен быть легким, но питательным. В день исследования утром от еды также стоит отказаться. Очистительные процедуры Одних изменений в рационе недостаточно для полного очищения кишечника, поэтому кишечник рекомендуется очистить с помощью очистительных клизм или слабительных 1 способ подготовки (клизмами с помощью кружки Эсмарха) Очищение клизмой проводится с вечера перед обследованием и с утра в день процедуры. Вечером ввести в кишечник 1-1,5 литра воды комнатной температуры. Через час повторить процедуру с тем же количеством воды. Если очищение проведено правильно, то вода из кишечника будет чистой. С утра проводят 1-2 манипуляции с клизмой. (1-1,5 литра воды

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 17 стр. из 36	

комнатной температуры) – также до прозрачности воды. 2 способ (с помощью слабительного средства «Фортранс»)

• **ОЗВУЧИВАЕМ ЭТУ ПОДГОТОВКУ, ЕСЛИ ПАЦИЕНТУ НАЗНАЧИЛ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ИЛИ ПАЦИЕНТ НАСТАИВАЕТ НА ЭТОЙ ПОДГОТОВКИ.** Внимание: Если пациент купил вместо сиропа эспумизан – капсулы, то пациенту за день до исследования необходимо три раза в день после приема пищи выпивать по две капсулы, и в день исследования выпить две капсулы, не запивая водой. 1 этап приема «Фортранса». За день до исследования: 18:00 – 19:00 принять 1 л. «Фортранса» (по 1 стакану каждые 15 минут), 19:00 - 20:00 принять 1 л. «Фортранса» (по 1 стакану каждые 15 мин.), 21:00 принять «Эспумизан» сироп 3 дозы (ложки). 2 этап приема «Фортранс». В день исследования: 5:30 - 6:30 принять 1 л. «Фортранса» (по 1 стакану каждые 15 мин.). 6:30-7:30 принять 1 л. «Фортранса» (по 1 стакану каждые 15 мин.) 7:30 принять «Эспумизан» сироп 3 дозы (ложки). За 15 мин. до процедуры (10:45) принять спазмолитик («Дротоверин» 2 таблетки), затем «Эспумизан» сироп 3 дозы (ложки). Через 1-3 часа после начала приема раствора «Фортранс» должен появиться частый обильный стул, который будет способствовать очищению кишечника. Во время приема «Фортранса» необходимо двигаться. Выполнять легкую гимнастику, наклоны. Важно: прием последней порции «Фортранса» необходимо закончить за 4 часа до начала исследования. Также утром необходимо сделать клизму (1,5 литра чистой воды комнатной температуры).

**4. Наглядные материалы:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Противопоказания к иррогоскопии?
- Показания для иррогоскопии?

## № 8 лекция

**1. Тема:** Подготовка больного ФГДС.

**2. Цель:** Обучение студентов к проведению фиброгастроуденоскопии.

**3. Тезисы лекции:**

- Показание к ФГДС
- Противопоказания к ФГДС

ФГДС - эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью фиброволоконной оптики (зонд, гастроскоп, эндоскоп). Этот метод диагностики является очень точным и эффективным, позволяет не только увидеть органы изнутри, но и дает возможность взять образец ткани.

Многие очень боятся данной процедуры. Но на самом деле все не настолько страшно, если правильно подготовиться к ФГДС.

**Как проходит процедура ФГДС?**

- Пациент ложится на левый бок, согнув ноги в коленях.
- Врач аккуратно вводит трубку для произведения диагностики.
- Во время процедуры нужно глубоко дышать (трубка не должна препятствовать дыханию) и стараться не проглатывать слюну.

В особых случаях ФГДС могут проводить под наркозом (во сне), тогда все неприятные и болезненные ощущения исключены (но есть противопоказания).

Обследование ФГДС может длиться примерно от 5 до 30 минут.

**Что показывает ФГДС желудка**

OŃTŪSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ( )	
Лекционный комплекс	18 стр. из 36	

Гастроскопия позволяет получить максимально точную информацию о состоянии органов и тканей, наличии эрозий и различных образований. С помощью ФГДС можно выявить следующие проблемы:

- язву желудка и двенадцатиперстной кишки;
- доброкачественные и злокачественные новообразования;
- желудочно-кишечные кровотечения;
- гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь;
- гастриты и дуодениты;
- эзофагиты.

Какие симптомы могут указывать на то, что следует записаться к гастроэнтерологу и, возможно, сделать ФГДС:

- рвота и чувство тошноты;
- нарушение глотания;
- пониженный аппетит;
- вздутие живота;
- хронический кашель;
- болезненные ощущения в эпигастрии;
- ощущение тяжести в желудке после еды;
- изжога;
- отрыжка;
- потеря веса без причин.

### **Подготовка к ФГДС**

Правильная подготовка к ФГДС желудка включает в себя соблюдение диеты, голодание перед самой процедурой, а также моральную подготовку. Обо всем по порядку:

#### **Диета для подготовки к ФГДС**

За два дня до диагностики рекомендуется ограничить себя в тяжелой и вызывающей повышенное газообразование еде. Следует исключить из рациона:

- алкогольные напитки;
- шоколад;
- острую еду;
- орехи;
- жирное мясо;
- бобовые; (чечевица, горох и т.д.)
- грибы;
- фастфуд;
- копчености;
- и т.д.

От тяжелой еды желудок может просто не успеть очиститься, что ухудшит результаты исследования (вряд ли вы захотите проходить процедуру заново еще раз).

#### **Что можно кушать при подготовке к ФГДС желудка?**

Нужно употреблять в пищу еду, которая легко усваивается, например:

- вареную куриную грудку;
- нежирная рыба;
- гречка или рис;
- легкие супы;
- яйца;
- кисломолочные продукты (нежирные);
- овощи после термической обработки.

**За сколько часов до ФГДС нельзя есть?**

Последний прием пищи должен быть за 10-12 часов до диагностики, поэтому при подготовке к ФГДС желудка в первой половине дня (а обычно прием назначают утром) лучше ужинать примерно за 3-4 часа до сна.

При подготовке к ФГДС во второй половине дня нужно по-прежнему сохранять интервал в 10-12 часов, поэтому рассчитывайте время последнего приема пищи самостоятельно (возможно это будет ранним утром).

**Можно ли пить воду перед ФГДС?**

Пить воду можно вплоть до двух часов до процедуры. Следует исключить крепкий чай, кофе, газированные напитки.

**Через сколько после ФГДС можно есть?**

Кушать можно спустя два часа. Рекомендуем принимать легкую пищу в день обследования.

**Что еще нельзя делать перед ФГДС:**

- курить;
- принимать лекарства;
- жевать жвачку;
- чистить зубы (внутри может попасть паста и вызвать раздражение);
- не стоит проходить ФГДС при недомогании (насморк, температура - лучше подождать выздоровления);
- нельзя делать ФГДС при ларингите, фарингите, трахеите (мешает отек слизистой, она становится чувствительной к механическому воздействию эндоскопа).

Также нужно предупредить врача при наличии хронических патологий, аллергии на медицинские препараты и трудностях с носовым дыханием.

**Подготовка к ФГДС под наркозом:**

Обследование проходит под наркозом, если на то есть медицинские показания. Правила подготовки к ФГДС те же самые, к ним добавляется сдача анализов крови и отказ от железосодержащих и нестероидных противовоспалительных препаратов.

**Можно ли беременным делать ФГДС:**

Гастроскопия безопасна для беременных в том числе, противопоказаний нет. Единственное что может вызвать процедура — это небольшой стресс.



**Как часто можно делать ФГДС?**

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 20 стр. из 36

Обследование не несет никакого вреда здоровью, поэтому проводить его можно столько, сколько скажет лечащий врач. При гастрите или других патологиях возможно необходимость в гастроскопии увеличится до 3 раза в год (раз в 4-6 месяцев) для отслеживания динамики заболевания.

**4.Наглядные материалы:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Как психологически подготовиться к ФГДС?
- Продукты, использованные во время исследования

## № 9 лекция

**1.Тема:** Подготовка больного к колоноскопии и ректороманоскопии.

**2. Цель:** Предоставить студентам подробную информацию о колоноскопии и ректороманоскопии.

**3.Тезисы лекции:**

- Подготовка к колоноскопии
- Основные показания к ректоманоскопии

### **Колоноскопия**

Известно, что для диагностики патологии толстой и прямой кишки необходима такая сложная процедура, как колоноскопия. Процедура заключается во введении зонда (колоноскопа) в заднее отверстие. Зонд прикреплен к гибкой трубке и представляет собой небольшую видеокамеру, позволяющую врачу осмотреть всю слизистую кишечника. Длина аппарата до 1,45 м, что позволяет осмотреть слепую, сигмовидную, края и прямую кишку. Колоноскопия не влияет на тонкую кишку. При необходимости с помощью колоноскопии можно удалить полипы или другие виды опухолей или взять образцы тканей для анализа (биопсии).

**• Почему необходима колоноскопия?**

• Колоноскопия показана пациенту при хронической боли в животе, ректальном кровотечении, хроническом запоре, диарее и других кишечных проблемах. Вы также можете пройти колоноскопию для выявления рака толстой кишки. Если пациент старше 50 лет и в семейном анамнезе нет рака толстой кишки, врач может рекомендовать колоноскопию каждые 7-10 лет. Если больной склонен к образованию полипов в стенках толстой кишки, через определенные промежутки времени следует проводить колоноскопию для обнаружения и удаления полипов, появляющихся при осмотре стенок. Данная манипуляция делается для снижения риска рака прямой кишки.

**• Подготовка к колоноскопии.**

Колоноскопия — менее травматичная медицинская процедура, которую большинство людей проходят под наркозом. Само исследование занимает не более часа, а восстановление – несколько часов. Самое сложное для пациентов – подготовка к исследованию. Если процедура прошла успешно и патологии не обнаружено, в ближайшие 7-10 лет необходимости в обследовании может не быть.

Известно, что перед колоноскопией необходимо предварительно очистить кишечник, чтобы кишечник был пустым и максимально чистым (по возможности) – в противном случае пищевые отходы и кал могут затруднить осмотр врача. Обычно, когда врач назначает диагностическую процедуру, он рассказывает пациенту, как к ней подготовиться, что есть, какие препараты использовать и каких реакций организма ожидать во время

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 21 стр. из 36	

подготовки. Способ подготовки к колоноскопии подбирается индивидуально для каждого пациента.

Ректороманоскопию проводит врач, ассистентом выступает медсестра.

Алгоритм действий:

1. Разъяснить больному цель, ход и безвредность лечения.
2. Сообщите пациенту, что обследование будет проводиться утром натощак.
3. Поставить больному очистительную клизму в 6 часов утра (большая кружка) и за 2 часа до исследования (маленькая кружка). Перед исследованием пациент должен находиться в вертикальном положении.
4. Перед тщательным обследованием попросите больного опорожнить мочевой пузырь.
5. Доставить больного в манипулятивный (ректороманоскопический) кабинет.
6. Доставить больного в палату, обеспечить наблюдательность и спокойствие.

Предупреждение:

- ректоскоп вводят в прямую кишку на расстояние 25-30 см;
- после подавления острого воспалительного процесса в кишечнике проводят ректороманоскопию;
- при запоре вечером перед дополнительным обследованием ставят очистительную клизму;
- между подготовкой и исследованием кишечника больного должен быть перерыв в 2 часа, поскольку очистительная клизма на некоторое время изменяет естественную форму слизистой оболочки.

**Ректороманоскопия (RRS)** – способ диагностики, при котором выполняется визуальный осмотр слизистой оболочки кишечника. Обследование осуществляется при помощи ректороманоскопа – прибора в виде трубки с осветителем и нагнетателем воздуха.

#### **Показания**

Эндоскопическое обследование показано для диагностики заболеваний кишечника и своевременного их лечения. К нему следует прибегать в следующих случаях:

- при подозрении на онкологическое заболевание;
- при кровотечениях, выделении слизи или гноя из кишечника;
- при нарушении стула;
- при хронических воспалениях прямой кишки, геморрое и других патологиях;
- при подозрении на развитие опухоли предстательной железы (у мужчин) или опухоли органов малого таза (у женщин);
- перед дальнейшими процедурами обследования кишечника (ирригоскопией, колоноскопией).

Ректороманоскопия позволяет выполнить осмотр слизистой оболочки кишечника на расстоянии 15-30 см от ануса, диагностировать патологии, сделать забор ткани и выполнить несложные операции. Аппаратное исследование также может выступать в качестве подготовительной процедуры перед другими медицинскими манипуляциями.

#### **Возможные риски**

Эндоскопическое обследование – абсолютно безопасный метод диагностики. Однако существуют некоторые противопоказания. Если у Вас диагностированы острые воспалительные процессы в области заднего прохода, лучше сделать РРС после стабилизации состояния. При остром парапроктите, глубоких трещинах, остром геморрое с тромбозом узлов не стоит прибегать к эндоскопическому обследованию прямой кишки.

Прямым противопоказанием к процедуре является тяжелое состояние пациента (выраженная сердечно-сосудистая недостаточность, нарушения мозгового кровообращения, тяжелая степень дыхательной недостаточности). То есть случаи, когда риск нанесения ущерба здоровью превышает целесообразность проведения аппаратного осмотра.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 22 стр. из 36	

### **Полезьа**

Исследование проводится с профилактической, диагностической и лечебной целями. Чтобы вовремя выявить опухоль, полипы или другие образования, не допустить их развития, людям старше 40 лет рекомендуется 1 раз в год проходить обследование.

Если пациенту предстоит рентгенологическая томография толстой кишки, также предварительно рекомендуется сделать RRS. Многие незначительные, но серьезные изменения в кишечнике диагностируются исключительно эндоскопически.

### **Подготовка к ректороманоскопии**

Перед проведением процедуры необходимо выполнить очистку кишечника. Также рекомендуется за 24-48 часов до обследования соблюдать диету (не употреблять фрукты, овощи и грубую пищу). Часто процедуру проводят только натощак. Для предварительной очистки кишечника выполняются клизмы (вечером накануне и утром в день обследования) или микроклизмы со слабительным эффектом (за 30-40 мин. до процедуры). Также могут применяться слабительные медикаменты.

### **Этапы**

При проведении манипуляции пациент занимает коленно-локтевую позу или ложится на левый бок. Тубус обильно смазывается вазелином и вводится в прямую кишку на глубину 4-5 см. Для расправления складок слизистой в ректороманоскоп нагнетается воздух. При грамотном и внимательном поведении врача удается сделать RRS абсолютно безболезненно и нетравматично для пациента.

**4. Наглядные материалы:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Что такое ректороманоскопия?
- Что такое колоноскопия?

## **№10 лекция**

**1. Тема:** Подготовка пациента к методу цистоскопии.

**2. Цель:** Обучение студентов к проведению, алгоритмам противопоказаниям цистоскопии

**3. Тезисы лекций:**

- Показание к цистоскопии
- Противопоказания к проведению цистоскопии.

Уретроцистоскопия, или цистоуретроскопия, – эндоскопическое исследование, то есть визуальный осмотр стенок уретры, мочевого пузыря и выходов мочеточников с помощью оптики с целью выявления патологии. Является диагностической процедурой, однако дает возможность для прицельного забора биоматериала (одновременное проведение биопсии) при обнаружении патологических очагов и введения лекарств.

Исследование позволяет не только провести осмотр полости мочевого пузыря, но и оценить функции каждой почки в отдельности по характеру отделяемого из правого и левого устья мочеточника, так как они открываются в мочевой пузырь и хорошо визуализируются при процедуре. Может быть использован как вспомогательный метод для диагностики аденомы простаты – медицинские показания для цистоскопии достаточно широки.

Когда проводится?

Процедура может быть назначена в любом возрасте и является основным методом диагностики при многих заболеваниях мочеполовой системы, когда более безопасные методы исследований (ультразвуковое, лучевое, магнитно-резонансное) не дают необходимых сведений. При обнаружении камней они могут быть удалены с помощью

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 23 стр. из 36	

специальных щипцов или электрорезекцией, а новообразования отправляются на гистологическое исследование.

При наличии язвенных поражений слизистой может быть сделана электрокоагуляция (прижигание) поврежденных участков.

При опухолях и воспалительных заболеваниях простаты цистоскопия у мужчин поможет определить степень и характер вовлеченности мочевого пузыря и уретры в патологический процесс.

Показания:

- Циститы и уретриты: боль, жжение и рези при мочеиспускании, боли в области пояснично-крестцового отдела позвоночника, частые позывы в туалет при малых порциях выделяемой мочи
- Опухоли мочевого пузыря: симптоматика схожа с циститом, однако при исследовании мазка из уретры или мочи были обнаружены атипичные клетки
- Простатиты, аденома простаты: частые позывы к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, недержание/задержка мочи, никтурия (частые ночные позывы в туалет)
- Половые расстройства у мужчин (мужское бесплодие): для оценки состояния семенного бугорка
- Подозрение на мочекаменную болезнь с локализацией камней в мочевом пузыре: боли и рези внизу живота, затрудненное болезненное мочеиспускание маленькими порциями, ощущение недостаточного опорожнения пузыря, помутнение мочи до белесого оттенка, появление в моче кристаллов солей (кристаллурия)
- Энурез – ночное недержание мочи (мочеиспускание происходит во сне) при отсутствии психических и неврологических патологий
- Пиурия – выделение гноя с мочой (появление в жидкости инородных светлых сгустков, помутнение)
- Гематурия – примеси крови в моче (изменение цвета и прозрачности жидкости, появление кровянистых сгустков) при отсутствии травм
- Аномалии развития мочеполовой системы или подозрения на них – для оценки объема и формы резервуара и мочевыводящих путей
- Оценка эффективности лечения

Противопоказания

Противопоказания означают, что цистоскопия в этих случаях показана лишь при неинформативности других методов.

- Острые воспалительные процессы в мочевом пузыре (острый цистит), уретре (острый уретрит), простате (острый простатит), яичках (острый орхит) – у мужчин, в матке и придатках – у женщин, в период лихорадки
- Кровотечения из уретры неясной этиологии
- Травмы уретры и мочевого пузыря
- Нарушения в системе гемостаза (гемофилия)

Лечебные манипуляции при цистоскопии

Несмотря на то, что цистоскопия является диагностической процедурой, с ее помощью, как и с помощью почти всех эндоскопических исследований, можно производить некоторые терапевтические манипуляции:

- Дробление и выведение небольших конкрементов
- Удаление полипов, малых опухолей с их дальнейшим исследованием с одновременной коагуляцией раневых поверхностей
- Коагуляция эрозий и язв уретры, мочевого пузыря

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 24 стр. из 36	

- Удаление сгустков или инородных тел и восстановление проходимости мочевыводящих путей при obturации кровью, гноем или небольшими конкрементами
- Введение лекарственных растворов, промывание пузыря и уретры (промывные воды также собираются на исследование)

Как подготовиться?

**Цистоскопия под наркозом** требует заблаговременного (за 10-12 часов) отказа от пищи и приема жидкостей (за 3-4 часа), после процедуры потребуется время, чтобы прийти в себя, поэтому не рекомендуется пользоваться личным транспортом и заниматься потенциально опасной деятельностью, требующей концентрации внимания.

**Цистоскопия без наркоза** не предполагает никакой особой подготовки: достаточно прибыть натощак, совершив туалет половых органов перед выходом из дома. Перед процедурой следует опорожнить мочевой пузырь.

Выбор типа анестезии будет зависеть от показаний: цистоскопия под наркозом либо «во сне» показана легковозбудимым или психически неуравновешенным пациентам. Наркоз может быть, как общим, так и спинальным (чувствительность теряет только нижняя половина тела, от поясницы, сознание сохраняется).

Так как строение мужской уретры несколько сложнее (она может быть в 6 раз длиннее женской), для проведения цистоскопии у мужчин чаще рекомендуют спинальное или общее обезболивание, чтобы устранить болевые ощущения. Также наркоз может быть рекомендован, если предполагается длительное обследование, удаление множественных новообразований, если пузырь испытуемого имеет маленькую (150 мл и менее) емкость.

Как проходит процедура?

- Перед началом диагностики обследуемому выдается стерильный халат, его просят раздеться и лечь на кушетку на спину, согнув ноги в коленях, объясняют, как будет проходить исследование и какие ощущения при этом возникнут
- Наружные половые органы обрабатываются антисептическими растворами, эндоскоп смазывается глицерином для улучшения скольжения. Мужчинам вводят анестетик в уретру с помощью шприца с резиновой трубкой и зажимом удерживают до начала обезболивающего действия (около 10 минут)

Техника процедуры будет различаться в зависимости от типа инструмента. Выделяют жесткую и гибкую эндоскопию.

- **Жесткая эндоскопия** мочевого пузыря проводится с помощью жесткого эндоскопа на длинной (30 см) металлической трубке. Такой эндоскоп хорошо расправляет ткани, упрощая осмотр, однако является более травматичным и доставляет больше дискомфорта обследуемому, особенно мужчинам. Жесткий эндоскоп не применяется при наличии крупных опухолей органов малого таза, беременности. При жесткой цистоскопии в уретру вводится туба эндоскопа и к пузырю подается жидкость, которая одновременно промывает его и расправляет складки слизистой, улучшая визуализацию. Для подведения и отвода жидкости к тубе эндоскопа подключают двухходовой кран, так как при наличии в полости гноя или крови, замутняющих среду, орган перед осмотром необходимо очистить.

- **Гибкая эндоскопия** использует гибкий эндоскоп – подвижную тонкую трубку из полимерного материала с оптикой и лампой на конце. Прибор повторяет изгибы тела и потому может легко проникать в труднодоступные места, что делает осмотр достаточно информативным. Такой метод позволяет минимизировать травматизм и свести на нет болевые ощущения при процедуре.

**Цистоскопия мочевого пузыря у женщин.** Как правило, цистоскопия у женщин не вызывает затруднений и не требует общей анестезии, так как женская уретра прямая и короткая (до 5 см). Для обезболивания используется местный анестетик, нанесенный на тубу эндоскопа. Трудности возникают при наличии крупных опухолей матки или

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 25 стр. из 36	

на поздних сроках беременности, когда матка сдавливает пузырь и меняет его конфигурацию. В этом случае показано применение гибкой эндоскопии. Осмотр во время беременности выполняется только по жизненным показаниям, так как любые вмешательства на органах малого таза могут спровоцировать самопроизвольный аборт.

**Цистоскопия мочевого пузыря у мужчин.** Уретра мужчины составляет в длину от 17 до 22 см, поэтому осмотр требует особой осторожности и опыта от эндоскописта, особенно на этапе введения инструмента. Во время процедуры в операционной должен постоянно находиться анестезиолог, который сможет обезболить пациента при возникновении у того сильных болей в процессе исследования.

Детям цистоскопия мочевого пузыря проводится только гибким детским эндоскопом, который значительно тоньше взрослого, и только опытным диагностом педиатрического профиля.

Последствия процедуры

После прекращения действия анестетика пациенты, как правило, испытывают небольшой дискомфорт и жжение в мочевыводящих путях, усиливающиеся при мочеиспускании (особенно после цистоскопии у мужчин), частые позывы в туалет. После применения жесткого эндоскопа возможно выделение светло-розовой слизи. Чтобы снизить болевые ощущения, рекомендуется увеличить количество потребляемой жидкости (что, в свою очередь, снизит концентрацию мочи), применить однократно обезболивающее средство.

Если симптомы не проходят в течение трех дней или к ним присоединяются выделения свежей крови, озноб, лихорадка, необходимо немедленно вернуться в клинику или вызвать врача.

Преимущества проведения процедуры в МЕДСИ:

- При высокой репутации докторов клиники цена цистоскопии находится на уровне средней стоимости услуги в частных клиниках Москвы
- Территориальная доступность
- Возможность провести обследование и получить консультацию специалиста до и после процедуры в том же филиале
- Профилактика и контроль осложнений, госпитализация в стационар клиники по желанию или по показаниям
- Опытные диагносты с большим стажем, наличие специалистов педиатрического профиля
- Тактичный персонал, техничное и вежливое обслуживание

**4. Наглядный материал:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Что такое цистоскопия?
- Противопоказания к цистоскопии?

## №11 лекция

**1. Тема:** Правила подготовки пациента к УЗИ.

**2. Цель:** Обучение студентов к правилам подготовки пациента к УЗИ

**3. Тезисы лекций:**

- Общее понятие УЗИ
- Показания к УЗИ
- Противопоказания к УЗИ

Ультразвуковые методы исследования

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 26 стр. из 36	

Ультразвуковой метод исследования в настоящее время является одним из самых популярных методов исследования у пациентов и наиболее часто используемым методом доказательной медицины среди врачей клинических специальностей. Благодаря совершенствованию технического прогресса в создании ультразвуковых программ, чувствительность и специфичность метода в диагностике некоторых патологических процессов достигает 100 % достоверности. Популяризация метода стала возможной из-за относительной безвредности метода для пациента, достаточной комфортности при проведении диагностической процедуры, а так же высокой достоверности в выявлении определенных патологических процессов в организме.

Методологическая особенность проведения ультразвукового исследования дает возможность использовать его как метод диагностики:

Ø при проведении скрининговых исследований, когда обследование проводится при отсутствии каких либо жалоб со стороны пациентов

Ø при оказании неотложной помощи населению, когда возникающие патологические состояния угрожают его жизни

Ø при оказании плановой лечебно-диагностической помощи пациентам, когда у него имеются клинические проявления какого-либо заболевания

Ультразвуковой метод не всегда является основным, но при использовании с другими методами инструментальной диагностики может быть использован как равноправный критерий для диагностики патологического состояния, являясь дополняющим методом.

Достоверность ультразвукового метода всегда повышается, если поставлена правильная цель исследования и пациент адекватно подготовлен к проведению того или иного вида исследования.

#### ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ:

Ультразвуковое исследование относится к лучевым методам исследования. В основе УЗ — метода лежит взаимодействие ультразвука с тканями человека, которое складывается из двух составляющих: первая — излучение ультразвуковых импульсов, направленное в исследуемые ткани, вторая — формирование изображения на основе отраженных тканями сигналов.

Продолжительность ультразвукового исследования регламентируется нормативными документами, поскольку воздействие облучения на пациента зависит непосредственно от времени УЗ — исследования. Благодаря адекватной подготовке пациента можно быстро получить качественное изображение на приборе и быстрее закончить сеанс ультразвуковой диагностики.

Во время исследования используется специальный ультразвуковой гель, имеющий санитарно-эпидемиологический сертификат.

В целях исключения риска передачи заболевания при проведении внутрисполостных процедур для датчика используются специальные одноразовые стерильные оболочки.

После проведения исследования персонал выполняет все соответствующие процедуры очистки и дезинфекции.

#### ХАРАКТЕРИСТИКА УЗ-МЕТОДОВ И СТАНДАРТ ПОДГОТОВКИ

При проведении любого ультразвукового исследования пациент должен иметь направление на исследование от клинического доктора с указанием цели исследования, диагноза и области исследования.

УЗИ абдоминальное (ОБП — органов брюшной полости) — исследование паренхиматозных органов брюшной полости. Исследуется печень, поджелудочная железа и селезенка, в протокол исследования входит исследование желчного пузыря и желчных протоков. Почки анатомически расположены в забрюшинном пространстве, но обычно их исследуют вместе с вышеназванными органами брюшной полости.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 27 стр. из 36	

Подготовка к плановому или скрининговому исследованию (при проведении профилактических осмотров, диспансеризации):

1. За 1-3 дня до исследования:

Ø исключить из рациона питания жирную пищу, продукты, вызывающие повышенное газообразование (молоко, черный хлеб и пр.) или содержащие грубую клетчатку (сырые овощи, фрукты, соки);

Ø Принимать эспумизан по 2 капсулы 3 раза в сутки за день до исследования, 2 капсулы утром в день исследования (официальные рекомендации ассоциации 24.11.2004 года)

1. УЗИ проводится строго натощак, в первой половине дня: пациент не должен пить воду, принимать пищу.

2. При проведении УЗИ во второй половине дня прием пищи прекращается за 4 часа до УЗИ-исследования. Утром не принимать жирную пищу, а также продукты, вызывающие повышенное газообразование (молоко, черный хлеб и пр.) или содержащие грубую клетчатку (сырые овощи, фрукты, соки).

3. УЗИ органов брюшной полости не проводится непосредственно после проведения гастроскопии и колоноскопии.

4. После выполнения рентгеновского исследования желудка или кишечника с барием УЗИ проводится спустя три дня.

УЗИ почек – исследование правой и левой почки, паранефрального пространства и надпочечников.

1. За 1-3 дня до исследования:

Ø исключить из рациона питания жирную пищу, продукты, вызывающие повышенное газообразование (молоко, черный хлеб и пр.) или содержащие грубую клетчатку (сырые овощи, фрукты, соки);

Ø принимать эспумизан по 2 капсулы 3 раза в сутки за день до исследования, 2 капсулы утром в день исследования (официальные рекомендации ассоциации 24.11.2004 года)

1. УЗИ проводится строго натощак, в первой половине дня: пациент не должен пить воду, принимать пищу.

2. При проведении УЗИ во второй половине дня прием пищи прекращается за 4 часа до УЗИ-исследования. Утром не принимать жирную пищу, а также продукты, вызывающие повышенное газообразование (молоко, черный хлеб и пр.) или содержащие грубую клетчатку (сырые овощи, фрукты, соки).

УЗИ органов малого таза у женщин – исследование матки, яичников, маточных труб, параметрального и параовариального пространства.

Время проведения УЗИ органов малого таза определяется непосредственно лечащим врачом. Зависит это от преследуемых целей. В стандартных случаях обследование проводится в период между пятым и седьмым днем менструального цикла. Для оценки правильного созревания фолликула специалист может рекомендовать прохождение УЗИ органов малого таза несколько раз на протяжении менструального цикла. При аномальном маточном кровотечении исследование проводится вне зависимости от дня менструального цикла, желателен день обращения за медицинской помощью к гинекологу. Женщинам менопаузального периода время проведения УЗИ определяется врачом гинекологом.

Существует два способа проведения органов малого таза у женщин:

Ø Трансабдоминальное – через переднюю брюшную стенку

Ø Трансвагинальное – через стенки влагалища

Для трансабдоминального исследования за два часа до обследования необходимо выпить литр негазированной воды и не мочиться, адекватным наполнением мочевого пузыря является объем не менее 350-450 мл. Наполнение катетером мочевого пузыря для проведения трансабдоминального исследования не допустимо, так как при таком способе

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 28 стр. из 36	

наполнения мочевого пузырь приобретает форму эллипса, что не дает возможность визуализировать яичники и параметральное пространство, достоверность и объем получаемой информации очень низкий.

Для транвагинального исследования в мочевом пузыре не должно содержаться жидкости. Потому перед обследованием необходимо провести гигиенические процедуры промежности и опорожнить мочевой пузырь.

Для улучшения визуализации тучным пациенткам рекомендуется накануне исследования принимать эспумизан по 2 капсулы 3 раза в сутки за день до исследования, 2 капсулы утром в день исследования (официальные рекомендации ассоциации 24.11.2004 года)

После выполнения рентгеновского исследования желудка или кишечника с барием ТВИ проводится спустя три дня.

УЗИ органов малого таза у мужчин – исследование предстательной железы, семенных пузырьков, мочевого пузыря, определяется объем остаточной мочи после опорожнения мочевого пузыря. При необходимости проводится УЗИ почек.

Существует два способа проведения органов малого таза у мужчин:

Ø Трансабдоминальное – через переднюю брюшную стенку

Ø Трансректальное (ТРУЗИ) – через стенку прямой кишки

1. Для трансабдоминального исследования за два часа до обследования необходимо выпить литр негазированной воды и не мочиться, адекватным наполнением мочевого пузыря является объем не менее 300-400 мл

2. Для трансректального исследования ( ТРУЗИ) – необходимо очистить прямую кишку от каловых масс:

Ø За 8-12 часов до исследования проводится очистительная клизма или вечером перед УЗ-исследованием выпивается препарат «Фортранс»- аналогично подготовки к исследованию кишечника

Ø За 3-4 часа до исследования не мочиться

Ø необходимо провести гигиенические процедуры промежности

Проведение очистительной клизмы в день исследования не допускается, так как информативность метода резко снижается и исследование не несет диагностической ценности.

После выполнения рентгеновского исследования желудка или кишечника с барием ТРУЗИ проводится спустя три дня.

УЗИ щитовидной железы — исследуется правая и левая доля щитовидной железы, перешеек, регионарные лимфатические узлы – подготовка к исследованию не требуется, исследование проводится в любое время.

УЗИ молочных желез – исследуется правая и левая молочная железа, регионарные лимфатические зоны оттока

Исследование проводится в любом возрасте

У пациенток до 40 лет с менструальным циклом исследование проводится на 3-5 день от начала менструального цикла. При пальпации клиницистом объемного образования в любой день менструального цикла.

У пациенток старше 40 лет с менструальным циклом исследование проводится на 3-5 день от начала менструального цикла с результатами маммографии. При пальпации клиницистом объемного образования в любой день менструального цикла.

У пациенток старше 40 лет без менструального цикла в любой день с результатами маммографии. При пальпации клиницистом объемного образования без результатов маммографии с указанием точной локализации зоны пальпации образования.

Дуплексное сканирование почек – исследование параметров кровотока в почечной артерии и вене, интратрениальных артериях

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 29 стр. из 36	

1. За 1-3 дня до исследования:

Ø исключить из рациона питания жирную пищу, продукты, вызывающие повышенное газообразование (молоко, черный хлеб и пр.) или содержащие грубую клетчатку (сырые овощи, фрукты, соки);

Ø Во время приема пищи любой фермент

Ø принимать эспумизан по 2 капсулы 3 раза в сутки за день до исследования, 2 капсулы утром в день исследования

1. УЗИ проводится строго натощак, в первой половине дня: пациент не должен пить воду, принимать пищу.

**4. Наглядный материал:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Что такое УЗИ?
- От чего зависит правильное проведение УЗИ ?

## №12 лекция

**1. Тема:** Подготовка больного к бронхографии и рентгенологическому исследованию.

**2. Цель:** Обучить студентов к подготовке пациентов на бронхографию и рентгенологическому исследованию

**3. Тезисы лекций:**

- 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.

Рентгенологическое исследование желчного пузыря и желчевыводящих протоков (пероральная холеграфия)

(в последнее время выполняется редко)

Накануне исследования вечером - очистительная клизма.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 30 стр. из 36	

С 20 до 21 часа с интервалом в 10 мин. принять шесть таблеток контрастного вещества (йодогност, билигнин и т. д.), если пациент тучный - доза удваивается.

В день исследования нельзя принимать пищу, пить.

Утром таблеток не принимать.

В рентген-кабинет прийти с завтраком (2 сырых яйца, или 100 гр. жирной сметаны, или 20 гр. сливочного масла и 1 кусочек хлеба).

Рентгенологическое исследование почек (экскреторная внутривенная урография)

Исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию (овощи, фрукты, сладости, молоко, чёрный хлеб). По назначению врача-карболоен, активированный уголь.

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

Очистительные клизмы утром и вечером.

Подготовка к бронхоскопии

Бронхоскопия легких – это сложная процедура, позволяющая проводить диагностические исследования слизистых органов дыхательной системы, используется в лечебных целях. В ходе процедуры можно обследовать изнутри трахею и бронхи, изъять участок подозрительной ткани для цитологического или гистологического анализа. В лечебных целях прочистить дыхательные пути от мокроты или вытащить инородное тело. Бронхоскопия - это манипуляция, проводится только в стационаре.

На сегодняшний день бронхоскопия является наиболее эффективным методом для обследования трахеобронхиального дерева.

Диагностические мероприятия перед исследованием

Подготовка пациента перед бронхоскопией очень важна. Позволяет избежать осложнений и добиться более информативных результатов в ходе диагностики. Перед процедурой пациент должен пройти дополнительное обследование и сдать ряд анализов. Это необходимо для выявления противопоказаний и наличия аллергии на растворы и препараты, используемые в ходе бронхоскопии.

Перед проведением бронхоскопии необходимо:

- сделать рентген и электрокардиографию
- сдать биохимический анализ крови
- сдать клинический анализ мочи

Врач может назначить дополнительные процедуры во время подготовки к обследованию для получения полной клинической картины пациента.

Этапы подготовки к бронхоскопии

Вечером перед процедурой если пациент испытывает беспокойство и нервное состояние врач может прописать успокоительные средства. При бессоннице перед процедурой назначаются снотворные препараты.

Бронхоскопия обычно назначается на утро и делается натощак. Не позднее чем за 8 часов до процедуры последний прием пищи.

За пару часов перед манипуляцией следует опорожнить мочевой пузырь и кишечник при помощи микроклизмы или специальных свечей.

Запрещается курение перед проведением процедуры, т.к. дым может спровоцировать недостоверную картинку в ходе исследования.

На обследование рекомендуется иметь при себе чистое полотенце или платок. Во время процедуры может быть недлительное кровохарканье, а также отхаркивание специального медицинского раствора, применяемого в ходе процедуры.

Пациентам с сахарным диабетом необходимо пропустить первый утренний укол.

Пациенты, страдающие судорожными припадками, должны принять перед процедурой за несколько дней препараты блокирующие судороги.

После бронхоскопии

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 31 стр. из 36	

После проведения бронхоскопии пациент должен обязательно находиться под наблюдением врачей. Во время исследования делается местная анестезия, после операции может чувствоваться боль при глотании, наблюдаться нарушение речи, через 2-3 часа все должно прийти в норму. Наличие недлительно кровохарканья после процедуры является нормой.

К пациентам с бронхиальной астмой следует относиться более внимательно, у них может начаться приступ и важно иметь поблизости ингалятор.

Больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями могут ощущать давящие боли в сердце. Препараты, применяющиеся при бронхоскопии, могут замедлять реакцию до 8 часов, поэтому после операции не разрешается управлять транспортным средством и выполнять работы, связанные с риском для жизни. На сутки необходимо воздержаться от курения.

Когда следует насторожиться

При появлении следующих симптомов после прохождения процедуры необходимо срочно вызвать скорую помощь:

- Кровоотхаркивание длится более 5 часов и интенсивно
- Длительное время ощущается боль в груди
- Высокая температура
- Затруднено дыхание и появились хрипы
- Тошнота и рвота.

Эти симптомы могут свидетельствовать о попадании инфекции в организм или открытии кровотечения в бронхах. Необходимо срочно обратиться к врачу.

**4. Наглядный материал:** 15-20 слайдов

**5. Литература:** Смотреть последнюю страницу.

**6. Контрольные вопросы (обратная связь):**

- Причина для проведения бронхоскопии?
- Причина для проведения рентгенологическому исследованию?

### №13 лекция

**1. Тема:** Клинические синдромы

**2. Цель:** Обучить студентов к клиническим синдромам

**3. Тезисы лекций:**

- Синдром нормальной легочной ткани
- Синдром уплотнения легочной ткани
- Синдром бронхиальной обструкции

Синдром – это совокупность симптомов, объединённых единым механизмом развития (патогенезом). Выделяют следующие синдромы при заболеваниях дыхательной системы: 1. Синдром нормальной лёгочной ткани. 2. Синдром уплотнения лёгочной ткани. 3. Синдром бронхообструкции. 4. Синдром повышенной воздушности легочной ткани. 5. Синдром скопления жидкости в плевральной полости. 6. Синдром полости в лёгочной ткани. 7. Синдром обтурационного ателектаза. 8. Синдром компрессионного ателектаза. 9. Синдром дыхательной недостаточности. 10. Синдром скопления воздуха в плевральной полости. 11. Синдром сужения бронхов вязким экссудатом. 12. Синдром фиброторакса или шварт. Совокупность симптомов при том или ином лёгочном синдроме обнаруживается при использовании основных методов (общий осмотр, осмотр грудной клетки, пальпация, перкуссия, аускультация) и дополнительных (рентгенография органов грудной клетки, анализ крови и мокроты) методов исследования.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979- <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 32 стр. из 36	

**СИНДРОМ НОРМАЛЬНОЙ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ** Жалобы: нет. Осмотр грудной клетки: грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки симметричны, принимают одинаковое участие в акте дыхания. Число дыхательных движений 16-18 в минуту. Дыхание ритмичное, тип дыхания – смешанный. Пальпация: грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание проводится хорошо, одинаково с обеих сторон. Перкуссия: над всей поверхностью лёгочной ткани определяется ясный лёгочный звук. Аускультация: над всей поверхностью лёгочной ткани выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. Рентгенологически: лёгочная ткань прозрачная. Исследование крови и мокроты: нет изменений.

#### **СИНДРОМ УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ**

Причины: 1. очаговая пневмония (бронхопневмония); 2. инфаркт лёгкого (альвеолы заполняются кровью) 3. пневмосклероз, карнификация (проращение ткани лёгкого соединительной или опухолевой тканью); 4. туберкулез; 5. ателектаз; 6. тромбоэмболия и развитие инфаркт - пневмонии. Жалобы: боль в грудной клетке, одышка, кашель. Осмотр: цианоз, отставание половины грудной клетки на стороне поражения. Пальпация: уменьшение голосового дрожания, может быть в норме, если очаг поражения небольшой. Перкуссия: тупой или притупление, при небольшом очаге может быть в норме. Аускультация: бронхиальное дыхание слышим в другой зоне, ослабленное везикулярное дыхание, отсутствие дыхания в какой-то зоне, все патологические шумы: влажные хрипы, крепитация, шум трения плевры. Рентгенологически: очаги воспалительной инфильтрации лёгочной ткани чередуются с участками нормальной ткани лёгкого, возможно усиление лёгочного рисунка в «поражённом сегменте». Исследование крови: умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. Исследование мокроты: мокрота слизистая, может быть с прожилками крови, содержит небольшое количество лейкоцитов, эритроцитов.

#### **СИНДРОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ**

Причины: 1. Бронхиальная астма. 2. Обструктивный бронхит и др. ХОБЛ. Жалобы: кашель, одышка. Осмотр: кашель приступообразный с вязкой мокротой, одышка или удушье на выдохе (экспираторная одышка), вынужденное положение пациента сидя или стоя (ортопноэ) с упором на руки. Участвуют вспомогательные мышцы: надключичные, подключичные и межреберья. Выдох свистящий длинный, цианоз лица, губ, кончиков пальцев, набухание шейных вен, эмфизематозная грудная клетка. Пальпация: признаков нет. Перкуссия: коробочный перкуторный звук, нижний край лёгкого опущен, экскурсия нижнего края по среднеподмышечной линии ограничена (в норме 5-6 см). Аускультация: дыхание жёсткое, выдох удлинён, сухие свистящие хрипы с двух сторон. Рентгенологически: повышение прозрачности лёгочной ткани, низкое стояние купола диафрагмы и ограничение её подвижности. Исследование крови: лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, может быть эозинофилия, лимфоцитоз. Исследование мокроты: мокрота слизистая, слизисто-гнойная, содержит небольшое количество лейкоцитов, эозинофилов. Дополнительные методы: спирометрия (нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу). **СИНДРОМ ПОВЫШЕННОЙ ВОЗДУШНОСТИ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ**

Причины: 1. курение (бронхит курильщика), 2. хронический бронхит, 3. бронхиальная астма, 4. профессиональные вредности (вокал, духовые инструменты), 5. врождённая патология. Жалобы: одышка, кашель. Осмотр: цианоз, одышка (ЧДД выше нормы), эмфизематозная (бочкообразная) грудная клетка, расширенные межреберья, лёгочный край опущен (ниже восьмого ребра по среднеподмышечной линии), экскурсия края снижена. Пальпация: голосовое дрожание снижено, равномерно. Перкуссия: коробочный звук, нижний край опущен. Аускультация: дыхание равномерно симметрично ослаблено, могут быть сухие хрипы. Рентгенологически: повышение прозрачности лёгочных полей,

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 33 стр. из 36	

ослабление лёгочного рисунка, низкое расположение и малая подвижность диафрагмы. Исследование крови, мокроты: особых изменений не будет.

**СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ** Трассудат — это серозная жидкость, появляется при циррозе печени, гипотериозе, почечной недостаточности. Экссудат — жидкость воспалительного характера при пневмонии, туберкулёзе, опухолях.

Причины: 1. Хроническая сердечная недостаточность. 2. Болезни почек с развитием нефротического синдрома. 3. Асцит и перитонеальный диализ. 4. Цирроз печени 5. Нарушения циркуляции лимфы и крови. Жалобы: при экссудативном воспалении (боль в грудной клетке, одышка, кашель, повышение температуры), при наличии транссудата (боль области сердца, сердцебиение, боль в правом подреберье, отёки). Осмотр: одышка смешанная, на вдохе, положение на больном боку или сидя, половина грудной клетки выбухает над зоной поражения, отставание грудной клетки при дыхании. Пальпация: голосовое дрожание ослаблено или отсутствует. Перкуссия: тупой перкуторный звук над зоной поражения, на рентгенограмме с косой линией - линия Дамуазо, выше линии Дамуазо будет тимпанит. Аускультация: над жидкостью нет дыхания, выше границы дыхание ослаблено, может быть смещение границ сердца. Резкие изменения ЧДД, пульса. Рентгенологически: гомогенное затемнение в поражённой части лёгочного поля, смещение органов средостения, чаще в противоположную сторону, при опухолевом плеврите органы средостения подтягиваются к «больной» стороне. Исследование крови и мокроты: при экссудативном плеврите - лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

**4. Наглядный материал:** 15-20 слайдов

**5. Литература:**

**Основная литература:**

1. Курноскина В. П. Пациенттің клиникалық жағдайын бағалау : оқу құралы / В. П. Курноскина, Д. К. Жүнісова. - Қарағанда : Medet Group , 2020. - 224 бет
2. Пулькинова, А. В. Сестринский процесс : учебное пособие / А. В. Пулькинова, Б. С. Имашева. - Алматы : Эверо, 2016. - 300 с
3. Қаныбеков, А. Медбикеге арналған нұсқаулар : оқулық . - Алматы : Эверо, 2014. - 428 бет.
4. Қаныбеков, А. Медбикенің іс-әрекеттері: оқулық бағдарлама. - ; ҚР ДСМ РЦИТМОН басп. ұсынған. - Алматы : Эверо, 2014. - 476

**Дополнительная литература:**

1. Морозова, Г. И. Медбикелік іс негіздері [Мәтін] : жағдаяттық тапсырмалар: медициналық училищелер мен колледждерге арналған оқу құралы /. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014.- 256 бет.
2. Кузнецова, Н. В. Теория сестринского дела и медицина катастроф [Текст] : учеб. пособие / Н. В. Кузнецова, Т. Н. Орлова, А. А. Скребушевская. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 352 с. : ил

**6.Интернет-ресурсы:**

1. Пулькинова А.В., Имашева Б.С.Сестринский процесс. - Алмата, Каспийский университет, 2020. – 300 с. [https://www.elib.kz/ru/search/read\\_book/813/](https://www.elib.kz/ru/search/read_book/813/)
2. Пациенттің клиникалық жағдайын бағалау: Оқу құралы. Қарағанды: «Medet Group» ЖШС, 2020. – 224 б <https://aknurpress.kz/reader/web/2368>
3. Сейдуманов С.Т. и др. Общие сестринские технологии / Под ред. С.Т. Сейдуманова. – Алматы: Издательство «Эверо», 2020 - 230 с. [https://www.elib.kz/ru/search/read\\_book/397/](https://www.elib.kz/ru/search/read_book/397/)
4. Курноскина В. П./ Клиническая оценка состояние пациента: Учебное пособие. – Караганда: ТОО «Medet Group», 2020. – 222 с <https://aknurpress.kz/reader/web/2359>

**7. Контрольные вопросы (обратная связь):**

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 ( ) 34 стр. из 36	

- Какие синдромы у нормальной легочной ткани?
- Какие синдромы у уплотнения легочной ткани?
- Какие синдромы у бронхиальной обструкции?

<p>             ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>              «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ         </p>		<p>             SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>              АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»         </p>
<p>             Кафедра «Сестринское дело-1»              Лекционный комплекс         </p>		<p>             №72/11 ( )              35 стр. из 36         </p>

<p>             ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>              «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ         </p>		<p>             SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>              АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»         </p>
<p>             Кафедра «Сестринское дело-1»              Лекционный комплекс         </p>	<p>             №72/11 ( )              36 стр. из 36         </p>	