

ОРИГИНАЛ

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	1стр. из 6

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина:	«Введение в клинику»
Код дисциплины:	VK- 2208
Шифр и наименование ОП:	6B10118 «Медико-профилактическое дело»
Объем учебных часов/кредитов:	90 часов/ 3 кредита
Курс и семестр изучения:	2 курс, 3 семестр
Лекция (количество часов):	6 ч.

Шымкент, 2024 г.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»		044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»		2стр. из 38

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) «Введение в клинику» и обсужден на заседании кафедры

Протокол № 19 от « 30 » 05 20 24 г.

И.о. зав. кафедрой



Ермолаева О.А.



Лекция №1.

1.Тема: Введение в профессию врача. Содержание и виды медицинской деятельности. Медицинская этика. Задачи и принципы медицинского права. Медицинское страхование.

2.Цель: Дать студентами историю взаимоотношений врача и пациента. Изучить содержание и виды медицинской деятельности. Объяснить задачи и принципы медицинского права. Объяснить понятие медицинская этика и ее основные принципы.

3.Тезисы лекции:

Практика работы врачей и других медицинских работников показывает, что между ними и пациентами могут возникать конфликты, которые нередко связанные с объективными недостатками, а с не умением профессионально общаться с больным и его близкими, а так же с орально-этическими нарушениями со стороны медицинских работников.

Профессия врача- одна из самых древних и почитаемых. Медика всегда считали избранником Божиим, жрецом, стоявшим выше людей других профессий.

Гиппократ. Он и его медицинские знания в нашем представлении ассоциируются с клятвой врача. Гиппократ был «продуктом» своей эпохи и высшей точкой развития эллинистов. Его родословная началась с Асклепия, среди них также были врачеватели. Из сочинений врачевателя можно узнать об истории развития медицины в античный период, вобравшую в себя практику предыдущих столетий. Гиппократу принадлежит изречение, которое популярно и по сей день: «противоположное излечивается противоположным».

Многие его открытия были подтверждены современной наукой и до сих пор используются: типы темпераментов, хоть свои названия они и приобрели позже; стадийность заболеваний, то есть постоянное прогрессирование болезни; способы обследования пациента – пальпация, аускультация, перкуссия; методы хирургического лечения травм. Гиппократ первым описал положение рук, света и инструментария. А наиболее важным его вкладом в медицину стало разделение двух понятий – философия и медицина.

В Средневековье многие достижения античного периода предали забвению. Поэтому выдающихся врачей не так уж много. Выделился только Ибн Сина или Авиценна. Он занимался лечением не только государственных деятелей, но простых людей. Ему принадлежит написание «Канона медицины». Книга стала своего рода энциклопедией, вобравшей медицинские знания средневекового Востока.

К моральными нравственным аспектам профессиональной деятельности врача относятся:

- 1) Информирование пациента о состоянии его здоровья;
- 2) Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав;
- 3) Уважение человеческого достоинства пациента;
- 4) Принцип-прежде всего- не навреди;
- 5) Право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него;
- 6) Право пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь (дистрибутивная справедливость);
- 7) Уважение к умирающему больному;
- 8) Обязанность хранить профессиональную тайну;
- 9) Профессиональная компетентность;
- 9) Защита пациента от некомпетентного медицинского вмешательства;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	4стр. из 38

- 10) Уважение к своей профессии
- 11) Уважительное отношение к коллегам;
- 12) Участие в медико-санитарном просвещении населения.

Суть отдельных принципов медицинской этики и морали.

1. Информирование пациента о состоянии его здоровья

Моральным долгом врача является информирование пациента о состоянии его здоровья и имеющихся у него правах. Каждый гражданин обладает правом в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Информация о состоянии и здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке не способными, их законным представителям.

2. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав

Главным принципом врачебной деятельности должно являться сострадание и уважение к жизни пациента.

3. Уважение человеческого достоинства пациента

Обязанностью врача является постоянная готовность к оказанию компетентной помощи пациентам не зависимо как о таких социальных характеристик, особенностей заболевания, материального положения, так и других различий.

4. Принцип –прежде всего-не навреди

Принцип не навреди представляет собой важнейшую этическую заповедь в медицине. Нанесение морального или физического ущерба пациенту недопустим они намеренно, ни по небрежности, ни по причине профессиональной некомпетентности. Не причинение вреда, ущерба здоровью пациента является первоочередной обязанностью каждого медицинского работника, в независимости от его положения.

5. Право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него (принцип информированного добровольного согласия).

Данный принцип является связанным с принципом информирования пациента о состоянии его здоровья и предполагает предоставление больному возможности выбора того или иного терапевтического вмешательства.

6. Право пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь (дистрибутивная справедливость).

Данный принцип означает обязательность предоставления и равнодоступность медицинской помощи.

7. Уважение к умирающему больному.

Врачу следует с уважением относиться к праву умирающего пациента на гуманное обращение и достойную смерть. Необходимым условием помощи пациенту окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональными духовным комфортом являются соответствующие знания и умения врача в области паллиативной медицинской помощи.

8. Обязанность хранить профессиональную тайну (конфиденциальность).

Врачу следует сохранять в тайне от третьих лиц доверенную или ставшую ему известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию: о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после того, как пациент умер. Не

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	5стр. из 38

должны подлежать огласке также сведения о физических недостатках, вредных привычках, имущественном положении, круге знакомств больного ит.п. Цель сохранения профессиональной тайны заключается в предотвращение возможного причинения пациенту морального или материального ущерба. Врач обязан неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы видео на ни хранилась.

9. Профессиональная компетентность

Важной обязанностью врача является постоянное поддержание высокого уровня своей профессиональной деятельности. Постоянное накопление специальных знаний и навыков составляют профессиональный долг медицинского работника.

10. Защита пациента от некомпетентного медицинского вмешательства

В случае столкновения с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой врач обязан встать на защиту интересов больного.

11. Уважение к своей профессии

Врачу следует поддерживать авторитет и репутацию своей профессии и нести личную моральную ответственность за поддержание на должном уровне и совершенствование стандартов врачебного дела. Врач должен критически оценивать уровень своей профессиональной подготовки и практических навыков и не претендовать на ту степень компетентности, которой он не обладает.

12. Врач и его коллеги

Во взаимоотношениях с коллегами врачу следует быть честным, справедливым и порядочным, признавать и уважать их знания и опыт. Он обязан принимать участие в разработке объективных критериев оценки медицинской деятельности и стремиться к тому, чтобы его деятельность была беспристрастно рассмотрена и оценена другими коллегами. Врач обязан в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса. Врачу следует избегать негативных высказываний о работе коллег в присутствии пациентов и их родственников, за исключением случаев обжалования действий медицинских работников. Завоевание себе авторитета путем дискредитации коллег неэтично. Высокий профессионализм врача - важнейший залог товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры и врача.

13. Участие в медико-санитарном просвещении населения

Забота об обеспечении доступной и качественной медицинской помощи населению является моральным долгом врача как члена медицинского сообщества. Врач должен активно участвовать в медико-санитарном просвещении населения, помогающем пациентам сделать правильный выбор между государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения. В меру своей компетенции врачу следует участвовать в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, предупреждать пациентов, органы власти и общество в целом об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб.

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ВИДЫ, УСЛОВИЯ И ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;

O'NTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	бстр. из 38

- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуется преимущественно по территориально-участковому принципу.

Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще одного раза в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера с учетом согласия врача или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего законного представителя на имя руководителя медицинской организации.

- * Кодекс Республики Казахстан О здоровье народа и системе здравоохранения (с изменениями и дополнениями по состоянию на 31.03.2021 г.)
- * Глава 10. Содержание и виды медицинской деятельности
- * **Статья 36. Содержание медицинской деятельности**
- * Медицинская деятельность включает профессиональную деятельность физических лиц, получивших высшее или среднее профессиональное медицинское образование, а также юридических лиц, осуществляющих деятельность в области здравоохранения.
- * **Статья 37. Виды медицинской деятельности**
- * В Республике Казахстан осуществляются следующие виды медицинской деятельности:
 - * 1) медицинская помощь;
 - * 2) лабораторная диагностика;
 - * 3) патологоанатомическая диагностика;



- * 4) деятельность в сфере заготовки крови и ее компонентов;
 - * 5) деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
 - * 6) деятельность в сфере охраны общественного здоровья;
 - * 7) образовательная и научная деятельность в области здравоохранения;
 - * 8) экспертиза в области здравоохранения;
 - * 9) иные виды деятельности, не запрещенные настоящим Кодексом.
 - * Глава 11. Медицинская помощь
 - * **Статья 38. Виды медицинской помощи**
 - * Основными видами медицинской помощи являются:
 - * 1) доврачебная медицинская помощь;
 - * 2) квалифицированная медицинская помощь;
 - * 3) специализированная медицинская помощь;
 - * 4) высокоспециализированная медицинская помощь;
 - * 5) медико-социальная помощь.
 - * **Статья 39. Доврачебная медицинская помощь**
 - * 1. Доврачебная медицинская помощь - медицинская помощь, оказываемая медицинскими работниками со средним медицинским образованием в целях профилактики заболеваний, а также при заболеваниях, не требующих использования методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации с участием врача.
 - * 2. В экстренных случаях доврачебная медицинская помощь может оказываться лицами без медицинского образования (парамедиками), прошедшими соответствующую подготовку в порядке, определяемом уполномоченным органом, а также иными лицами в целях спасения жизни пострадавших.
 - * 3. Виды и объем доврачебной медицинской помощи устанавливаются уполномоченным органом.
- Изучение медицинского права как отрасли права невозможно без анализа его задач, функций и принципов.
- Основная цель медицинского права заключается в регулировании многочисленных и разнообразных по содержанию отношений в сфере охраны здоровья населения, здравоохранения и медицинской помощи.
- Достижение поставленной цели обеспечивается путем решения ряда задач, среди которых можно выделить:
- 1) создание условий для эффективного функционирования здравоохранения;
 - 2) обеспечение научно обоснованной организации и управления системой здравоохранения;
 - 3) правовое обеспечение реформирования здравоохранения;
 - 4) установление прав и обязанностей, юридической ответственности субъектов медицинского права;
 - 5) обеспечение прав, свобод и законных интересов граждан, создание гарантий при реализации принадлежащих им прав и свобод;
 - 6) обеспечение действия конституционных, межотраслевых и отраслевых принципов и режима законности при осуществлении всех видов медицинской деятельности;
 - 7) разработка оптимальных правовых режимов для отдельных видов и направлений медицинской деятельности;

O'NTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	8стр. из 38

8) обеспечение стабильности общественных отношений.

Задачи медицинского права реализуются посредством проведения государственной политики в рассматриваемой сфере общественных отношений, которая осуществляется в виде правотворчества (принятие соответствующих законодательных и иных нормативных актов) и правоприменения.

Под функциями медицинского права понимают основные направления правового воздействия на рассматриваемые общественные отношения. Функции медицинского права отражают природу и роль общественных отношений, возникающих в сфере здравоохранения.

Обычно выделяют две функции любой отрасли права. Они же будут характерны и для медицинского права.

Регулятивная функция медицинского права выражается в воздействии на общественные отношения посредством установления прав, обязанностей, запретов, ограничений, полномочий и компетенции субъектов здравоохранительных правоотношений. Эта функция проявляется не только в сфере установления материально-правовых отношений, но и в области процессуального регулирования отдельных отношений в здравоохранении, а также отдельных видов медицинской деятельности. Например, правовыми нормами устанавливаются понятие и категории (виды) врачебных и иных медицинских должностей, их обязанности, порядок допуска к занятию отдельными видами медицинской деятельности и отстранения от оказания тех или иных услуг.

Охранительная функция проявляется в воздействии медицинского права на субъектов общественных отношений, побуждая их соблюдать установленные правовые нормы.

При реализации охранительной функции может быть использовано государственное принуждение (гражданско-правовое, административное, уголовное, дисциплинарное), применены меры юридической ответственности, восстановительные санкции и т.д.

Рассмотрение медицинского права как отрасли права предполагает и анализ его принципов.

Внедрение обязательного социального медицинского страхования.

Устойчивость системы здравоохранения в значительной степени связана с эффективной системой финансирования, которая предполагает адекватный уровень средств, направляемых на здравоохранение, их справедливое распределение и рациональное использование.

Дальнейшее развитие системы здравоохранения предполагает формирование трехуровневой системы предоставления медицинской помощи, где ответственность за здоровье граждан распределяется между государством, работодателями и работниками, при этом:

1) первый уровень представляет базовый пакет или ГОБМП, финансируемый за счет республиканского и местных бюджетов;

2) второй уровень будет включать в себя дополнительный пакет или перечень медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан, финансируемый за счет взносов государства, отчислений работодателей, работников и иных поступлений, не запрещенных законодательством Республики Казахстан;

3) третий уровень будет предусматривать индивидуальный пакет или перечень услуг, определяемый на добровольной договорной основе между страховыми компаниями и

O'NTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	9стр. из 38

плательщиками взносов, финансируемых за счет добровольных отчислений граждан или работодателей в пользу своих работников.

С целью развития солидарности населения и работодателей в устойчивом развитии и повышении эффективности национальной системы здравоохранения, а также устранения финансовых рисков вследствие растущих государственных и частных затрат на здравоохранение будет внедрена система обязательного социального медицинского страхования (далее - ОСМС).

Система ОСМС будет построена на отчислениях работающего населения, работодателей и самозанятого населения. За отдельные категории граждан, предусмотренные в Законе Республики Казахстан "Об обязательном социальном медицинском страховании", взносы будут оплачиваться государством из средств республиканского бюджета. При этом будет проведено разграничение обязательств между ФСМС и государственными органами по обеспечению медицинской помощью отдельных категорий граждан.

При этом государство сохранит за собой обязательства по финансированию ГОБМП, т.е. базового пакета медицинских услуг, включающего: услуги скорой помощи и санитарной авиации, вакцинации, медицинскую помощь при некоторых социально значимых заболеваниях (туберкулез, ВИЧ, наркология и психиатрия), стационарной помощи по экстренным показаниям и до 2020 года амбулаторно-поликлинической помощи для лиц, не имеющих права на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования в соответствии с Законом Республики Казахстан "Об обязательном социальном медицинском страховании".

В целом внедрение ОСМС будет сопровождаться доведением финансирования системы здравоохранения РК до стандартов ОЭСР на основе приоритезации следующих направлений расходов:

- 1) развитие службы общественного здравоохранения;
- 2) на уровне ПМСП - увеличение числа ВОП и расширение амбулаторного лекарственного обеспечения**;
- 3) программное повышение заработных плат медицинских работников**;
- 4) расширение услуг по реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода;
- 5) увеличение расходов на непрерывное дополнительное медицинское образование;
- 6) включение в тарифы затрат на обновление основных средств*.

В рамках развития системы ОСМС будет создан Фонд социального медицинского страхования (ФСМС), который будет аккумулировать отчисления и взносы на обязательное медицинское страхование от участников системы и выступит в качестве единого плательщика за оказание медицинских услуг.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: Приложение №1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Виды медицинской деятельности?
2. Задачи медицинского права?
3. Принципы медицинского права?
4. Обязательное медицинское страхование в РК.

O'NTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	10стр. из 38

Лекция №2.

1.Тема: Сестринский процесс. Безопасный уход: цели, задачи, методы. Организация работы в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Внутрибольничная инфекция.

2.Цель: Ознакомить студентов с сестринским процессом, целями и планированием сестринского вмешательства. Ознакомить с понятием безопасный уход: цели, задачи, методы.

3.Тезисы лекции:

Сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам. Сестринский процесс несёт новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от неё не только наличия хорошей 2 технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, умение работать с пациентом как с личностью, а не как с нозологической единицей, объектом «манипуляционной техники».

Этапы сестринского процесса

В настоящее время сестринский процесс принято разделять на 5 последовательных и взаимосвязанных этапа практической деятельности медицинской сестры при оказании помощи пациенту. На каждом этапе медицинская сестра выполняет строго определенные действия.

Первый этап: сестринское обследование пациента

На первом этапе сестринского процесса медицинская сестра занимается сбором информации о пациенте с ее последующей оценкой.

Сбор и оценка информации производится с помощью методов:

- субъективных
- объективных
- дополнительных

Субъективная информация

Данные о пациенте и его проблемах могут быть получены как от самого пациента, так и от его родственников, дежурных медицинских работников, из имеющейся медицинской документации. Информация должна 4 быть максимально точной и полной. В процессе беседы медицинским сестрам рекомендуется использовать способствующие эффективному и доверительному общению факторы: располагающую обстановку, подходящее время беседы, дружелюбную манеру разговора. Такой подход обеспечит создание доверительных отношений между медицинским работником и пациентом, без которых трудно добиться хороших результатов в лечении и — тем более — сестринском уходе.

Субъективные данные о пациенте включают в себя:

- общие сведения — паспортные данные, пол, возраст, семейное положение, профессия и место работы, адрес проживания
- история возникновения и развития проблем со здоровьем, сведения об аллергологическом и эпидемиологическом анамнезе (наличие аллергии, частота и длительность аллергических реакций, контакты с инфекционными больными)
- жалобы в настоящий момент (физические, психологические), при боли — характер, локализация, длительность, интенсивность, реакция пациента на боль
- социологические данные о пациенте (условия проживания, рабочего места, круг общения)

O'NTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	11стр. из 38

- психологические данные — адаптация или дезадаптация в связи с болезненным состоянием

Объективные данные

Медицинская сестра собирает информацию о пациенте с помощью своих органов чувств (зрение, слух, обоняние, осязание), а также инструментальных методов исследования.

К объективной информации о пациенте относят:

- данные общего и детального осмотра пациента: цвет, целостность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие высыпаний, изъязвлений, повреждений, волосяной покров — на наличие педикулеза, при наличии отеков отмечается их локализация

- физическое обследование: измерение роста, веса, окружности грудной клетки, живота и другие данные по необходимости

- состояние сознания: ясное, спутанное, нарушенное (бред, галлюцинации, ступор, сопор, кома)

- выражение лица: спокойное, страдальческое, безразличное, тревожное, настороженное и т.п.

- положение: активное, пассивное, вынужденное

- температура тела, частота дыхательных движений, частота сердечных сокращений, артериальное давление

- естественные отправления (самостоятельно, регулярно, с помощью моче- и калоприемника, стомы)

- состояние памяти, органов чувств

- наличие используемых резервов: протезы, в том числе съемные зубные, очки, контактные линзы, слуховой аппарат

- способность к передвижению, приему пищи и воды, обслуживанию себя

- психоэмоциональное состояние, социальная среда

Дополнительная информация
 Сбор дополнительных данных предполагает лабораторные исследования и диагностические мероприятия с привлечением медицинского оборудования:

- исследования крови, мочи

- электрокардиография

- флюорография

- ультразвуковая диагностика

- другие необходимые методики, которые медицинская сестра проводит самостоятельно, либо готовит к ним пациента.

Заключительные действия медицинской сестры на первом этапе СП — документирование полученных о пациенте сведений, составление базы данных и заполнение сестринской истории болезни.

Второй этап: сестринская диагностика Постановка сестринского диагноза — это выявление и обозначение проблем пациента. Врачебный диагноз, к которому давно привычны и медицинские работники, и пациенты, определяет конкретное заболевание и основывается на комплексной оценке физических данных и результатов обследования. Сестринский диагноз — это состояние здоровья пациента, выявленное в результате сестринского обследования и требующее сестринского вмешательства (ухода). Сестринская диагностика — это обозначение проблем пациента, присутствующих в данный момент (явных) и тех, которые могут возникнуть в дальнейшем в связи с состоянием пациента (потенциальных). Обозначение сестринского диагноза проводится

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	12стр. из 38

посредством наблюдения за пациентом и беседой с ним самим и/или с его родственниками. Сестринских диагнозов обычно бывает несколько, их еще называют сестринскими проблемами.

Третий этап сестринского процесса: постановка целей и планирование

На третьем этапе медицинская сестра вместе с пациентом определяют: что должно быть результатом ухода (сестринских вмешательств). На основании этого медсестрой ставятся цели и проводится планирование работы в порядке приоритета проблем пациента.

Цели сестринских вмешательств:

- краткосрочные — должны быть достигнуты в течение 7-14 дней
- долгосрочные — гораздо более длительные по времени, могут достигаться к моменту выписки пациента из стационара, к 9 определенному сроку со дня заболевания или пребывания дома после выписки

Четвертый этап: реализация запланированных сестринских вмешательств

Сестринский процесс на четвертом этапе: медицинская сестра непосредственно осуществляет уход за пациентом, следуя предписанному плану.

Реализация плана — это непосредственное выполнение действий, направленных на достижение поставленных целей. Здесь существуют следующие требования:

- Систематическое следование плану
 - Координирование своих действий в соответствии с запланированными и реальным состоянием пациента
 - Вовлечение в процесс ухода как самого пациента, так и его близких
 - Осуществление сестринских манипуляций по алгоритмам
 - Оказание доврачебной помощи по стандартам сестринской практики с учетом индивидуальных особенностей пациента
 - Регистрация выполненных действий в сестринской истории болезни
- Пятый этап: оценка результатов сестринской деятельности

На пятом этапе сестринского процесса проводится итоговая оценка сестринского ухода за пациентом. Оценивается эффективность сестринских вмешательств, по необходимости план корректируется. Цель итоговой оценки — определение полученного результата. Сестринский уход оценивается непрерывно — от оценки приоритетной потребности пациента до выписки пациента из стационара либо его смерти.

Для медицинской сестры постоянно идет процесс сбора и критического анализа информации, который включает в себя:

1. сравнение запланированного и полученного результата
2. оценка эффективности сестринского вмешательства, которое было запланировано
3. при отсутствии или недостаточности результатов — переоценка и новое планирование
4. анализ деятельности на всех этапах, корректировка плана или составление нового планирования.

Общий уход за больным – одно из главных условий скорейшего выздоровления. 50 процентов успеха лечения зависит от того, насколько правильно были организованы мероприятия по уходу за пациентом.

В повседневной жизни уходом в медицинском смысле понимается удовлетворение базовых потребностей больного человека и оказание ему помощи. Основные потребности – это еда и питье, чистота, доступная двигательная активность, опорожнение мочевого пузыря и кишечника.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»		044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»		13стр. из 38

Уход предполагает создание комфортных условий для больного дома или в стационаре, которые бы включали в себя спокойную психологическую обстановку, чистую удобную кровать, регулярную смену белья.

Помимо общего выделяют уход специальный, который может отличаться в зависимости от типа заболевания. Свои особенности имеются при уходе за послеоперационными больными, за тяжелобольными, онкологическими, с сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБЩЕГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ

Организация ухода во многом зависит от того, где больной проходит лечение или реабилитацию – на дому или в условиях больничного стационара. Но и в том, и в другом случае действует ряд общих принципов:

Организует и контролирует уход врач, который дает подробные указания, касающиеся приема лекарств, диеты, физической активности.

Обеспечивают уход за больным медицинские сестры, сиделки, родственники пациента.

Соблюдение лечебно-охранительного режима, являющегося залогом спокойствия и комфорта больного. Здесь подразумевается бережное отношение к личности больного, неукоснительное выполнение рекомендаций врача относительно режима, физической активности, питания.

Поддержание санитарно-гигиенического режима, включающего комплекс мероприятий, нацеленных на предупреждение возникновения и распространения инфекций.

Общий уход за больными.

Уход за больными- это совокупность мероприятий, облегчающих страдание больного человека и направленных на его успешное лечение.

Общий уход включает мероприятия, которые могут проводиться независимо от характера заболевания. В процессе общего ухода за больными решаются следующие основные задачи:

Создание и поддержание санитарно-гигиенической обстановке и строгого распорядка дня;

А) Оказание помощи при проведения туалета, приеме пищи, физиологических отправлениях, смене нательного и постельного белья;

Б) Создание комфортных условий(удобная чистая постель, свет, столик, стул, прикроватное судно)

2. Наблюдение за состоянием больного, оказание экстренной помощи, сообщение родственникам, вызов врача:

А) Проведение врачебных назначений, документация;

Б) Создание обстановки благожелательности, поддержание у больных хорошего настроения.

3. Проведение профилактических мероприятий, предупреждающих развитие осложнений(пневмония, пролежни)

4. Соблюдение правил поведения с больным и их родственниками:

А) Не назначать и не обсуждать лечение;

Б) Если больной в сознании нужно уметь договориться с ним о проведении манипуляций (умывание, смена постельного белья, замена памперса)

OÑTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	14стр. из 38

Учреждения, оказывающие медицинскую помощь, называются лечебно-профилактическими (ЛПУ). ЛПУ следует размещать в соответствии с утвержденными генеральными планами населенных пунктов и проектами детальной планировки.

Амбулаторные типы ЛПУ

Это лечебные учреждения, в которых оказывается лечебная помощь проходящим больным и больным, находящимся на дому. К учреждениям амбулаторного типа относятся: поликлиники, амбулатории, диспансеры, медико-санитарные части, станции скорой помощи.

Поликлиника — это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, работающее по территориально-участковому принципу. Территория, закрепленная за поликлиникой, разделена на участки с определенным количеством взрослого и детского населения. Каждый участок обслуживается закрепленными врачами и медицинскими сестрами. Лечебно-профилактическую работу на участке организует участковый врач, он руководит медицинскими сестрами, привлекает к работе специалистов разного профиля. Поликлиника оказывает медицинскую помощь населению, в том числе и специализированную, а при необходимости - обследование и лечение на дому.

Поликлиника оснащена необходимым оборудованием для обследования и лечения больных. Все амбулаторно-поликлинические учреждения имеют три группы помещений: для регистрации и ожидания приёма врача, лечебные и диагностические помещения, помещения служебного и хозяйственного назначения. В поликлинике ведут прием врачи различного профиля (терапевты, хирурги, окулисты, ЛОР-врачи, эндокринологи, кардиологи и др.).

Амбулатория — ЛПУ, которое служит для оказания помощи населению небольшого поселка городского типа, промышленного предприятия или сельского участка по участково-территориальному признаку. В амбулатории ведут приём только врачи основных специальностей: терапевт, хирург, зубной врач. В штате амбулатории, кроме врача, работают фельдшер, акушерка, медицинские сестры и санитарки. В структуре амбулатории имеются кабинеты: доврачебного приема, электрокардиографического обследования, процедурный. Принцип работы такой же, как и у поликлиники.

Фельдшерско-акушерский пункт - ЛПУ, оказывающее первую доврачебную медицинскую помощь в сельской местности. Организуется, если населенный пункт находится на большом расстоянии от других ЛПУ (более 4-6 км). Работает по участковому принципу. Имеется аптечный пункт для продажи готовых лекарственных средств. В штат входят фельдшер, акушерка и санитарка.

Медико-санитарная часть (МСЧ) - лечебно-профилактическое учреждение амбулаторного типа, организуемое при промышленных предприятиях для медицинского обслуживания рабочих и их семей, обслуживает работников прикрепленного предприятия по принципу цеховой участковости. В МСЧ, как в поликлиниках, работают врачи основных специальностей и специалисты по профессиональной патологии. МСЧ является комплексным лечебно-профилактическим учреждением, в состав которого, кроме поликлиники, могут входить стационар, а также здравпункт, профилакторий, санаторий, детские оздоровительные лагеря и др.

Здравпункт обычно входит в состав поликлиники или медсанчасти предприятия и не является самостоятельным ЛПУ. Здравпункты организуются в крупных цехах, вблизи от рабочего или строительного участка. Различают врачебные и фельдшерские здравпункты.

Основная функция медицинского персонала здравпункта (врач, фельдшер, медицинская сестра) - оказание доврачебной и первой врачебной помощи сотрудникам



предприятия при травмах, отравлениях, неотложных состояниях, а также проведение процедур, назначенных врачом поликлиники или МСЧ (инъекции, перевязки), вакцинации, диспансеризации и санитарно-просветительной работы.

Диспансер - особое специализированное учреждение амбулаторного типа, осуществляющее всю работу по диспансерному методу (обслуживание больных с определенными видами болезней). Существуют психоневрологические, наркологические, кожно-венерологические, противотуберкулезные, кардиоревматологические, онкологические, эндокринологические диспансеры.

Станция скорой медицинской помощи — лечебное учреждение, предназначенное для круглосуточного оказания экстренной медицинской помощи пациентам на догоспитальном этапе при всех угрожающих жизни состояниях (травмы, ранения, отравления, кровотечения, инсульт и другие заболевания), а также при родах.

Специализированную медицинскую помощь оказывает бригада, которую возглавляет врач и фельдшер (медицинская сестра), который помогает врачу при оказании медицинской помощи на дому и при транспортировке больных.

Учреждения стационарного типа

Стационарная помощь (лат. Stationarius – стоящий, неподвижный) - форма предоставления квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной помощи с круглосуточным медицинским наблюдением. Это больницы, клиники, госпитали, родильные дома, санатории, хосписы, дневной стационар.

Больница - лечебное учреждение, в котором помещены больные, нуждающиеся в постоянном круглосуточном врачебном контроле, уходе, наблюдении. Здесь оказывается экстренная медицинская помощь, проводится плановое лечение пациентам, нуждающимся в постоянном наблюдении или применении методов лечения, невозможных или затруднительных в амбулаторных условиях (операции, частые внутривенные, внутримышечные инъекции и другие манипуляции).

Больницы делятся на:

- однопрофильные, специализирующиеся на лечении больных с определенными заболеваниями (туберкулезными, психоневрологическими, инфекционными и др.);
- многопрофильные, имеющие несколько отделений для лечения и диагностики различных заболеваний (терапия, хирургия, неврология, ЛОР и др. отделения).

По охвату обслуживаемых территорий:

- районные;
- городские;
- областные;
- республиканские.

Клиника-это больница, где осуществляется не только стационарное лечение больных, но и обучение студентов и научно-исследовательская работа. Клиники располагают штатом высокопрофессионального врачебного персонала и оснащены современным оборудованием для диагностики и лечения пациентов.

Госпиталь - специализированное ЛПУ для оказания лечебно-диагностической помощи действующим и бывшим военнослужащим, ветеранам и инвалидам войн, а также лицам, пострадавшим в результате военных действий.

Выделяют госпитали:

- центральные;
- видов вооруженных сил;

- окружные;
- гарнизонные.

В военное время формируются госпитали:

- передвижные полевые;
- эвакуационные;
- тыловые.

Санатории (лат. sanare - лечить, исцелять) и **профилактории** - ЛПУ

стационарозамещающего типа, оказывающие помощь больным на этапе долечивания с использованием факторов природы: воздуха, морской воды, минеральных вод, лечебных грязей и др. организует медицинское наблюдение продолжительностью от 4 до 8 часов в течение дня.

Профилактории организуются при крупных предприятиях в лесопарковой зоне недалеко от населенного пункта, санатории — в курортных зонах.

Родильные дома— это лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее медицинскую помощь беременным, роженицам и родильницам. Крупные родильные дома оказывают также помощь гинекологическим больным.

Родильный дом включает женскую консультацию и оказывает социально-правовую помощь беременным женщинам.

Хоспис (от англ. hospice) — медицинское учреждение, в котором больные с прогнозируемым неблагоприятным исходом заболевания получают достойный уход и обслуживание. Пациенты хосписов окружены обычными «домашними» вещами, к ним открыт свободный доступ родственников и друзей. Медицинский персонал оказывает паллиативную медицинскую помощь: больные могут получать кислород, обезболивающие, зондовое питание и т. п. Минимум врачей и максимум среднего и младшего медицинского персонала.

Основная цель пребывания в хосписе - скрасить последние дни жизни, облегчить страдания,

Дневной стационар предназначен для пребывания больных в течение нескольких часов больных, когда пациентам последовательно проводится несколько лечебных процедур или диагностических исследований. Как правило, организуется при поликлиниках.

В состав дневного стационара, как правило, следует включать:

- палаты с постом дежурной медицинской сестры;
- кабинеты врачей;
- процедурную;
- помещения дневного пребывания больных;
- санитарно-гигиенические помещения;
- кладовые для чистого и грязного белья.

Травматологический пункт при больницах оказывает экстренную круглосуточную помощь населению при травмах.

Частные клиники

Частный сектор здравоохранения не располагает возможностью создания системы скорой медицинской помощи, доступной для всех пациентов; крупных профильных специализированных центров; не мотивирован в содержании на балансе научно-исследовательских центров. Кроме того, частные клиники, как и любое медицинское учреждение, должно тесно работать с органами санэпиднадзора. Поэтому в сфере

OŃTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	17стр. из 38

медицинского обслуживания населения необходимо сотрудничество государственных ЛПУ и частных клиник на принципе взаимопонимания и взаимовыгодного партнерства с целью повышения качества и доступности здравоохранения.

Внутрибольничная инфекция

Данный термин означает наличие такой окружающей пациента и медицинского работника среды, которая не создает для них опасности приобретения нового заболевания. Поступив на лечение в стационар, или придя на прием в поликлинику, пациент не должен подвергнуться опасности инфекционного заболевания, получить психологическую травму, испытать воздействие неблагоприятных побочных действий лекарств или физических методов лечения. Также и медицинская сестра, врач, да и любой сотрудник больницы должны находиться в организованной таким образом среде, чтобы она предотвратила отрицательное влияние профессиональных факторов.

Внутрибольничная (нозокомиальная (греч. *nosokomeion* – больница), госпитальная) инфекция – заболевание инфекционной природы, развившееся у пациента во время его пребывания в стационаре (лечебно-профилактическом учреждении) через 48 ч после поступления или вскоре после выписки (также в течение 48 ч), а также у медицинского работника, занимающегося в больнице лечением и уходом за больным.

Контингент лиц, у которых возможно развитие нозокомиальной инфекции:

- 1) стационарные больные (инфицирование в больнице);
- 2) больные, обратившиеся в лечебно-профилактические учреждения: дневной стационар, диспансер, консультативный центр, поликлинику, а также вызывавшие скорую помощь и пр.;
- 3) медицинский персонал: инфицирование при оказании помощи больным в стационаре и других лечебно-профилактических учреждениях.

В условиях стационара могут развиваться следующие инфекционные заболевания.

- Гнойно-септические инфекции: пиодермиты.
- Детские инфекции: корь, скарлатина, краснуха, дифтерия, эпидемический паротит и др.
- Вирусные инфекции: грипп, вирусные гепатиты В, С, В, ВИЧ и ДР.
- Кишечные инфекции: сальмонеллёз, амебиаз, шигеллёзы и др.
- Особо опасные инфекции: сибирская язва, чума, брюшной тиф и др.

Основными возбудителями внутрибольничной инфекции выступают следующие патогены.

- Облигатная (лат. *obligatus* – обязательный) патогенная микрофлора: микроорганизмы, вызывающие детские инфекции – корь, дифтерию, скарлатину, краснуху, эпидемический паротит и др., кишечные инфекции – сальмонеллёз и др., гепатиты В, С и пр.;
- Условно-патогенная микрофлора: золотистый стафилококк, стрептококки, синегнойная палочка, кишечная палочка и пр.
- Цитомегаловирусы, простейшие.

Источники ВБИ и группариска

Источником ВБИ являются: больные, носители возбудителей ВБИ, медицинский персонал и лица, привлекаемые для ухода за больными (а также студенты), родственники, навещающие больных в стационаре.

Места наиболее частой локализации условно патогенных микроорганизмов в организме человека:

Стафилококк (золотистый стафилококк): руки, подмышечные впадины, паховые складки, носоглотка.

Стрептококк: кожа рук, носоглотка.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	18стр. из 38

Синегнойная палочка: руки, глотка, кишечник, мочевыводящие пути.

Клебсиеллы: глотка, кишечник, мочевыводящие пути.

Кишечная палочка: руки, кишечник, мочевыводящие пути.

Субъекты, относящиеся к **группе риска**:

- пациенты хирургических, урологических, реанимационных отделений, которым проводятся инвазивные методы обследования и лечения;
- посетители, особенно дети и лица пожилого возраста со сниженной иммунологической реактивностью;
- родственники, ухаживающие за пациентом;
- медицинский персонал.

Факторы, влияющие на возникновение ВБИ

Факторами, предрасполагающими возникновению и распространению ВБИ, являются:

1. Внешние факторы (специфичны для любого стационара):

- аппаратура и инструментарий
- пищевые продукты
- воздух
- лекарственные средства

2. Микрофлора пациента:

- кожные покровы
- желудочно-кишечный тракт
- мочеполовая система
- дыхательные пути

3. Инвазивные медицинские манипуляции, проводимые в стационаре:

- длительная катетеризация вен и мочевого пузыря
- интубация
- хирургическое нарушение целостности анатомических барьеров
- эндоскопия

4. Медицинский персонал:

- постоянное носительство патогенных микроорганизмов
- временное носительство патогенных микроорганизмов
- больные или инфицированные сотрудники

Причины возникновения и развития ВБИ

> Недооценка эпидемической опасности внутрибольничных источников инфекции и риска заражения при контакте с больными гнойно-септическими инфекциями, их несвоевременная изоляция.

> Наличие не выявленных больных и носителей внутрибольничных штаммов среди медицинского персонала и пациентов.

> Нарушение персоналом правил асептики и антисептики, личной гигиены, текущей и заключительной дезинфекции, режима уборки.

> Нарушение режима стерилизации и дезинфекции медицинских инструментов, аппаратов, приборов и т.п.

> Нарушение мероприятий ограничительного и охранительного режима.

Заболевания, относящиеся кВБИ

> Генерализованные инфекции: сепсис, бактериальный шок вирусемия и др.

> Локализованные инфекции.

- Инфекции кожи и подкожной клетчатки: постинъекционные абсцессы, омфалит, рожа, пиодермия, абсцесс и флегмона подкожной клетчатки, парапроктит, мастит, дерматомикозы и другие;
- Респираторные инфекции: бронхит, пневмония, плеврит и др.;
- Инфекции глаза: конъюнктивит, кератит, блефарит и др.;
- ЛОР-инфекции: отиты, синуситы, ринит, мастоидит, ангина, ларингит, фарингит и др.;
- Стоматологические инфекции: стоматит, абсцесс и др.;
- Инфекции пищеварительной системы:
- гастроэнтероколит, энтерит, колит, холецистит, гепатиты, перитонит и др.;
- Урологические инфекции: пиелонефрит, цистит, уретрит и др.;
- Инфекции половой системы: эндометрит и др.;
- Инфекции костей и суставов: остеомиелит, артрит, инфекция межпозвоночных дисков;
- Инфекции центральной нервной системы: менингит, абсцесс мозга, и др.;
- Инфекции сердечно-сосудистой системы: эндокардит, миокардит, перикардит, постоперационный медиастинит.

Профилактика ВБИ

Профилактика ВБИ заключается в организации мероприятий, предотвращающих занос и распространение ВБИ в стационаре.

1. Мероприятия по санитарно-эпидемиологическому надзору

- санитарно-бактериологическое исследование объектов окружающей среды в ЛПУ, особенно в отделениях реанимации и интенсивной терапии;
- учет, регистрация случаев ВБИ и анализ заболеваемости;
- определение возбудителя ВБИ;
- определение спектра устойчивости микроорганизмов к антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам;
- контроль состояния здоровья медицинского персонала (болезнь, носительство, бактерионосительство);
- контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ЛПУ.

2- Мероприятия по выявлению источника инфекции

- своевременное выявление больных ВБИ;
- проведение эпидемиологического расследования каждого случая ВБИ;
- своевременная изоляция больных в специальные отделения, палаты;
- регулярное выявление носителей возбудителей ВБИ среди персонала;
- санация носителей возбудителей ВБИ среди персонала и больных.

3. Мероприятия, направленные на устранение механизма передачи ВБИ

- максимальное разобщение пациентов вплоть до создания боксированных палат;
- разделение «гнойных» и «чистых» потоков больных;
- введение карантинных мероприятий по эпидемиологическим показаниям;
- мытье рук персоналом;
- обработку операционного поля, кожных покровов, родовых путей;
- использование одноразовых медицинских инструментов, спецодежды, предметов туалета и ухода, одноразовых расходных материалов и белья;
- регулярная смена нательного и постельного белья;
- правильное хранение и удаление грязного белья и перевязочного материала;
- правильное санитарное содержание помещений;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	20стр. из 38

- дезинфекция и стерилизация постельных принадлежностей и предметов ухода после каждого пациента;
 - контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.
4. Мероприятия, направленные на повышение невосприимчивости организма
- индивидуальное наблюдение для ослабленных больных;
 - рациональное использование антимикробных средств;
 - применение препаратов, повышающих иммунитет: иммуномодуляторы, витамины;
 - вакцинация сотрудников ЛПУ по эпидемиологическим показаниям.

4. **Иллюстративный материал:** презентация

5. **Литература:** Приложение №1

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

1. Понятие сестринский процесс?
2. Сколько этапов содержит сестринский процесс?
3. Какие существуют типы лечебно-профилактических учреждений?
4. Понятие внутрибольничная инфекция (ВБИ)?
5. Факторы, влияющие на возникновение внутрибольничной инфекции.
6. Назовите заболевания, относящиеся к ВБИ?
7. Назовите мероприятия по профилактике ВБИ.

Лекция №3.

1.Тема: Мониторинг состояния больного. Состояние сознания. Методы исследования крови. Лимфатические узлы.

2.Цель: Ознакомить студентов с мониторингом состояния больного и состоянием сознания. Изучить методы исследования крови и лимфатических узлов.

3.Тезисы лекции:

Общий осмотр больного, правила и техника. Оценка сознания, положения больного. Оценка телосложения.

Субъективное обследование подразумевает *опрос* пациента. Проводя его необходимо создать конфиденциальную обстановку, вежливо задавать вопросы по определенной схеме. При первой встрече с пациентом собираются анкетные данные: возраст, *место* жительства, *место* работы.

При субъективном обследовании выясняются:

- жалобы - что заставило пациента обратиться за медицинской помощью;
- данные из анамнеза болезни – история возникновения той или иной проблемы, начало заболевания, как оно протекало, как лечился пациент;
- данные из анамнеза жизни – как развивался, чем болел, какова наследственность, есть ли аллергическая настроенность организма. Кроме того - взаимоотношения в семье, финансовый статус, окружающая обстановка, в которой живет и работает пациент;
- есть ли у пациента нарушения зрения, речи, памяти, сна;
- данные о духовном развитии – отношение к религии, привычки, обычаи;
- как пациент сам оценивает свое состояние, как относится к процедурам.

Методы объективного сестринского обследования пациента

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	21стр. из 38

Осмотр – визуальная оценка общего состояния, сознания пациента, положения его относительно постели, выражения его лица, его телосложения. Осмотреть необходимо видимые слизистые, кожу, волосистые участки тела.

Пальпация (ощупывание) – оценка состояния кожи (влажность, эластичность), подкожно-жирового слоя, лимфатических узлов, мышц; определение участков болезненности, свойств пульса, выявление отеков.

Перкуссия (простукивание) – определение границ внутренних органов, патологических изменений в них.

Аускультация (выслушивание) – определение звуковых явления в ряде работающих органов (сердце, легкие), величины артериального давления.

Дополнительные обследования и измерения (антропометрические).

Оценка сознания

Различают сознание:

Ясное – пациент адекватно отвечает на вопросы, ориентируется в собственной личности, времени, пространстве.

Нарушенное - по типу угнетения и качественные нарушения сознания.

Нарушение сознания по типу угнетения:

Помраченное сознание – пациент заторможен, недостаточно ориентирован, на вопросы отвечает невпопад, с запозданием.

Ступор (оцепенение) – пациент на вопросы отвечает не осмысленно, после окрика или торможения, плохо ориентирован; рефлексы и реакция на боль сохранены.

Сопор (спячка) – пациент на вопросы не отвечает, просьб не выполняет. Реагирует на боль стоном, мимикой, движением. Зрачковый и роговичный рефлексы сохранены.

Кома – тяжелое поражение ЦНС с полным отсутствием реакции на внешние раздражители, рефлексов, с возможным нарушением функции жизненно-важных органов.

Качественные нарушения сознания:

1. бред,
2. галлюцинации,
3. дезориентация,
4. психомоторное возбуждение.

Кровь и ее компоненты Методы исследования компонентов крови

Кровь представляет собой жидкость сложного состава – плазму, в которой суспензированы форменные элементы: эритроциты (RBC), лейкоциты (WBC) и тромбоциты (PLT). При коагуляции крови после отделения сгустка остается жидкость, которая называется сывороткой.

Взятие и обработка крови Исследование рекомендуется проводить утром натощак или через 1 ч после легкого завтрака. Кровь для проведения общего клинического анализа берут у пациента из пальца, вены или из мочки уха, а у новорожденных – из пятки. Не рекомендуется брать кровь после физической и умственной нагрузки, применения медикаментов, особенно при внутривенном или внутримышечном их введении, воздействия рентгеновских лучей и после физиотерапевтических процедур. В экстренных случаях этими правилами пренебрегают.

Взятие капиллярной крови

Капиллярную кровь получают с помощью прокола: 1 – мякоти концевых фаланг пальцев рук, 2 – мочки уха, 3 – у новорожденных – пятки или большого пальца ноги. Прокол должен быть глубокий, около 3–4 мм. Не следует брать кровь из воспаленных или

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику» Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	044 – 75/11 22стр. из 38

поврежденных участков. Если место предполагаемого прокола холодное и цианотичное, его предварительно согревают массажем или погружением конечности в теплую воду. Кожу обрабатывают 70 %-ным этиловым спиртом и затем прокалывают. Первую каплю снимают ватным тампоном. Из следующих капель крови при легком надавливании быстро набирают необходимое количество крови. Кровь с поверхности пальца набирается индивидуальным стерильным капилляром Панченкова.

Лимфатические узлы — органы лимфоцитопоэза и образования антител, располагающиеся по ходу лимфатических сосудов. В организме имеется 600—700 лимфатических узлов, наибольшее их количество находится в брыжейке (200—500), в корне легкого (50—60), в подмышечной ямке (8—37). Вес лимфатических узлов составляет 500—1000 г, что соответствует примерно 1% массы тела. Величина лимфоузлов колеблется от 1 до 22 мм в длину. Лимфоузлы располагаются в рыхлой соединительной ткани между кожей и мышцами, нередко рядом с крупными кровеносными сосудами. Они имеют соединительнотканную капсулу с примесью гладкомышечных волокон, что позволяет узлу сокращаться и перемещать лимфатическую жидкость.

Методика исследования лимфатических узлов.

У здорового человека лимфоузлы не видны и не доступны пальпации. Но учитывая широкую распространенность среди населения различных заболеваний зубов (кариес, периодонтит, пародонтоз и др.), приходится считаться с тем, что у многих людей удастся без особого труда прощупать подчелюстные лимфатические узлы, а вследствие мелких, порой незаметных травм кожных покровов нижних конечностей, могут пальпаторно определяться небольшие (размером с горошину) паховые лимфоузлы. По мнению ряда авторов, одиночные мелкие подмышечные узлы также не являются серьезным диагностическим признаком.

Исследование лимфатических узлов выполняется путем осмотра и пальпации.

При пальпации определяют размеры лимфатических узлов: их сопоставляют с величиной каких-то округлых предметов (размерами «с просяное зерно», «с чечевицу», «с мелкую (среднюю, крупную) горошину», «с лесной орех», «с голубиное яйцо», «с грецкий орех», «с куриное яйцо»).

Уточняют число увеличенных лимфоузлов, их консистенцию (тестоватая, мягкоэластичная, плотная); подвижность, болезненность при пальпации (признак воспалительных процессов), спаянность друг с другом в конгломераты и спаянность с окружающими тканями, наличие отека окружающей подкожной клетчатки и гиперемии соответствующего участка кожи, образование свищевых ходов.

Пальпацию лимфатических узлов проводят кончиками слегка согнутых пальцев (обычно вторыми - пятыми пальцами обеих рук), бережно, осторожно, легкими, скользящими движениями (как бы «перекатываясь» через лимфоузлы).

Пальпацию лимфатических узлов проводят в определенной последовательности. Вначале пальпируют затылочные лимфоузлы, которые располагаются в области прикрепления мышц шеи к затылочной кости, затем переходят к ощупыванию заушных лимфоузлов, которые находятся позади ушной раковины на сосцевидном отростке височной кости. В области околоушной слюнной железы пальпируют околоушные лимфатические узлы.

Нижнечелюстные (подчелюстные) лимфоузлы, которые увеличиваются при различных воспалительных процессах в полости рта, прощупываются в подкожной

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	23стр. из 38

клетчатке на теле нижней челюсти позади жевательных мышц (при пальпации эти лимфоузлы прижимают к нижней челюсти).

Подбородочные лимфоузлы определяют движением пальцев рук сзади наперед вблизи средней линии подбородочной области.

Поверхностные шейные лимфатические узлы пальпируют в боковых и передних областях шеи, соответственно вдоль заднего и переднего краев грудино-ключично-сосцевидных мышц. Длительное увеличение шейных лимфатических узлов, достигающих порой значительных размеров, отмечается при туберкулезном лимфадените, лимфогранулематозе, лимфолейкозе. Однако и у больных хроническим тонзиллитом вдоль передних краев грудино-ключично-сосцевидных мышц можно нередко обнаружить цепочки мелких плотных лимфоузлов.

При пальпации подмышечных лимфатических узлов слегка отводят руки больного в стороны. Пальцы пальпирующей руки вводят как можно глубже в подмышечную впадину, после чего отведенная рука больного возвращается в исходное положение; при этом пациент не должен прижимать ее плотно к туловищу. Пальпация подмышечных лимфатических узлов проводится движением пальпирующих пальцев в направлении сверху вниз. Увеличение подмышечных лимфатических узлов наблюдается при метастазах рака молочной железы, а также при каких-либо воспалительных процессах в области верхних конечностей.

При пальпации локтевых лимфатических узлов захватывают кистью собственной руки нижнюю треть предплечья исследуемой руки больного и сгибают ее в локтевом суставе под прямым или тупым углом. Затем указанным и средним пальцами другой руки скользящими движениями прощупывают sulci bicipiti medialis чуть выше надмыщелка плеча.

Паховые лимфатические узлы прощупывают в области пахового треугольника (fossa inguinalis) в направлении, поперечном по отношению к пупартовой связке.

Подколенные лимфоузлы пальпируют в подколенной ямке согнутой под прямым углом в коленном суставе ноги, установленной коленом на твердую опору.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: Приложение №1

6. Контрольные вопросы(обратная связь):

1. Как проводится общий осмотр больного?
2. Объективное сестринское обследование?
3. Как проводится оценка сознания, положения больного?
4. Методика взятия крови на анализ
5. Лимфатические узлы, функция.
6. Назовите места лимфатических узлов.

Лекция №4.

1.Тема: Болезни органов мочевыделительной системы. Диагностика и доврачебная помощь.

2.Цель: Ознакомить студентов с болезнями органов мочевыделительной системы, диагностикой и ее доврачебной помощью.

3.Тезисы лекции:

Мочевыделительная система человека – одна из важнейших систем организма. Она отвечает за сохранения баланса биологических жидкостей и жизненно важных микроэлементов. Нарушение работы органов этой системы негативно отражается на самочувствии больного и создает немалый дискомфорт в его повседневной жизни. Основным органом мочевыделительной системы считаются почки. Для выполнения всех функций этот орган требует интенсивного кровяного потока. Приблизительно четверть всего объема крови, которую выбрасывает сердце, приходится только на почки.

Типы заболеваний.

Все заболевания мочевыделительной системы по причинам образования делятся на врожденные и приобретенные. К первому типу относят врожденные пороки развития органов этой системы: недоразвитие почек – проявляется их отеками, повышенным артериальным давлением, нарушением обменных процессов. Наличие такой симптоматики повышает риск развития слепоты, слабоумия, почечного сахарного и несахарного диабета, подагры; патологии в строении мочеточников и мочевого пузыря, которые провоцируют частое мочеиспускание.

Уретрит Это инфекционное заболевание, в результате которого развиваются воспалительные процессы в мочеиспускательном канале. Основными проявлениями болезни являются: боль и жжение в процессе мочеиспускания; характерные выделения из мочеиспускательного канала; большой показатель лейкоцитов в моче. Уретрит в основном возникает вследствие попадания в уретру бактерий, вирусов и грибов. Среди возможных причин развития заболевания отмечают несоблюдение правил гигиены, половые контакты, очень редко инфицирование происходит путем заноса болезненных микроорганизмов по кровеносным сосудам из присутствующих в других органах очагов поражения.

Цистит Являет собой воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря. На развитие болезни влияют следующие факторы: застой мочи; общее переохлаждение; чрезмерное употребление копченостей, разных пряностей, спиртных напитков; нарушение гигиенических правил; воспаление других органов мочевой системы; наличие в мочевом пузыре камней и опухолей.

Пиелонефрит Это бактериальное воспалительное заболевание, которое поражает одну или две почки. Это наиболее опасная инфекционная болезнь мочевыводящих путей. Пиелонефрит часто возникает во время беременности, что связано с увеличением матки и ее давлением на мочеточники. В пожилом возрасте болезнь развивается среди мужской части населения. Дело в том, что у мужчин с годами происходит увеличение предстательной железы, которая нарушает процесс оттока мочи.

Диагностика болезней Диагностировать заболевания мочевыделительной системы может только врач. От своевременности обращения к урологу зависит эффективность лечения. Поэтому при первых признаках болезней необходимо обратиться к специалисту. Он назначит обследование, которое обычно включает лабораторные исследования (анализ мочи и крови) и инструментальную диагностику (УЗИ, МРТ, рентгенографию). При поражении почек выполняют функциональную пробу Реберга. Нередко для обследования почек используют биопсию, которая позволяет исследовать почечную ткань и установить точный диагноз.

Травмы почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры.

а) травмы почек – лидируют среди повреждений мочевыделительной системы.

Выделяют: - открытые травмы (ранения);

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	25стр. из 38

- закрытые (тупые): ушиб, гематома, разрыв почек (почечной лоханки, сосудистой ножки, паренхимы).

Причины: падение с высоты, автокатастрофы, во время спортивных игр, соревнований (закрытые травмы); открытые – наносятся огнестрельным оружием, ножом.

Симптомы:

- быстро нарастающая боль в боковом отделе живота или поясничной области, типичная иррадиация в паховую область, наружные половые органы, внутреннюю поверхность бедра;
- напряжение мышц в этих отделах при пальпации;
- гематурия;
- при открытых травмах – запах мочи из раны;
- травматический, геморрагический шок;
- признаки урогематомы (повышение температуры тела, лейкоцитоз, увеличение количества мочевины в моче);
- перитонит (при внутрибрюшинных повреждениях почек).

I Доврачебная помощь:

- наложение асептической повязки при наличии раны;
- обеспечить покой в положении на здоровом боку или животе с приподнятым головным концом;
- холод на область поврежденной почки;
- транспортировка в ЛПУ.

Лечение: - при ушибах, гематомах – лечение консервативное - холод на поясничную область, постельный режим, введение гемостатических препаратов;

- при разрывах почечной паренхимы – хирургическое лечение (ушивание - при небольшом повреждении) или удаление почки с последующим дренированием.

М/с должна измерять АД, пульс, наблюдать за внешним видом пострадавшего (для выявления признаков нарастания забрюшинной гематомы).

б) травмы мочеточников – встречаются редко, чаще с одной стороны.

Причины: проникающие ранения живота, реже ушибы брюшной стенки и поясничной области, при гинекологических, урологических операциях, при инструментальных исследованиях.

Клиника: дискомфорт, боль на стороне повреждения, подъем температуры неясной этиологии, гематурия.

I ДП: (см. травмы почек)

в) травмы мочевого пузыря – может быть внебрюшинный разрыв (участка мочевого пузыря непокрытого брюшиной), внутрибрюшинный разрыв (покрытый брюшиной).

Причины: падение с высоты, перфорация стенки пузыря фрагментами сломанных костей таза или металлическим катетером, оптическим инструментом при исследованиях, автокатастрофы, сдавления тяжелыми предметами.

Большое значение в момент травмы степень наполнения мочевого пузыря (при наполненном мочевом пузыре он становится более уязвим при прямом ударе).

Внутрибрюшинный разрыв (при этом часто повреждается прямая кишка) – в брюшную полость поступает моча, кровь, каловые массы, развивается клиника «острого живота». Осложнение – развитие перитонита.

Внебрюшинный разрыв - сильные рези внизу живота, частые ложные позывы на мочеиспускание, выделяется несколько капель крови, может быть анурия.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	044 – 75/11 26стр. из 38
Кафедра «Введение в клинику» Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»		

Если мочеиспускание сохраняется, то в моче гематурия. В околопузырной клетчатке появляются мочевые затеки, отек промежности, мошонки и половых губ, внутренней поверхности бедер, ягодицы, травматический шок.

I Доврачебная помощь:

- наложить асептическую повязку при наличии раны;
- обеспечить покой в положении «лягушки» (валик под колени) лежа на спине с приподнятым головным концом;
- холод на низ живота;
- обезболивание (при закрытых травмах обезболивающие препараты не вводить);
- введение гемостатиков (по назначению врача);
- согреть пострадавшего;
- транспортировка в ЛПУ.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: Приложение №1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Назовите клинические проявления заболеваний.
2. Классификация и синдромы болезней мочевыделительной системы?
3. Виды диагностики и доврачебная помощь.

Лекция №5.

1.Тема: Заболевания органов пищеварения и эндокринной системы. Диагностика и доврачебная помощь.

2.Цель: Ознакомить с заболеваниями органов пищеварения и эндокринной системы и оказанием доврачебной помощи при болях в животе и желудочно-кишечном кровотечении.

3.Тезисы лекции:

Заболевания системы пищеварения

Заболевания системы пищеварения: эзофагиты, гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дуодениты, энтериты, колиты, состояния нарушения пищеварения и другие

Пищеварительная система человека выполняет различные функции – обработку пищи, выделение из неё полезных веществ, обеспечение их всасывания в кровоток. Перебои в работе даже одного из органов пищеварения могут вызвать серьёзные проблемы всей системы. Причинами таких расстройств являются современная экология, новые продукты и лекарства, стрессы, несвоевременное питание, вредные привычки, наследственный фактор.

Заболеваниями органов пищеварения страдают люди любых возрастов. Среди наиболее часто встречающихся патологий – эзофагиты, гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дуодениты, энтериты, колиты.

Эзофагит

Эзофагит – поражение слизистой оболочки пищевода, которая может вызывать такие серьёзные осложнения, как пептическая язва, стеноз, болезнь Барретта. Основными симптомами эзофагита являются нарушение рефлекса глотания, изжога, боль за грудиной.



Диагностика заболевания включает в себя рентгенографию органа, эндоскопическую биопсию, лабораторные анализы крови. Лечение назначается строго индивидуально с учётом этиологии эзофагита и состоит в медикаментозной терапии и специальной диете. В тяжёлых случаях возможно хирургическое вмешательство.

Гастрит – одно из самых распространённых заболеваний, протекающих в острой или хронической форме у взрослых и детей. Это различные по своему происхождению воспаления слизистой оболочки желудка, для которых характерны боли в эпигастриальной области, изжога, тошнота, диспепсия, неприятный вкус и запах изо рта. Важным условием терапии гастрита является соблюдение правильного питания и диеты, а также приём медицинских препаратов и средств народной медицины – настой ромашки, мяты и других трав. Пациентам строго запрещается употреблять алкоголь!

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хроническое заболевание, для которого характерно появление патологических очагов на слизистой оболочке органов. Причинами её возникновения считаются инфекционное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки бактериями, а также нерегулярное питание, стрессы, продолжительный приём лекарств, гиперсекреция желудочного сока, курение. **Основные симптомы заболевания** – часто возникающие боли в верхней части живота, особенно на «голодный» желудок. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки опасны своими осложнениями – внутренними кровотечениями, перфорацией стенок кишки с проникновением её содержимого в брюшную полость и развитием перитонита, а также стенозом (кишечной непроходимостью). Лечение проводится под контролем врача-гастроэнтеролога. Самолечением заниматься запрещено! Для подавления инфекции используются антибактериальные препараты, а также антациды и гастропротективные средства. На протяжении всего курса следует придерживаться диеты, отказаться от курения и употребления алкогольных напитков.

Дуоденит – воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, поражающее её верхние и/или нижние отделы. Основные симптомы – общая слабость, боли в области желудка, изжога, тошнота, отрыжка. При соблюдении щадящей диеты острые проявления, обычно, заканчиваются спустя несколько дней. Хроническая форма дуоденита характеризуется частыми рецидивами. При несвоевременной медицинской помощи и правильном лечении возможно появление таких осложнений, как кишечные кровотечения, перфорация стенки кишки, панкреатит.

Энтерит – совокупность воспалительных процессов, возникающих в тонком кишечнике и сопровождающиеся нарушением его функции. Основные симптомы – расстройство стула, вздутие живота, боли в области пупка, общая слабость, бледность кожных покровов. Причинами заболевания являются кишечные инфекции, отравление токсическими веществами, переизбыток острой или жирной пищи, склонность к аллергиям. Энтерит может являться следствием других болезней желудочно-кишечного тракта. Диагноз ставится на основе бактериологического исследования кала, биохимического анализа крови, рентгенологического обследования кишечника. Острый энтерит лечат в стационаре. Пациенту назначается постельный режим, диетическое питание, ферментные препараты, а также отвары ромашки, мяты, плодов черники.

Колит – патологическое изменение слизистой оболочки толстой кишки вследствие инфекционного, токсического, лекарственного поражения. Основные симптомы – сильные боли, поносы, запоры, метеоризм. Для правильной постановки диагноза и медикаментозных назначений проводятся исследования кала на наличие гельминтов и простейших, колоноскопия, биопсия, лабораторные анализы крови. Лечение назначается с

учётом полученных результатов и включает в себя приём антибактериальных препаратов, ферментов, пробиотиков, а также фитотерапию и диетическое питание.

Заболевания эндокринной системы — это группа заболеваний, которые связаны с нарушением функционирования гормональной системы организма. Гормональная система организма играет важную роль в регуляции различных процессов в организме, таких как метаболизм, рост и развитие, репродуктивная функция и другие. Некоторые из наиболее распространенных заболеваний эндокринной системы включают:

Гипотиреоз – заболевание, которым чаще страдают женщины, чем мужчины. **Гипотиреоз** характеризуется гипофункцией щитовидной железы, при котором гормонов вырабатывается недостаточное количество. **Гипотиреоз** приводит к замедлению обменных процессов. На начальной стадии **гипотиреоз** можно распознать по состоянию хронической усталости.

Сахарный диабет– заболевание полного или частичного дефицита инсулина в крови. Из-за этого жиры, белки и углеводы плохо всасываются, происходит неполное расщепление глюкозы. **Сахарный диабет** опасен для жизни.

Гигантизм – это чрезмерная выработка гормона роста, которая приводит к увеличенному, но пропорциональному развитию тела. У взрослых гиперфункция этого гормона провоцирует увеличение в размерах отдельных частей тела.

Симптомы эндокринных заболеваний, определяемые в Нижнем Новгороде доктором-эндокринологом. Эндокринная система включает в себя все железы внутренней секреции.

Признаки: слабость, бледность кожных покровов, потливость, подташнивание, головокружение, обморочное состояние, сниженное АД, тахикардия, анемия вследствие кровопотери; боли в эпигастральной области; язык обложен белым налетом, сухой; рвота цвета «кофейной гущи»; признак кишечного кровотечения - «дегтеобразный» стул появляется через сутки.

«**Острый живот**» — очень серьезный и сложный синдром. Необходимо быстро доставить больного в стационар и придерживаться принципа «не навреди». Оказывая первую помощь больному с «острым животом», следует помнить, что в данном случае главное: обеспечить холод, голод и покой.

Первая доврачебная помощь:

1. Вызвать врача или «скорую помощь»;
2. Успокоить пациента, уложить в горизонтальное положение, голову повернуть набок во избежание аспирации рвотными массами (при желудочном кровотечении), приподнять ножной конец (при кишечном кровотечении);
3. Обеспечить полный покой для снижения интенсивности боли;
4. Холод на область живота (пузырь со льдом) и (или) глотать кусочки льда (при желудочном кровотечении);
5. Приготовить лоток, таз, клеенку, полотенце для ухода при рвоте
6. Приготовить лекарственные препараты: 10% р-р хлорида кальция или др. солевые растворы, викасол, р-р аминокaproновой кислоты, дидинон;
7. Наблюдать за состоянием пациента до прибытия врача или машины «скорой помощи»;
8. Экстренная шадящая транспортировка в лечебное учреждение.

Примечание!: Нельзя вводить спазмолитики; обезболивающие наркотические препараты (чтобы не «смазать» клиническую картину заболевания); поить и кормить пациента;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	29стр. из 38

клясть грелку на область живота (усиливает воспалительный процесс и кровотечение); промывать желудок и ставить очистительную клизму; давать слабительные средства.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: Приложение №1

6. Контрольные вопросы(обратная связь):

1. Назовите заболевания пищеварительной системы.
2. Назовите заболевания эндокринной системы
3. Как оказывается первая доврачебная помощь при желудочном кровотечении?

Лекция №6.

1.Тема: Заболевания сердечно-сосудистой системы. Заболевания органов дыхательной системы. Диагностика и доврачебная помощь.

2.Цель: Ознакомить с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной системы, диагностикой и оказанием доврачебной помощи при данных заболеваниях.

3.Тезисы лекции:

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – это группа органических и функциональных патологий кровеносной системы (сердца, артерий, вен). Нарушения со стороны сердца можно заподозрить по болям и ощущению тяжести за грудиной, одышке, неровному сердечному ритму, учащённому сердцебиению. При поражении сосудов головы и шеи могут наблюдаться головные боли, шум в ушах обмороки. Заболевания периферических сосудов сопровождаются болями в ногах, отёками, хромотой. Большинство ССЗ крайне опасны для жизни, при появлении их симптомов следует немедленно обратиться к кардиологу или терапевту – он направит к нужному специалисту.

Классификация ССЗ

К наиболее распространённым, социально значимым ССЗ относятся:

- Гипертоническая болезнь – стойкое повышение артериального давления.
- Атеросклероз – перекрытие артериального просвета холестериновыми бляшками. Поражение коронарных сосудов приводит к ишемической болезни сердца, артерий головы и шеи – к ишемии (недостатку кровоснабжения) головного мозга, крупных артерий ног – к ишемии конечности.
- Ишемическая болезнь сердца – нарушение кровоснабжения миокарда, обусловленное обструкцией (сужением просвета) коронарных артерий. Острая форма заболевания – инфаркт миокарда.
- Сердечные аритмии – нарушения сердечного ритма и проводимости.
- Воспалительные заболевания сердца – поражения аутоиммунного или инфекционного характера, затрагивающие околосердечную сумку, мышечный слой или внутреннюю соединительнотканную выстилку сердца - перикардиты, миокардиты, эндокардиты соответственно. Чаще всего регистрируется ревмокардит.
- Цереброваскулярные патологии – болезни сосудов головного мозга. Острой формой нарушения кровообращения в магистральных сосудах головы и шеи является ишемический инсульт (инфаркт мозга). При нарушении целостности или несостоятельности сосудистой стенки развивается геморрагический инсульт (кровоизлияние в мозг).

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	30стр. из 38

- Облитерирующий тромбангиит – прогрессирующее закрытие мелких артерий ног (сначала вследствие спазма, затем – присоединившегося тромбоза), сопровождающееся ишемией конечности.
- Венозные тромбозы и тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) – полное или частичное закрытие кровяным сгустком просвета вен или магистральной артерии, отвечающей за кровоснабжение лёгких.

Симптомы сердечно-сосудистых заболеваний:

Болезни сердца и сосудов на начальных стадиях зачастую протекают бессимптомно и могут манифестировать остро – проявлениями инфаркта или инсульта. Дебюту (или обострению хронической патологии) часто предшествует нервное потрясение, переутомление, физические нагрузки, переизбыток. Большинство сердечных патологий сопровождается сердечной недостаточностью.

Симптомы заболеваний сердца:

Острая сердечная недостаточность – холодный пот, резкий упадок сил, выраженное удушье, кашель с выделением пены (признак отёка лёгких), синюшность кожных покровов (цианоз)

Хроническая сердечная недостаточность - быстрая утомляемость, плохая переносимость физических нагрузок, одышка, удушье, сухой кашель (иногда кровохарканье), скудное мочеиспускание, отёки, асцит.

Инфаркт миокарда – острая боль в груди, отдающая в левое плечо, верхнюю часть спины, шею, подбородок (иногда интенсивная боль в животе); одышка, сильная слабость, холодный пот; ощущение беспокойства, страха смерти.

Ревмокардит – повышенная потливость, лихорадка, признаки сердечной недостаточности.

Сердечная аритмия – сердцебиение, ощущение «замирания» сердца, головокружение, обморок, проявления сердечной недостаточности.

Осложнения ССЗ

По данным ВОЗ, кардиоваскулярные патологии являются основной причиной смерти, часто приводят к инвалидности. Летальный исход нередок при обширных инфарктах и инсультах, массивной ТЭЛА, сердечной недостаточности, осложнённой отёком лёгких, кардиогенным шоком. Перенесённый инсульт может повлечь широкий спектр неврологических расстройств, хроническое нарушение мозгового кровообращения – к прогрессирующим когнитивным нарушениям. Периферические артериальные патологии опасны развитием гангрены с последующей ампутацией конечности (нередко в молодом возрасте). ССЗ пагубно влияют на состояние репродуктивной сферы: у мужчин нередко регистрируется импотенция, у женщин – бесплодие и бездетность.

Диагностика

Диагноз патологии сердца или сосудов устанавливается на основании результатов клинического осмотра, опроса пациента, ряда инструментальных и лабораторных исследований. Основные инструментальные методы, применяющиеся в диагностике ССЗ:

Электрокардиография (ЭКГ) – электрофизиологический метод, используется в диагностике аритмий, инфаркта миокарда. Разновидность – холтеровское мониторирование, позволяющее снимать показания в течение суток с помощью портативного прибора.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	31стр. из 38

Эхокардиография (ЭхоКГ) – ультразвуковой метод исследования сердца, выявляет как функциональные расстройства, так и структурные нарушения (опухоли, вегетации, пороки, воспаления). Назначается и при подозрении на ТЭЛА.

МРТ, КТ (магнитно-резонансная, компьютерная томография) головного мозга – применяется в диагностике инсультов.

УЗДС и УЗДГ (ультразвуковое дуплексное сканирование и доплерография) сосудов – используется в диагностике хронического нарушения мозгового кровообращения, болезней периферических сосудов.

Стенокардия

Признаки:

- боль в груди, которую характеризуют как давящую, сжимающую, пекущую;
- распространение боли в шею, челюсть, руки, плечи или спину;
- одышка, ощущение нехватки воздуха (сердечная астма), бледность;
- внезапная и сильная усталость;
- тревожность и беспокойство;
- тошнота.

Первая помощь:

- немедленно прекратить любую деятельность, если боль возникла во время физического усилия;
- обеспечить покой и помочь больному принять удобное полусидящее положение, приподняв голову;
- спросить у человека, есть ли у него антиангинозные препараты в виде сублингвальных таблеток или спрея; если имеются — помочь ему принять их; один из самых распространенных и действенных препаратов, которые помогают снять приступ стенокардии в домашних условиях, – «Нитроглицерин».
- когда же боль не уменьшается в течение 5 минут после приема медикаментов, необходимо принять вторую дозу;
- если боль длится в течение 15 минут и больше или возобновляется после некоторого облегчения, можно заподозрить развитие инфаркта миокарда. В таком случае необходимо вызвать экстренную медицинскую помощь;
- при отсутствии любых препаратов и улучшения после прекращения нагрузки и отдыха, нужно немедленно вызвать медицинскую помощь;
- если симптомы прекращаются полностью в течение 15 минут после отдыха и/или приема лекарственного препарата, человек может вернуться к обычным делам, если они не предполагают большую нагрузку, и обратиться к своему лечащему врачу в плановом порядке.

Инфаркт миокарда

Признаки:

- возникающая внезапно или приступообразно сильная боль за грудиной, продолжающаяся более получаса (до 2 часов);
- болевые ощущения носят жгучий, разрывающий, кинжальный характер, обычно возникают после физической нагрузки (иногда сразу после сна) и не становятся менее выраженными даже после состояния покоя;
- боль не устраняется (как при приступе стенокардии) приемом Нитроглицерина и после приема таблетки (и даже повторной дозы) человек может почувствовать лишь незначительное уменьшение болевых ощущений;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	32стр. из 38

- выраженная слабость (вплоть до пред- или обморочного состояния);
- тошнота;
- болевые ощущения отдают в левую (иногда в правую) руку, область шеи, межлопаточную зону, зубы, лопатку, нижнюю челюсть;
- резкая бледность;
- появление на коже холодного и липкого пота;
- выраженное беспокойство и страх наступления смерти.

Гипертонический криз

Признаки:

- головная боль;
- шум в ушах;
- тошнота и рвота. Гиперемия (покраснение) лица;
- тремор конечностей;
- сухость во рту;
- учащенное сердцебиение (тахикардия);
- зрительные нарушения (мелькание мушек или пелена перед глазами).

Первая помощь:

- успокоить больного. Эмоциональное напряжение усугубляет ситуацию, способствуя росу давления;
- расстегнуть воротник;
- предложить пациенту занять полусидячее положение;
- раскрыть окно и обеспечить приток свежего воздуха;
- попросить его дышать глубоко и ровно;
- под язык поместить лекарство, снижающее АД, – Каптоприл, Нифедипин, Кордафлекс;
- повторить прием медикамента, если бригада экстренной медицинской службы не приехала на протяжении 30 мин, а пациенту так же плохо;
- если человека знобит, необходимо положить теплые грелки на икры и накрыть одеялом.

Инсульт

Признаки:

- слабости или онемения в конечностях с одной стороны;
- головокружении;
- онемении половины лица;
- перекошенном лице;
- потери способности говорить;
- ощущении «каши во рту»;
- резком ухудшении зрения;
- потери привычных навыков (чтения, письма).

Остановка сердца

Состояние остановки сердца является критическим, так как головной мозг и другие жизненно важные органы остаются жизнеспособными лишь в течение нескольких минут без насыщенной кислородом крови!

Признаками остановки сердца являются отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульса у больного.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	33стр. из 38

При наличии признаков остановки сердца необходимо проводить сердечно-легочную реанимацию-это искусственная вентиляция легких с одновременным ритмичным надавливанием средней силы на нижнюю треть грудины с чередованием 2 вдоха через рот больного с одновременным зажатием его носа и 30 надавливаний на грудину. Без проведения реанимационных процедур смерть мозга наступает в течение 5-6 минут.

Болезни органов дыхания. Диагностика и доврачебная помощь.

Ознакомить с болезнями органов дыхания, диагностикой и оказанием доврачебной помощи при заболеваниях органов дыхания.

Дыхательная система – один из самых важных «механизмов» нашего организма. Она не только наполняет организм кислородом, участвуя в процессе дыхания и газообмена, но и выполняет целый ряд функций: терморегуляция, голосообразование, обоняние, увлажнение воздуха, синтез гормонов, защита от факторов внешней среды и т.д.

При этом органы дыхательной системы пожалуй чаще остальных сталкиваются с различными заболеваниями. Ежегодно мы переносим ОРВИ, ОРЗ и ларингит, а иногда боремся и с более серьезными бронхитом, ангиной и гайморитом.

Заболевания органов дыхательной системы делятся на четыре типа:

- **Инфекционные** – их вызывают вирусы, бактерии, грибы, которые попадают в организм и вызывают воспалительные заболевания органов дыхания. Например, бронхит, пневмонию, ангину и т.д.
- **Аллергические** – появляются из-за пылицы, пищевых и бытовых частиц, которые провоцируют бурную реакцию организма на некоторые аллергены, и способствуют развитию заболеваний органов дыхания. Например, бронхиальной астмы.
- **Аутоиммунные** заболевания органов дыхательной системы возникают, когда в организме происходит сбой, и он начинает вырабатывать вещества, направленные против собственных клеток. Пример такого воздействия – идиопатический гемосидероз легких.
- **Наследственные** – человек предрасположен к развитию некоторых заболеваний на генном уровне.

Содействуют развитию заболеваний дыхательной системы и внешние факторы. Они не вызывают заболевания напрямую, но могут спровоцировать ее развитие. Например, в плохо проветриваемом помещении возрастает риск заболеть ОРВИ, бронхитом или ангиной.

Симптомы

Определить заболевание дыхательной системы можно по следующим симптомам:

- кашель;
- боль;
- одышка;
- удушье;
- кровохарканье.

При кашле может возникать боль. Страдающих заболеваниями органов дыхательной системы боль также сопровождает при дыхании или определенном положении тела. Она может отличаться по интенсивности, локализации и продолжительности. Одышка также делится на несколько видов: субъективная, объективная и смешанная. Субъективная появляется у больных при неврозах и истерии, объективная возникает при эмфиземе легких и характеризуется изменением ритма дыхания и продолжительностью вдоха выдоха. Удушье – это наиболее тяжелая форма одышки. Внезапные приступы удушья

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	34стр. из 38

могут быть признаком бронхиальной или сердечной астмы. При еще одном симптоме заболеваний дыхательной системы – кровохарканы – при кашле выделяется кровь с мокротой.

Диагностика заболеваний органов дыхания

Методы диагностики данной группы заболеваний весьма многообразны, мы рассмотрим самые простые и распространенные.

Первым шагом диагностирования патологий дыхательных органов является осмотр пациентов. С его помощью выявляют возможную патологию формы грудной клетки, определяют тип дыхания, его ритм, глубину и частоту.

Пальпацию проводят с целью оценки голосового дрожания, к примеру, при воспалении легких оно может быть усиленным, а при плевритах, наоборот, ослабленным.

Оценку дыхания проводят с помощью аускультации (жесткое дыхание наблюдается при бронхитах, при бронхиальной астме прослушиваются сухие хрипы, при пневмонии или абсцессе легкого ясно слышны влажные хрипы).

С помощью перкуссии выявляют уменьшение количества воздуха в легких, а так же определяют их границы.

Кроме всего прочего, существуют:

1) Инструментальные и лабораторные методы диагностики заболеваний органов дыхания:

а) Самым распространенным и важным методом инструментальной диагностики является рентгенологические исследования:

- рентгеноскопия;
- флюорография;
- томография;
- рентгенография;
- бронхография

б) Эндоскопические исследования:

- бронхоскопия;
- торакоскопия.

2) Методы функциональной диагностики заболеваний органов дыхания:

а) Пробы на выявление дыхательной недостаточности.

б) Эргоспирография.

в) Микроскопическое исследование мокроты.

Диагностика заболеваний органов дыхания играет довольно огромное значение в лечении данной группы патологий: чем быстрее и точнее установлена болезнь, тем выше шансы на успех в ее лечении.

Бронхиальная астма.

Приступ бронхиальной астмы возникает *внезапно* в любое время суток:

- наступает затруднение дыхания, преимущественно выдоха;
- появляются свистящие хрипы, слышимые на расстоянии;
- дыхание учащается;
- отмечается кашель с выделением вязкой прозрачной мокроты;
- приступ удушья продолжается от нескольких минут до нескольких часов;
- может возникнуть так называемое *астматическое состояние*, при котором удушье длится несколько суток или приступы удушья в течение этого времени следуют с короткими промежутками один за другим.

Приступ бронхиальной астмы требует оказания неотложной доврачебной помощи.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»		044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»		35стр. из 38

Неотложная доврачебная помощь при приступе бронхиальной астмы состоит в следующем.

1. Следует успокоить больного, так как эмоциональное напряжение может усилить спазм бронхов.
2. Необходимо также помочь принять больному наиболее удобное положение, которое при астматическом приступе бывает вынужденным: пациент сидит или стоит, опираясь руками на какой-либо неподвижный предмет (спинку стула, кровать, стол, подоконник и т. д.). В таком положении больному легче дышать.
3. Надо обеспечить пациенту доступ свежего воздуха, освободить его от стесняющей одежды.
4. Важным элементом оказания помощи является *ингаляция* (введение путем вдыхания) бронхорасширяющими средствами. Обычно больные, страдающие бронхиальной астмой, имеют при себе индивидуальный карманный ингалятор с упомянутыми средствами в виде аэрозоля.

Неотложная доврачебная помощь при ряде функциональных нарушений при острых заболеваниях дыхательной системы. К таким нарушениям относятся:

- затруднение носового дыхания;
- кашель;
- одышка.

Неотложная доврачебная помощь при затруднении носового дыхания. В этом случае необходимо обеспечить больному достаточный отток отделяемого из полости носа:

- *путем очищения* полости носа от слизи или гноя ватными тампонами, вводя их поочередно в носовые ходы вращательными движениями. Для удаления корочек ватные тампоны смачивают вазелиновым маслом, вводят их в полость носа, оставляют их там на 2—3 мин и затем извлекают;
- *путем промывания* полости носа водой или слабыми подогретыми до температуры тела дезинфицирующими растворами (например, раствором борной кислоты). Раствор наливают в полость носа или распыляют пульверизатором. Налитая жидкость выливается через рот в лоток, который больной держит в руках;
- *путем введения лекарственных препаратов* (назначаемых врачом). Лекарственные препараты в полость носа могут быть введены двумя способами:
 - *путем закапывания капель* с помощью пипетки. Необходимо набрать нужное количество капель в пипетку, приподнять кончик носа пациента, закапать лекарство в нижний носовой ход через одну ноздрю, подождать несколько минут, затем повторить процедуру с другой ноздрей;
 - *путем ингаляций* (введения лекарственных веществ путем вдыхания). Для ингаляций используются баллончики с аэрозолем лекарственного вещества. Пациент должен склонить голову к правому плечу, зажать пальцем правое крыло носа и сделать глубокий выдох через рот. Наконечник баллончика надо ввести в левую половину носа пациента, после чего попросить пациента сделать вдох через нос и во время вдоха выполнить ингаляцию путем нажатия на дно баллончика. Аналогичным образом осуществляется ингаляция в правую половину носа.

При всех описанных выше процедурах пациент должен находиться в положении сидя или лежа на спине с запрокинутой головой.

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	36стр. из 38

Неотложная доврачебная помощь при одышке. Одышка — ощущение нехватки воздуха, сопровождающееся расстройством частоты, ритма и глубины дыхательных движений. Для патологии легочной системы наиболее характерно учащение дыхания.

Неотложная доврачебная помощь при одышке состоит в следующем.

1. Больному следует придать полусидячее положение.
2. Нужно освободить больного от стесняющих дыхание элементов одежды.
3. Необходимо обеспечить максимальный приток свежего воздуха в помещение.
4. В ряде случаев бывает показанными *ингаляции кислородом*. В больничных условиях используют стационарную установку для подачи кислорода или кислородные баллоны. Кислород поступает больному через катетер, который вводится в заднеглоточное пространство через нижний носовой ход. Катетер присоединяется к дозирующему устройству. В настоящее время существуют аппараты — *кислородные концентраторы*, которые можно использовать в домашних условиях. Во избежание ожога слизистой оболочки дыхательных путей кислород должен подаваться больному в увлажненном состоянии.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: Приложение №1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Назовите заболевания сердечно-сосудистой системы
2. Классификация ССЗ
3. Симптомы ССЗ
4. Диагностика ССЗ
5. Назовите заболевания органов дыхания
6. Типы заболеваний органов дыхания
7. Симптомы заболеваний органов дыхания
8. Диагностика заболеваний органов дыхания

Приложение №1

Основная литература:

1. Клиникаға кіріспе. Том 1 [Мәтін] :оқулық / С. М. Кабиева [ж.б.] ; ҚР денсаулықсақтау және әлеуметтік даму министрлігі. ҚММУ. - Алматы :Эверо, 2016. - 287 б. с
2. Каркабаева, А. Д. Клиникаға кіріспе-2. 1 -бөлім [Мәтін] :оқуқұралы / А. Д. Каркабаева, Н. Н. Теляева. - Астана : [б. и.], 2017. - 152 бет. с.Каркабаева, А. Д. Клиникаға кіріспе-2. II-бөлім [Мәтін] :оқуқұралы / А. Д. Каркабаева, Н. Н. Теляева. - [Б. м.] : Астана, 2017. - 208 бет. с
3. Каркабаева, А. Д. Клиникаға кіріспе-2. II-бөлім [Мәтін] :оқуқұралы / А. Д. Каркабаева, Н. Н. Теляева. - [Б. м.] : Астана, 2017. - 208 бет. с
4. Толекова, С. З. Клиникаға кіріспе [Мәтін] :оқу құралы / С. З. Толекова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 244 бет. с
5. Теляева, Н. Н. Введение в клинику -2. Ч. 1 [Текст] : учеб. пособие / Н. Н. Теляева, А. Д. Каркабаева. - Астана : [б. и.], 2017. - 214 с.
6. Теляева, Н. Н. Введение в клинику -2. Ч. II [Текст] : учеб. пособие / Н. Н. Теляева, А. Д. Каркабаева. - Астана : [б. и.], 2017. - 210 с

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	044 – 75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	37стр. из 38

7. Кабиева, С. М. Введение в клинику. Т. 1. [Текст] : учебник / С. М. Кабиева. - Алматы : Эверо, 2016. - 304 с
8. Курноскина В. П. Пациенттің клиникалық жағдайын бағалау : оқу құралы / В. П. Курноскина, Д. К. Жүнісова. - Қарағанда : Medet Group , 2020. - 224 бет

Дополнительная литература:

1. Алпысова А. Р. Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмдері = Алгоритмы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе : оқу құралы / А. Р. Алпысова, Н. В. Молодовская ; ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі. - Қарағанда : АҚНҰР, 2019. - 120 б. с.
2. Қаныбеков А. Жедел медициналық жәрдем : оқу құралы / А. Қаныбеков. - 2-ші бас. - Қарағанды : АҚНҰР, 2017. - 266 бет. с.
3. Аяпов К. Модернизация сестринского образования Казахстана : сб. / К. Аяпов. - 2-е изд., перераб. - [б. м.] : New book, 2022. - 220 с.
4. Kabiyeva, S. Introduction in clinic. Volume 1 [Текст] : textbook / S. Kabiyeva. - Almaty : "Evero" , 2016. - 263 p.
5. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
6. Пациенттерді оқыту : оқу құралы / Д. К. Жүнісова [және т. б.]. - Қарағанды : АҚНҰР, 2020. - 104 бет
7. Методы клинических лабораторных исследований : к изучению дисциплины / ред. В. С. Камышников. - 6-е изд. перераб. - М. : Медпресс-информ, 2013. - 736 с.
8. Даулетбаев Д.А. Мейірбике манипуляциясы алгоритмдері (стандарттары) Эверо-2024

Электронные учебники:

1. Датхаев, У. М. Коммуникативные навыки [Электронный ресурс] : учебник / У. М. Датхаев, М. А. Асимов, Г. Ж. Умурзахова . - Электрон. текстовые дан.(5,21 МБ). - Алматы : Эверо, 2016. - 256 с. эл. опт. диск (CD-ROM)
2. Асимов, А. А. Коммуникативтік дағдылар [Электронный ресурс] : оқулық / М. А. Асимов, А. А. Сұлтанбеков . - Электрон. текстовые дан.(7,30МБ). - Алматы : Эверо, 2016. - 260 бет. эл. опт. диск (CD-ROM).
3. Адилова, Л. М. Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері [Электронный ресурс] : оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : учеб. пособие - М. : "Литтерра", 2016. - 248б.
4. Коммуникативтік дағдылар. Коммуникативные навыки. Communication skills. Алматы, ТОО “Эверо”, 118 https://www.elib.kz/ru/search/read_book/601/
5. Дәрігер мамандығына кіріспе. Клиника, құқық, этика және коммуникация негіздері. Асимов М.А., Оразбакова Г.О., Мадалиева С.Х., Багиярова Ф.А., 2017/ <https://aknurpress.kz/reader/web/1545>
6. Жедел медициналық жәрдем Қаныбеков А. , 2017 <https://aknurpress.kz/reader/web/1346>
7. Диагностика және жедел медициналық көмек көрсету алгоритмі / algorithm of diagnosis and emergency care Алпысова А.Р. , 2015 <https://aknurpress.kz/reader/web/1348>

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику» Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в клинику»	044 – 75/11 38стр. из 38

8. Арынгазин, К.Ш., Мажимова, М.Б.
 Первая доврачебная помощь при несчастных случаях : Учебно-методическое пособие.
 / Сост. К. Ш. Арынгазин. - Павлодар: Кереку, 2013. - 73 с. <http://rmebrk.kz/book/68579>
9. S. Kabiyeva Introduction in clinic: Textbook, volume I. – Almaty: 2020 – 263
[p.https://elib.kz/ru/search/read_book/324/](https://elib.kz/ru/search/read_book/324/)
10. Кабиева С.М.Введение в клинику: Учебник. Том I./С.М. Кабиева.- Алматы:
 Эверо, 2020. –304 с https://www.elib.kz/ru/search/read_book/316/

Электронные ресурсы:

1. Электронная библиотека ЮКМА - <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республиканская межвузовская электронная библиотека (РМЭБ) – <http://rmebrk.kz/>
3. Цифровая библиотека «Акнурпресс» - <https://www.aknurpress.kz/>
4. Электронная библиотека «Эпиграф» - <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф - портал мультимедийных учебников <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. Информационно-правовая система «Заң» - <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library - <https://www.cochranelibrary.com/>