**Государственное автономное учреждение Амурской области профессиональная образовательная организация**

**«Амурский медицинский колледж»**

|  |
| --- |
|  |

**Методическая разработка**

**теоретического и практического занятия**

**по теме 1.1 «Сестринский уход в терапии»**

**ПМ. 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»**

**МДК 02.01 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях»**

**Тема: «Сестринский уход при гепатитах и циррозах печени».**

для специальности

34.02.01 «Сестринское дело» базовая подготовка

Благовещенск – 2015 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Рассмотренона заседании ЦМК«Основы сестринского дела»Протокол № \_\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 гПредседатель ЦМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Михайлова Г.Д. |  УтверждаюЭкспертный совет при информационно-методическом центре АМК«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 гПредседатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сидоренко М.А. |

Методическая разработкатеоретического и практического занятия по теме 1.1 «Сестринский уход в терапии» по теме «Сестринский уход при гепатитах и циррозах печени» для специальности 34.02.01 «Сестринское дело» (базовая подготовка) подготовлена преподавателем терапии Михайловой Галиной Дмитриевной

**Содержание.**

1. Пояснительная записка.
2. Организационно-методический блок
* структура и содержание теоретического занятия
* структура и содержание практического занятия
1. Литература.
2. Приложения

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Методическая разработка по теме: «Сестринский уход при гепатитах и циррозах печени»предназначена для реализации требований Государственного стандарта при подготовке студентов по предмету: **«**Сестринский уход в терапии».

ПМ.02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

МДК 02.01 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях»

Методическое пособие включает в себя

* *организационно-методический блок*
* *блок учебной информации*
* *блок контроля.*

***Рекомендации по работе с методическим пособием:***

Методическое пособие предназначено для проведения теоретических и практических занятий по дисциплине «Сестринский уход в терапии» на 3 курсе, с учётом знаний и умений, сформированных при изучении общепрофессиональных дисциплин: основы латинского языка, анатомия и физиология, фармакология, общих аспектов сестринского ухода.

Пособие содержит перечень целей, сформулированных в терминах видов деятельности. Имеется общая цель и конкретные цели достижения. Конкретные цели выражены в виде алгоритмов деятельности основной критерий контроля – решение профессиональных ситуационных задач с применением активных методов обучения. Новый материал освещён в разделе «Блок учебной информации», в котором рассмотрены все аспекты, касающиеся данной патологии, вопросы сестринского ухода за пациентами, алгоритмы действий медицинской сестры при гепатитах и циррозах печени и сестринских вмешательствах. Блок также включает актуализацию опорных знаний студентов и список рекомендуемой литературы. При проведении занятия преподаватель учитывает, что эта тема имеет большое значение в будущей работе медицинского работника любого профиля. При разборе темы используются слайды, таблицы, ситуационные задачи. При проведении контроля знаний используются различные методы: фронтальный опрос, тест-контроль, решение ситуационных задач.

Итоговая оценка студента по данной теме выставляется после суммирования всех результатов, учитывая внешний вид на занятии и ведение дневника практических занятий. Оцениваются общие и профессиональные компетенции.

В блок контроля включены тесты с эталонами ответа, задания для определения исходного уровня знаний студентов, проблемно-ситуационные задачи.

Количество часов на тему: 12

* аудиторные, теоретические часы – 2 ч.
* аудиторные, практические часы – 6 ч.
* самостоятельная работа – 4 ч.

**Организационно-методический блок**

Цели занятия:

**Общая цель:** научить студентов осуществлять сестринский уход при гепатитах и циррозах печени»

|  |
| --- |
| УМЕТЬ |
| **№ п/п** | **Конкретная цель** | **Исходный уровень** |
| 1. | Разрешить конкретные деонтологические ситуации у пациентов при гепатитах и циррозах печени | Владеть коммуникативными умениями общения (теоретические основы сестринского дела, психология) |
| 2. | Распознать симптомы панкреатитов, учитывая этиологию и патологию развития болезни | Использовать знания по анатомии и физиологии печени.(Анатомия и физиология) |
| 3.3.13.23.33.4 | Провести первичную сестринскую оценку состояния пациента при гепатитах и циррозах печени по характерным признакам.Выявить особенности жалоб и анамнеза при гепатитах и циррозах печени, используя субъективный метод исследования;Провести общий осмотр и выявить изменения кожи, слизистых оболочек, гемодинамических показаний, используя объективный метод исследованияИнтерпретировать изменения в клинических и биохимических показателях крови, мочи, результаты инструментальных методов исследования: УЗИ печениОформить документально лист сестринской оценки состояния пациента при гепатитах и циррозах печени | Проводить первичную сестринскую оценку состояния пациента:Использовать субъективный метод обследования (беседа с пациентом и родственниками: жалобы, анамнез)Использовать объективный метод исследования пациента (оценка состояния, сознания, положения в постели, типа телосложения, состояния кожных покровов и слизистых оболочек). Определение ЧДД, ЧСС, пульса, АД.Использовать данные лабораторных и инструментальных методов исследования (основы лабораторной диагностики)Записать полученную информацию в лист сестринской оценки состояния пациента (теоретические основы сестринского дела). |
| 4. | Выявить нарушенные потребности в зависимости от тяжести состояния и определить настоящие и приоритетные проблемы пациента с гепатитом и циррозом печени | Выявить нарушения фундаментальных потребностей и проблем пациента согласно адаптированной модели В. Хендерсон (ОСД, анатомия и физиология) |
| 5.5.15.25.3 | Составить план сестринского ухода за пациентом при гепатитах и циррозах печени. В плане сестринских вмешательствОпределить цель сестринского ухода совместно с пациентом по конкретной проблемеОпределить независимые и зависимые сестринские вмешательства по выявленной проблеме:* составить схемы ООД различных манипуляций
* оказать неотложную помощь при желудочно-кишечном кровотечении по алгоритму

Записать все сестринские вмешательства у пациентов при гепатитах и циррозах печени в протокол к плану сестринского ухода | Составить план сестринского ухода за пациентом, применяя стандартный план сестринского ухода1.Определять цели сестринского ухода совместно с пациентом2.Определять все виды сестринских вмешательств* Подготовить пациента к лечебно-диагностическим мероприятиям
* Выполнять сестринские манипуляции
* Обеспечить инфекционную безопасность, применяя универсальные и стандартные меры предосторожности
* Обеспечить безопасную среду для пациента и персонала
* Оказывать первую медицинскую помощь
* Проводить сердечно-лёгочную реанимацию
* Осуществлять лекарственную терапию
* Проводить реабилитационные и профилактические мероприятия (анатомия и физиология, фармакология, ОСД, СУ в терапии с курсом ПМП).
 |
| 6. | Оценить эффективность сестринских вмешательств у пациентов при гепатитах и циррозах печени, учитывая мнение пациента о достижении цели. | Оценивать реакцию пациента на сестринские вмешательства и проводить анализ качества предоставленной помощи, согласно текущей и итоговой оценки (анатомия и физиология, психология, клиническая фармакология, СУ в терапии с курсом ПМП) |

|  |
| --- |
| **Оценка результатов освоения практического занятия профессионального модуля** |
| **Профессиональные и общие компетенции** | **Основные показатели оценки результата** | **Формы и методы контроля и оценки** | **Уровень усвоения компетен-ции** |
| ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств | * осознанный выбор определенного уровня и типа общения;
* умение использовать различные каналы общения и выбирать необходимый канал для эффективного общения;
 | * оценка решения ситуационных задач;
* профессиональных задач;
* разбор конкретных ситуаций;
* наблюдение в процессе теоретических и практических занятий;
* оценка решения тестовых заданий;
* оценка выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.

Наблюдение в процессе учебной деятельности. | 2 |
| ПК 2.2осуществлять лечебно-диагностические вмешательства взаимодействия с участниками лечебного процесса | Провести первичную сестринскую оценку состояния пациента при гепатитах и циррозах печени по характерным признакам.Выявить особенности жалоб и анамнеза при гепатитах и циррозах печени, используя субъективный метод исследования;Провести общий осмотр и выявить изменения кожи, слизистых оболочек, гемодинамических показаний, используя объективный метод исследованияИнтерпретировать изменения в клинических и биохимических показателях крови, мочи, результаты инструментальных методов исследования: УЗИ печениОформить документально лист сестринской оценки состояния пациента при гепатитах и циррозах печени | * оценка самостоятельной работы в отделении
* оценка работы в коллективе
 | 2 |
| ПК 2.4 Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования | Уметь: осуществление медикаментозного лечения пациентов по назначению врача, соблюдение правил хранения и использования лекарственных средств; |  | 2 |
| ПК 2.6.Вести утверждённую медицинскую документацию | * правильное оформление медицинской документации установленного образца
 |  | 2 |
| ОК 4.Осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач. | * эффективный поиск необходимой информации;
* использование различных источников информации
 | * оценка самостоятельной работы на всех этапах
* оценка рефератов
 | 2 |
| ОК 6.Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руко-водством, потре-бителями. | взаимодействие со студентами, препо-давателями, руководителями практики, медицинским персоналом, пациентами, родственниками пациентов в ходе обучения | оценка самостоятельной работы на всех этапах | 2 |

Место проведения занятия:

* лекционный зал
* кабинет на базе ЛПУ

Оснащение занятия:

* пособие для студентов
* истории болезни пациентов
* набор лекарственных препаратов
* дидактический материал
* тонометр, фонендоскоп

Тип занятия: теоретическое и практическое занятие с использованием элементов проблемного обучения.

Межпредметные связи:

* Анатомия и физиология «Строение и функции печени»
* Фармакология «обезболивающие средства, мочегонные средства, ферментные препараты, антисекреторные средства, кровоостанавливающие средства, гормоны, цитостатики»
* Общая психология «Личность пациента»
* Общие аспекты сестринского ухода «Наблюдение за состоянием пациента», «Личная гигиена», «Способы введения лекарственных веществ», «Участие медицинской сестры в лабораторных методах исследования».

Внутрипредметные связи:

«Сестринское обследование пациента при заболеваниях органов пищеварения».

 **Литература.**

1. В.И. Маколкин «СД в терапии», 2010 г., АНМИ, Москва.
2. Т.Н. Ярцева «СД в терапии с курсом ПМП», 2009 г., АНМИ, Москва.

**Структура теоретического занятия.**

1. Организационный момент – 2 мин.
2. Актуализация опорных знаний – 15 мин.
3. Мотивация и изучение нового материала – 65 мин.
4. Закрепление – 5 мин.
5. Подведение итогов занятия и задание на дом – 3 мин.

**Содержание теоретического занятия**

1. *Организационный момент*
* Приветствие и создание психологического настроя
* Проверить готовность аудитории к занятию
* Отметить отсутствующих
* Проверить домашнее задание и ответить на вопросы по домашнему заданию.
1. *Актуализация опорных знаний проводится в форме фронтального опроса (Приложение №1)*
2. *Мотивация и конспект теоретического материала* (блок учебной информации).
3. *Закрепление нового материала проводится в форме решения криптограммы* (Приложение № 2) и тестового контроля (Приложение №3)
4. *Подведение итогов занятия и задание на дом.*
* Подведение итогов занятия, акцентируя внимание студентов на наиболее важных вопросах темы;
* задание на дом:

В.И. Маколкин «Сестринское дело в терапии», стр. 92-102

«Сестринский уход при гепатитах и циррозах печени»

**Структура практического занятия**

1. Организационный момент и методическая установка – 5 мин.

2. Актуализация опорных знаний – 80 мин.

3. Самостоятельная работа в отделениях больницы – 130 мин.

* Демонстрация и разбор больных с гепатитами и циррозами печени;
* работа на посту медицинской сестры и в процедурном кабинете.

4. Закрепление и подведение итогов занятия – 20 мин.

5. Задание на дом – 5 мин.

**Содержание практического занятия**

*1. Организационный момент и методическая установка*

* Приветствие;
* проверка готовности аудитории к занятию;
* проверка присутствующих, внешнего вида, наличия дневников.

*2. Актуализация опорных знаний*

* Фронтальный опрос (Приложение №1).
* Решение проблемно-ситуационных задач (Приложение №4).

*3. Самостоятельная работа*

* Демонстрация и разбор пациентов гепатитами и циррозами печени

Работа с малой группой – 2 человека.

* Студенты самостоятельно выявляют нарушение потребностей, проблемы пациента. Составляют планы сестринских вмешательств и алгоритмы действий медицинской сестры при гепатитах и циррозах печени
* Знакомятся с результатами дополнительных методов исследования;
* знакомятся с группами лекарственных препаратов, применяемых при панкреатитах.
* Работа на посту медицинской сестры и в процедурном кабинете по овладению профессиональными компетенциями.
* Подготовка пациента к фиброгастроскопии и ультразвуковому исследованию поджелудочной железы, печени
* измерение пульса, числа сердечных сокращений, артериального давления;
* подготовка пациента и проведение инъекционной техники;
* заполнение учётно-отчётной документации медсестры.

*4. Закрепление проводится в форме тест эталонного контроля* (Приложение № 3)

*5. Задание на дом*

Тема «Сестринский уход при гломерулонефритах».

Учебник. В.И. Маколкин «Сестринское дело в терапии», 2010 г., стр.92-102.

 **результаты освоения ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ**

Результатом освоения профессионального модуля является овладение обучающимися видом профессиональной деятельности «решение проблем пациента посредством сестринского ухода», в том числе профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями:

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование результата обучения** |
| ПК 2.1 | Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств |
| ПК 2.2. | Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса |
| ПК 2.3. | Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами |
| ПК 2.4. | Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования |
| ПК 2.5. | Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса |
| ПК 2.6. | Вести утверждённую медицинскую документацию. |
| ПК 2.7. | Осуществлять реабилитационные мероприятия |
| ПК 2.8. | Оказывать паллиативную помощь |
| ОК 1. | Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.  |
| ОК 2. | Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем |
| ОК 3. | принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность |
| ОК 4. | Осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач. |
| ОК 5. | Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности. |
| ОК 6. | Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями. |
| ОК 7. | брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения задания |
| ОК 8. | самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации. |
| ОК 11. | Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку |
| ОК 12. | Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности |

БЛОК УЧЕБНОЙ ИНФОРМАЦИИ

**"Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (хронические гепатиты, циррозы печени)".**

**Сестринский уход при хронических гепатитах.**

**Хронические гепатиты** (ХГ) – полиэтиологические хронические (длительностью более 6 мес.) поражения печени воспалительно-дистрофического характера с умеренно выраженным фиброзом и преимущественно сохраненной дольковой структурой печени.

**Этиология.** Наибольшее значение имеет вирусное (ОВГ), токсическое и токсико-аллергическое поражение печени (промышленные, бытовые, лекарственные хронические интоксикации, алкоголь, хлороформ, соединения свинца, аминазин, изониазид, метилдофа и др.).

*Хронический холестатический гепатит может быть обусловлен:*

* длительным подпеченочным холестазом (вследствие закупорки камнем или рубцового сдавления общего желчного протока, рака головки поджелудочной железы и т.д.)
* первично-токсическим или токсико-аллергическим поражением некоторыми медикаментами (производные фенотиазина, метилтестостерон и его аналоги и т. д.)
* после перенесенного вирусного гепатита.

*Различают:* первичные гепатиты (представляющих собой самостоятельное заболевание) и вторичные или реактивные гепатиты (возникающие на фоне хронических инфекций: туберкулеза, бруцеллеза и др., различных хронических заболевании пищеварительного тракта, системных заболеваний соединительной ткани и т. д.). Наконец, во многих случаях этиология хронического гепатита остается невыясненной.

**Симптомы ХГ:**

* увеличение печени (встречается приблизительно у 95%пациентов),
* боль в области печени (тупого характера, постоянная),
* чувство тяжести в правом подреберье,
* диспепсические явления,
* реже желтуха, кожный зуд, субфебрилитет,
* может быть незначительное увеличение селезенки.
* часто снижен аппетит, отрыжка, тошнота, плохая переносимость жиров, алкоголя, метеоризм, неустойчивый стул
* общая слабость, снижение трудоспособности, гипергидроз (повышенная потливость).
* у трети больных выявляется желтуха: нерезко выраженная (субиктеричность склер и неба) или умеренная.

**При лабораторном исследовании определяются:**

* увеличение СОЭ, диспротеинемия за счет снижения концентрации альбуминов и повышения глобулинов, преимущественно альфа - и гамма-фракции;
* положительны результаты белково-осадочных проб: тимоловой, сулемовой и др.;
* в сыворотке крови больных увеличено содержание аминотрансфераз: АлАТ, АсАТ и ЛДГ, при затруднении оттока желчи - щелочной фосфатазы;
* приблизительно у 50% больных находят незначительную или умеренную гипербилирубинемию преимущественно за счет повышения содержания в сыворотке крови связанного (прямого) билирубина.

При холестатическом гепатите обычно наблюдается более выраженная стойкая желтуха и лабораторный синдром холестаза: в сыворотке крови повышено содержание щелочной фосфатазы, холестерина, желчных кислот, связанного билирубина, меди.

*Выделяют:*

* малоактивный (неактивный, доброкачественный, персистирующий);
* активный (агрессивный, прогрессирующий рецидивирующий) гепатит.

*Течение.*

Малоактивный (персистирующий) гепатит протекает бессимптомно или с незначительными симптомами. Изменения лабораторных показателей также незначительны. Обострения процесса нехарактерны.

Хронический активный рецидивирующий (агрессивный) гепатит характеризуется выраженными жалобами и яркими объективными клиническими и лабораторными признаками.

У некоторых пациентов наблюдаются системные аутоаллергические проявления заболевания (полиартралгия, кожные высыпания и т. д.).

Характерны частые рецидивы болезни, иногда наступающие под воздействием даже незначительных факторов (погрешность в диете, переутомление и т. д.).

Частые рецидивы приводят к значительным морфологическим изменениям печени и развитию цирроза. В связи с этим прогноз при активном гепатите более тяжелый.

**Диагностика**

Пункционная биопсия печени и лапароскопия позволяют более точно различить эти две формы гепатита, а также провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями печени.

Сканирование печени позволяет определить ее размеры; при гепатитах иногда отмечается уменьшенное или неравномерное накопление радиоизотопного препарата в ткани печени, в ряде случаев происходит повышенное его накопление в селезенке.

**Дифференциальный диагноз**

* В первую очередь нужно проводить с циррозом печени.

При циррозе более выражены симптомы заболевания, печень обычно значительно плотнее, чем при гепатите; она может быть увеличенной, но нередко и уменьшенной в размерах (атрофическая фаза цирроза). Как правило, наблюдается спленомегалия, часто выявляются печеночные признаки (сосудистые телеангиэктазии, печеночный язык, печеночные ладони), могут иметь место симптомы портальной гипертензии.

Лабораторные исследования показывают значительные отклонения от нормы результатов, так называемых печеночных проб.

При пункционной биопсии - дезорганизация структуры печени, значительное разрастание соединительной ткани.

* Фиброз печени. В отличие от гепатита обычно не сопровождается клиническими симптомами и изменением функциональных печеночных проб.

От хронического персистирующего гепатита позволяют дифференцировать: анамнез (наличие в прошлом заболевания, которое могло вызвать фиброз печени), длительное наблюдение за больным и пункционная биопсия печени.

* Жировой гепатоз. При жировом гепатозе печень обычно более мягкая, чем при хроническом гепатите, селезенка не увеличена.

Решающее значение в диагностике имеет пункционная биопсия печени.

С функциональными гипербилирубинемиями основывается на особенностях их клинической картины (легкая желтуха с гипербилирубинемией без яркой клинической симптоматики и изменения данных лабораторных печеночных проб и пункционной биопсии печени).

* Очаговое поражение (опухоль, киста, туберкулома и др.). Печень неравномерно увеличена, а сканирование определяет очаг деструкции печеночной паренхимы.

**Лечение**

Пациенты хроническим персистирующим и агрессивным гепатитом вне обострения должны соблюдать диету с исключением острых, пряных блюд, тугоплавких животных жиров, жареной пищи (№5). Рекомендуется творог (ежедневно до 100-150 г), неострые сорта сыра, нежирные сорта рыбы в отварном виде (треска и др.).

При токсических и токсико-аллергических гепатитах чрезвычайно важно полное прекращение контакта с соответствующим токсическим веществом, алкогольном гепатите - приема алкоголя, в необходимых случаях показано лечение от алкоголизма.

При обострении гепатита показана госпитализация, постельный режим, более строгая щадящая диета с достаточным количеством белков и витаминов. Назначают глюкозу по 25-30 г внутрь, витаминотерапию (особенно витамины В1, В2, B6, B12, никотиновую, фолиевую и аскорбиновую кислоту).

С целью улучшения анаболических процессов применяют анаболические стероидные гормоны (метандростенолон внутрь по 15-20 мг/сут с постепенным снижением дозы или ретаболил по 20- 50 мг 1 раз в 2 нед. в/м).

В более острых случаях, особенно с признаками значительной активации иммунокомпетентной системы, показаны в небольших дозах кортикостероидные гормоны (по 20-40 мг преднизолона в сутки) и (или) иммунодепрессанты также в небольших дозах, но длительно.

Проводят лечение экстрактами и гидролизатами печени (витогепат, сирепар и другие), но осторожно, так как при острых гепатитах введение печеночных гидролизатов может усилить аутоаллергические процессы и способствовать еще большему обострению гепатита.

При хроническом холестатическом гепатите основное внимание должно быть направлено на выявление и устранение причины холестаза.

Пациенты хроническим гепатитом нуждаются в трудоустройстве (ограничение тяжелой физической нагрузки, освобождение от работ, связанных с частыми командировками и не позволяющих соблюдать режим питания).

Профилактика хронических гепатитов сводится к профилактике инфекционного и сывороточного гепатита, борьбе с алкоголизмом, исключений возможности производственных и бытовых интоксикаций гепатотропными веществами, а также к своевременному выявлению и лечению острого и подострого гепатита.

**Сестринский уход при циррозах печени**

*Цирроз печени* – многофакторное прогрессирующее заболевание печени, характеризуется значительным уменьшением качества функционирующих гепатоцитов и замещение их соединительной тканью, перестройкой нормальной структуры печени и развитием в последующем печёночной недостаточности и портальной гипертензией.

Таким образом, под действием этиологических факторов происходит гибель печёночных клеток, и нормальная ткань печени замещается фиброзной с формированием узлов и перестройкой всей структуры печени, что приводит к нарушению всех её функций.

*Распространённость*

В экономических странах цирроз печени входит в число шести основных причин смерти больных от 35 до 60 лет. От цирроза печени ежегодно в мире умирает около 300 тыс. человек, причём за последние 10 лет частота увеличилась на 12%. Чаще цирроз печени наблюдается у мужчин.

**Классификация**

1. *Морфологическая*
* Мелкоузловой (d узлов 1-3 мм)
* Крупноузловой (d > 3 мм)
* Смешанный
1. *Этиологическая*
* Вирусный
* Алкогольный
* Лекарственный
* Вторичный билиарный
* Врождённый
* Застойный

**Клиника**

Цирроз печени характеризуется множеством специфических симптомов:

|  |  |
| --- | --- |
| * боли в правом подреберье
* желтуха
* увеличение печени
* носовые кровотечения
* асцит
* повышение температуры
* кожный зуд
* кровавая рвота
 | жалобы, с которыми чаще всего обращаются на приём больные, как правило, это признаки развёрнутой стадии |

1. Начальная стадия – протекает бессимптомно
2. Стадия развёрнутая
* гепатолиенальный синдром – увеличение печени и селезёнки
* боли, тяжесть в животе, в области правого подреберья
* увеличение селезёнки – вследствие венозного застоя, консистенция плотная, болезненность при обострении
* сосудистые звёздочки, печёночные ладони, геникомастия
* желтуха

***Гипертермический синдром –***

увеличение температуры чаще субфебрильная, но может быть и лихорадка от нескольких дней до недель. Увеличение температуры связано с некрозом гепатоцитов и прохождением через печень кишечных бактериальных пирогенов, которые она не может обезвредить. Лихорадка не поддаётся лечению антибиотиками и проходит при улучшении функции печени. Одной из причин лихорадки может быть инфекция.

***Нарушение кроветворения***

- анемия, может быть связана с желудочно-кишечным кровотечением, нарушением обмена витамина В12 и фолиевой кислоты, поражением селезёнки.

- в костном мозге наблюдается торможение образования лейкоцитов и тромбоцитов

***Поражение кишечника – проявляется развитием***

1. *Гастроэзофагеальный рефлюкс* – развивается в асцитической стадии вследствие увеличения внутрибрюшного давления и исчезает после парацентеза. Проявляется:
* отрыжка воздухом
* срыгивание желудочного содержимого
* изжога.
1. *Хронический гастрит* – развивается вследствие воздействия токсичных продуктов и синдрома портальной гипертензии. Проявляется:
* тупые боли в области эпигастрия, усиливающиеся после приёма пищи
* разнообразие диспепсических расстройств (анорексия, тошнота)
* ФГДС – гипертрофия и поверхностный гастрит, кровоточащие эрозии.

3) *Язвы желудочно-кишечного тракта характеризуются*

- нормальной или сниженной кислотообразующей функцией желудка, язвенная болезнь протекает атипично без болевого синдрома и кровотечения является первым признаком язвы.

*Поражение сердечно-сосудистой системы*

* нарушение сократительной функции миокарда
* гемодинамические нарушения без сердечной недостаточности

*Поражение ЦНС*

При циррозе печени в крови повышается около 20 различных веществ (аммиак), вызывающие патологию мозга, развивается печёночнаяэнцефалопатия:

* Изменение настроения
* Нарушение ассоциативной пробы
* Расстройство вкусовых ощущений
* Снижение интеллекта до явного психоза
* Помрачение сознания
* Сонливость
* Кома и необратимые повреждения нервной системы
* Нарушение письменной речи (частично или полностью)
* Миелопатия

*Портальная гипертензия.*

В норме давление в воротной вене 10-15 см вод. ст., при ЦП оно больше 30 см вод. ст.

**Основная причина портальной гипертензии** – повышение сопротивления оттоку крови из воротной вены, что проявляется кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, а также

* спленомегалия
* асцит
* хроническая печёночная недостаточность
* голова медузы – на передней брюшной стенке появляются извитые расширенные подкожные вены, которые идут от пупка к рёберным дугам и мечевидному отростку.

*Поражение почек*

При циррозе печени развивается функциональная почечная недостаточность, которую называют гепаторенальным синдромом. Течение медленное, специфических признаков нет: жажда, апатия, слабость, увеличение в объёме живота, уменьшение АД.

Среди типичных почечных признаков

* олигурия
* протеинурия

*Эндокринные нарушения*

* геникомастия
* тестикулярная атрофия
* СД
* нарушение половой функции
* гипогонадизм и феминизация у мужчин
* нарушение функции надпочечников – является одной из причин асцита.

*Хроническая билиарная недостаточность*

- нарушение желчеобразования и желчевыведения функции печени;

- увеличение в крови желчных кислот, фосфолипидов, холестерина.

**Диагностика**

*Лабораторные методы исследования*

**КАК** - анемия, вызвана нарушением кроветворения и кровопотерей при внутренних кровотечениях, а также разрушением эритроцитов в селезёнке при гиперспленизме

* лейкоцитоз – признак присоединения инфекции
* снижение тромбоцитов, в результате их осаждения в увеличенной селезёнке.

**БАК** – повышение уровня:

* щелочной фосфатазы (30-115 ЕД/л)
* А с АТ и А или АТ (5-35 ЕД/л)
* билирубин крови:
* нормасвязанный 0,1-0,3 мг/дл
* свободный – 02-0,7 мг/дл
* Снижение фракции альбуминов крови (белки, синтезируемые в печени)
* Повышение фракции глобулинов
* Появление титрааутологичных антител, иммунных комплексов
* Определение Na, K
* Повышение содержания меди, в норме 80% поступающей меди экскретируется в желчь и выделяется с калом. Норма 6 мг на 100 г сухого веса печени. При ЦП= 25мг на 100 мг, так как она накапливается в гепатоцитах.

***Исследование асцитической жидкости.***

***Инструментальные методы***

* Ультразвуковое исследование
* общие очертания
* размеры печени
* диаметр воротной вены
* структура тканей печени
* наличие жидкости в брюшной полости
* Ультразвуковая эластография
* Радионуклеидное исследование
* снижение способности печени захватывать и удерживать радиофармацевтические вещества
* КТГ
* МР0Т
* Электроэнцефалография
* признаки энцефалопатии
* Пункционная биопсия печени с гистологическим исследованием.

**Осложнения**

* Печёночная энцефалопатия

**Лечение**

1. Режим – разумно-щадящий.
2. Диета – ограничение поступления белка с пищей (от 40 г/сут. до 80-100 г/сут)

Калорийность пищи обеспечивается адекватным поступлением жиров (70-140 г) и углеводов (280-325 г)

Пища должна содержать адекватное количество витаминов и микроэлементов

1. Медикаментозное лечение:

*при развитии гепаторенального синдрома*

* Системные вазоконстрикторы и плазмозаменители
* альбумин 1г/кг
* мидодрин 2,5 – 7,5 мг x 2 перорально в комбинации с октреотидом 100 мг x 2р в день п/к.
* норадреналин 0,5 – 3 мг/час в/в через инфузоматор или дофамин 100 мг за 12ч.

*При асците*

* лечебный объёмный парацентез (жидкость прозрачная, соломенного цвета) с назначением альбумина (8г на каждый удалённый литр жидкости)
* мочегонные препараты – спиронолактон: и бессолевая диета. Масса тела

 должна снижаться от 500 г до 1000 г в день.

*Антибактериальные препараты.*

* Цефалоспорины третьего поколения: цефотаксим 2г каждые 8 часов – 5-7 дней или цефриаксон и цефоницид в/м и в/в
* Полусинтетические пенициллины: амоксициллин 1г и 0,2 г клавулановой кислоты каждые 6 часов.

*При портальной гипертензии и желудочно-кишечном кровотечении*

* склерозанты пара или интравазально: полидоканол, этоксисклерол
* баллонная тампонада варикозных узлов пищевода с помощью

 специальных зондов, которые устанавливаются на 12-24 часа

* консервированная кровь до 6 доз в течение 24 часов
* вазопрессоры: октреопид, вазопрессин
* эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен в течение 12

 часов после начала кровотечения.

* хирургическое лечение: шунтирующие операции, транссекция пищевода.

*Трансплантация печени.*

*Гепатопротекторы:* воздействуют на функциональное состояние гепатоцитов:

* Препараты содержащие эссенциальные фосфоипиды (восстанавливают структуру и функцию клеточных мембран и тормозят их разрушение):
* эссенциале капсулы: 2 капс x раза в день 3 мес., раствор для в/в введения;
* расторопша пятнистая – растительный препарат;
* легалон (корсил) препарат расторопши драже 70 мг, 140 мг по 1 капс x 3 раза в сутки – 2 месяца;
* гептрал (адеметионин) – производные аминокислот – 500 мг в/м, или 800 мг/сут в/в – 2 недели.

***Органопрепараты***

* *Лаеннек* – гидролизатор плаценты человека: первый плацентный препарат, зарегистрированный в РФ. Это единственный истинный гепатопротектор, так как он содержит фактор роста гепатоцитов. Вводят – в/м 2,0-4,0 ежедневно или 4,0-10,0 в/в в 250,0-500,0 мл физраствора 1-3 раза в неделю. Курс лечения от 2-3 недель до 4-6 месяцев.
* *Гепатосан* – препарат, представляет сублимационно высушенные функционально активные гепатоциты свиньи: 0,4г (2 капс) 2 раза в сутки перед завтраком и обедом за 20 минут до приёма пищи – 2 месяца.
* *Энтеросан* природная смесь высушенной массы покровной пластины мускульного желудка птицы, состоявшего из застывшего секрета простых желёз и покровного эпителия: 0,6 (2 таблетки) 2 раза в сутки за 20 минут до еды перед завтраком и обедом от 2 до 6 месяцев.

Приложение 1

БЛОК КОНТРОЛЯ

**Вопросы для фронтального опроса.**

1. Дайте определение хронического гепатита.
2. Назовите основные причины хронических гепатитов.
3. Основные клинические проявления хронических гепатитов
4. Дайте определение цирроза печени.
5. Назовите основные причины циррозов печени.
6. Назовите основные стадии в развитии циррозов печени.
7. Назовите основные клинические проявления синдрома портальной гипертензии.
8. Перечислите дополнительные методы исследования применяемые при заболеваниях печени.
9. Основная сущность диеты № 5.
10. Назовите проблемы пациента, возникающие при заболеваниях печени.

Приложение 2

**КРИПТОГРАММА**

Тема:

**«Гепатиты»**

Разгадав криптограмму, вы узнаете высказывание.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **13** | **6** | **4** | **5** | **1** |
|  **2****Б** | **15** | **5** | **6** | **14** |  |
| **10** | **6** |  | **16** | **3** | **1** |
| **14** | **1** | **14** | **20** |  | **3** |
| **12** | **6** | **9****М** | **6** | **10** | **7** |
| **,** | **6** | **13** | **8** | **7** |  |
| **14** | **19** |  | **6** | **4** | **11** |
| **10** | **6** |  | **12** | **1** | **′3** |
| **13** | **17**4 | **7** | **14** | **19** | **3** |
| **1** | **6** | **18****Ш** | **20** | **.** |  |

1. **Как называется активный гепатит?**

1, 4, 12, 6, 13, 13, 7, 3, 10, 19, \_\_.

1. **Синдром хронического гепатита.**

1, 13, 14, 6, 10, 11, 3, 6, 4, 6, 14, 1, 14, 1, 14, 1, 14, 7, 9, 10, 19, \_\_.

1. **Симптом холестатического гепатита:**

\_\_, 6, 8, 14, 15, 16, 1.

\_\_, 11, \_\_, 10, 19, \_, \_\_, 15, 5.

1. **Основной этиологический фактор хронического гепатита?**

7, 10, \_\_, 6, \_\_, \_\_,7, \_\_.

1. **Режим больных с хроническим гепатитом в период обострения?**

\_\_, 11, 13, 14, 6, 8, 20, 10, 19,\_\_.

1. **Препарат, относящийся к группе белковых гидролизатов?**

4,7,5,12,11,8,7,\_\_, 7, 10.

1. **Местный санаторий, показанный больным с хроническим гепатитом?**

4,11,10,\_\_,1.

Приложение 3

ТЕСТОВОЕ ЗАДАНИЕ ПО ТЕМЕ:

**«СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ГЕПАТИТАХ, ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ»**

/*Выбрать номер правильного ответа*/

***1. Функциональная единица ткани печени:***

A. ацинус

Б. гепатоцит

B. нефрон

Г. печеночная балка

***2. Функция печени:***

A. секреторная
Б. моторная

B. обменная

Г. антитоксическая

***3. Причины цирроза печени:***

A. вирусный гепатит

Б. отравление тяжелыми металлами

B. хронический гастрит

Г. алкогольная интоксикация

***4. Цирроз печени характеризуется:***

A. нарушением структуры печени
Б. нарушением ее функций

B. развитием артериальной гипертензии
Г. развитием портальной гипертензии

***5. В клинической картине циррозов печени выделяют синдромы:***

A. диспептический
Б. лимфостаза

B. холестаза

Г. печёночной недостаточности

***6. Диагноз цирроза печени считается достоверным, если у пациента разовьется синдром:***

A. диспептический

Б. портальной гипертензии

B. холестаз

Г. астеновегетативный

***7. Современный метод диагностики цирроза печени:***А. клинический анализ крови

Б. копрограмма

8. дуоденальное зондирование
Г. сканирование печени

***8. Потенциальные проблемы пациента с циррозом печени:***А. перитонит

Б. холецистит

В. кровотечения

Г. печеночная кома

***9. Пациентам, страдающим циррозом печени, назначают диету:***

A. №3
Б. № 4

B. № 5
Г. №10

***10. Диетотерапия пациентов с циррозом печени предусматривает:***

A. ограничение соли

Б. ограничение соли, жиров

B. ограничение соли, жиров, жидкости

Г. ограничение соли, жиров, жидкости, минеральных солей

***11. В план сестринской помощи пациенту с циррозом печени м/с должна внести:***

A. изменение суточного диуреза
Б. наблюдение за АД

B. наблюдение за цветом мочи и кала

Г. обучение родственников уходу за пациентом

***12. Лекарственные препараты, поддерживающие деятельность гепатоцитов:***

A. Де-нол
Б. Аллохол

B. Эссенциале
Г. Карсил

***13. Для лечения цирроза печени применяют:***

A. Интерферон
Б. Гентамицин

B. Преднизолон
Г. Пенициллин

***14. Течение циррозов печени:***

A. подострое

Б. хронически прогрессирующее

B. острое

Г. хроническое с редкими рецидивами

***15. Подготовка пациента к УЗИ печени:***

A. за 3 дня исключить мясо, рыбу, яйцо
Б. накануне легкий ужин, утром - натощак

B. накануне очистительные клизмы

Г. утром за 2 часа до исследования очистительные клизмы

***16. Прогноз у пациентов, страдающих циррозом печени*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***17. Наиболее частая социальная проблема пациентов, страдающих циррозом печени***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***18.***

***Синдромы:*** ***Клиническое проявление:***

1. Печеночной недостаточности А. Асцит, увеличение селезенки
2. Астеновегентативный Б. Рвота, метеоризм

В. «Малиновые» ладони, увеличение печени

Г. Бессонница, раздражительность

Д. Обесцвечивание мочи и кала

***19.***

***Синдромы:***

1. Портальной гипертензии
2. Печеночной недостаточности

***Клиническое проявление:***

A. Бессонница, утомляемость
Б. Горечь во рту, поносы

B. Кровоизлияния на коже, «сосудистые

 звездочки»

Г. Асцит, расширение гемороидальных

 вен.

Д. Кожный зуд, желтуха

**Эталоны ответов**

1-б, 2-г, 3 – а,г, 4 – а,г, 5 – а,г, 6 – б, 7 – г, 8 – г, 9 – в, 10 – в, 11 – г, 12 – в, 13 – в, 14 – б, 15 – а, 16 – неблагоприятный, 17 – алкоголизм, 18 – 1а, 2б, 19 – 1г, 2д.

Приложение 4

**Ситуационные задачи**

**ЗАДАЧА 1**

Пациентка 45 лет госпитализирована в гастроэнтеро­логическое отделение с диагнозом: "Холестатический гепатит". При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, тошноту, сильный кожный зуд, который не дает заснуть ночью, выделение темной мочи и свет­лых каловых масс.

*Объективно:* состояние средней тяжести, рост 162 см, вес 70 кг, тем­пература тела 36,70 С, кожные покровы и видимые слизистые желтушны, на коже следы расчесов, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подре­берье, пульс 80 в мин. удовлетворительных качеств, АД 135/85 мм рт. ст., ЧДД 18в мин.

*Назначено:* УЗИ органов брюшной полости. Биохимический анализ крови.

***Задания:***

1. Выявите, удовлетворение, каких потребностей нарушено, определите проблемы пациентки.
2. Поставьте цель и составьте план сестринских вмешательств с их мотивацией.
3. Объясните пациентке, как подготовиться к УЗИ органов брюшной полости.
4. Обучите пациентку питанию в соответствии с диетой №5.
5. Продемонстрируйте технику взятия крови на биохимический анализ на муляже.

**Эталон ответа.**

Нарушено удовлетворение потребностей: естъ, выделять, спать, быть здоровым, избегать опасности.

*Проблемы пациента:*

Настоящие: желтуха, кожный зуд на фоне желтухи, нарушение цело­стности кожных покровов (расчесы), тошнота, избыточная масса тела.

Потенциальные: риск возникновения воспалительных процессов на коже, риск желчной колики.

Приоритетная проблема: кожный зуд на фоне желтухи.

*Цель краткосрочная*: уменьшить зуд чрез 3 дня, не допустить инфи­цирования расчесов.

*Цель долгосрочная:* зуд исчезнет к моменту выписки.

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1. М/с обеспечит пациентке питание в  соответствие с диетой №5  | 1. Уменьшение нагрузки на печень и желчные пути. |
| 2. М/с обеспечит гигиену кожи пациента (обтирание, душ) | 2. Профилактика инфицирования расчесов. |
| 3. М/с будет протирать кожу паци­ентки раствором антисептиков. | 3. Уменьшение зуда, про­филактика инфицирования. |
| 4. М/с будет следить за кратностью стула пациента. | 4. Не допустить задержки стула. |
| 5. М/с будет наблюдать за внеш­ним видом и состоянием пациента. | 5.Для своевременного распознавания и оказания помощи в случае возник­новения осложнений. |
| 6. М/с будет выполнять врачебные назначения. |

*Оценка эффективности*: пациентка отметит уменьшение, а затем полное исчезновение зуда, не будет следов расчесов на коже.

**Цель достигнута.**

* Студент грамотно и доступно объясняет пациентке правила подго­товки к УЗИ органов брюшной полости.
* Студент демонстрирует процесс обучения пациентки диете № 5.
* Студент демонстрирует технику взятия крови на биохимический анализ на муляже согласно алгоритму данной манипуляции.

**Задача 2**

У пациента, госпитализированного сутки назад с диагнозом: "Цирроз печени", внезапно воз­никла резкая слабость, рвота "кофейной гущей".

*Объективно:* состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные, дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, пульс 100 в мин. малого наполнения и напряжения, АД 100/60 мм рт. ст., живот мягкий, болезненный в эпигастрии.

***Задания:***

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние. Спланируйте доврачебную помощь, продемонстрировав каждое сест­ринское вмешательство.
2. Продемонстрируйте применение пузыря со льдом.

**Эталон ответа.**

*Желудочное кровотечение*. Информация, позволяющая медсестре распо­знать неотложное состояние: рвота "кофейной гущей", резкая слабость, кожные покровы бледные, влажные, снижение АД, тахикардия, обострение язвенной болезни желудка в анамнезе.

*Алгоритм действий медсестры:*

1) Вызвать дежурного врача-терапевта и врача-хирурга для оказания экстренной помощи (вызов возможен с помощью третьего лица).

1. Пациента уложить на спину, повернув голову набок, для преду­преждения аспирации рвотных масс.
2. На эпигастральную область положить пузырь со льдом для умень­шения интенсивности кровотечения.
3. Запретить пациенту двигаться, разговаривать, принимать что-либо внутрь для предупреждения увеличения интенсивности кровотече­ния.
4. Наблюдать за пациентом; периодически определять пульс и АД до прихода врача с целью контроля состояния.
5. Приготовить кровоостанавливающие средства: заполнить капельную систему 5% раствором ε-аминокапроновой кислоты;
6. Набрать в шприц 10 мл 10% кальция хлорида для в/в инъекции;
7. Набрать в шприц 4 мл викасола для в/м инъекции.
8. Демонстрация применения пузыря со льдом на эпигастральную область проводится по алгоритму данной манипуляции.

**Задача 3**

В приёмное отделение доставлена пациентка с жалобами на возникшую после употребления жареной пищи стильную боль в правом подреберье, иррадирующую в правое плечо, повторную рвоту желчью, сухость и горечь во рту.

*Объективно:* состояние средней тяжести, температура тела 36,60С, в лёгких дыхание везикулярное, тоны сердца звучные, ритмичные, ЧДД 16 в мин, пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст., живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

***Задания:***

1. Определите и обоснуйте приоритетную проблему пациента, требующую

 неотложной помощи.

1. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с аргументацией

 каждого этапа.

1. Продемонстрируйте на фантоме в/м инъекцию 5 мл баралгина.

**Эталон ответа.**

1. ***Желчная колика.***
* Информация, позволяющая медицинской сестре распознать неотложное

 состояние: сильная боль в правом подреберье, иррадирующая в правое

 плечо;

* Повторная рвота желчью и горечь во рту;
* Появление данных жалоб после употребления жирной жареной пищи;
* Живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье.
1. ***Алгоритм действия медсестры.***
* Вызвать врача для оказания неотложной помощи.
* Пациентку уложить на бок или на спину, повернув голову набок, для

 предупреждения аспирации рвотных масс.

* Применить словесное внушение для снижения интенсивности боли.
* Наблюдать за пациенткой до прихода врача с целью контроля состояния.

***3. Приготовить препараты для купирования желчной колики.***

* Набрать шприц 5 мл баралгина для в/м инъекции.
* Набрать в шприц 1мл 0,2% раствора платифаллина для п/к инъекции.
1. ***Студент демонстрирует на фантоме технику выполнения в/м инъекции*** 5 мл баралгина согласно алгоритма данной манипуляции.

**ЗАДАЧА 4**

В здравпункт завода обратилась женщина 50 лет с жалобами на возникшие резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и ключицу. Накануне пациентка употребляла жирную пищу. В анамнезе желчекаменная болезнь.

***Задания***

1. Определите и обоснуйте вид неотложного состояния.

1. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
2. Продемонстрируйте на фантоме технику выполнения в/м инъек­ции.

**Эталон ответа**

1. В результате нарушения диеты у больной о желчекаменной болез­нью развился приступ печеночной колики. О чём говорит: боль в правом подреберье, иррадиирующая в правую ключицу и лопатку.
2. *Алгоритм оказания неотложной помощи:*

а) вызвать скорую помощь для оказания квалифицированной меди­цинской помощи;

б) обеспечить психический и физический покой с целью создания эмоционального комфорта;

в) обеспечить наблюдение за больной, осуществляя контроль за АД, пульсом, температурой до прибытия врача;

г) приготовить к приходу врача препараты для оказания неотложной помощи:

2% р-р но-шпы; 2% р-р папаверина; 0,2% р-р платифиллина; 0,1% р-р атропина; 50% р-р анальгина; баралгин;

д) выполнить назначения врача.

3. Студент демонстрирует на фантоме технику выполнения в/м инъ­екции.

**ЗАДАЧА 5**

Пациентка 40 лет поступила в стационар на лечение с диагнозом: хронический холецистит, стадия обострения.

При сестринском обследовании медсестра получила следующие дан­ные: жалобы на ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, тошноту, по утрам горечь во рту, одно­кратно была рвота желчью, общую слабость.

Считает себя больной в течение 7 лет, ухудшение наступило в течение последней недели, которое связывает с приемом обильной, жирной пищи. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, депрессивна. Жалуется на усталость, плохой сон. В контакт вступает с трудом, говорит, что не верит в успех лечения, выражает опасение за свое здоровье.

*Объективно*: состояние удовлетворительное, подкожно-жировая клет­чатка выражена избыточно, кожа сухая, чистая, отмечается желтушность склер, язык сухой, обложен серо-белым налетом. При пальпации болезненность в правом подреберье, симптомы Ортнера, Кера положи­тельны. Пульс 84 уд./мин. АД 130/70 мм рт. ст., ЧДД 20 в мин.

*Пациентке назначено:*

1. Режим полупостельный, диета №5а.
2. УЗИ гепатобилиарной системы.
3. Дуоденальное зондирование.
4. Но-шпа по 1 табл. 3 раза в день.
5. Мезим-форте по 1табл. 3 раза в день.
6. Ампициллин по 0,5X 4 раза в день внутрь.

***Задания***

1. Выявите потребности пациента, удовлетворение которых нарушено; сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с моти­вацией.
2. Объясните пациенту, как подготовиться к УЗИ гепатобилиарной системы и дуоденальному зондированию.
3. Обучите пациента правилам проведения тюбажа. Продемонстрируйте на фантоме технику дуоденального зондирования.

**Эталон ответа**

**1.** Нарушены потребности: есть, спать, отдыхать, работать, общаться, быть здоровым.

**Проблемы пациента:**

* *настоящие*
* боли в правом подреберье;
* горечь во рту,
* нарушение сна;
* беспокойство по поводу исхода заболевания.
* *потенциальные*
* трансформация в калькулёзный холецистит,
* перфорация желчного пузыря;
* эмпиема желчного пузыря;
* гангрена желчного пузыря.

Из перечисленных проблем пациента приоритетной является боль в правом подреберье.

***2. Приоритетная проблема пациентки*** - ***боль в правом подреберье.***
*Краткосрочная цель*: чтобы пациентка отметила стихание болей к концу 7 дня стационарного лечения.

*Долгосрочная цель*: чтобы пациентка не предъявляла жалоб на боли в правом подреберье к моменту выписки.

**СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация**  |
| 1. Обеспечение диеты № 5а
 | Максимально щадить желчный пузырь |
| **2.** Объяснить пациентке суть её заболевания и современных методов диагностики, лечения, профилактики данного заболе­вания | Для уменьшения беспокойства за исход лечения, снятия тре­воги за своё будущее. |
| **3.** Проведение беседы с паци­енткой о подготовке к УЗИ ГБС и дуоденальному зондированию | Для повышения эффективно­сти лечебно-диагностических процедур. |
| **4.** Объяснить пациентке правила приёма мезим-форте | Для эффективности действия лекарственного средства. |
| **5.** Проведение беседы с родствен-никами пациентки об обеспечении питания с ограничени­ем жирных, соленых, жаренных, копчёных блюд. | Для предупреждения возник­новения болевого синдрома. |
| **6.** Обучение пациентки методике проведения тюбажа. | Для снятия спазма желчных ходов, оттока желчи. |
| **7.** Наблюдение за состоянием и внешним видом пациентки. | Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений. |
| **8.** Выполнение назначений врача. | Для эффективного лечения.  |

*Оценка эффективности:* пациентка отмечает снижение интенсивно­сти болевого приступа. Цель достигнута.

1. Студент демонстрирует правильно выбранный уровень общения с пациенткой, способность доступно, грамотно, аргументировано объ­яснить ей сущность, правила подготовки к УЗИ ГБС и дуоденальному зондированию.
2. Студент демонстрирует правильно выбранную методику проведе­ния тюбажа, осуществляет обучение в соответствии со стандартом манипуляции и определяет ответную реакцию пациентки на прово­димое обучение.
3. Студент демонстрирует технику дуоденального зондирования на фантоме в соответствии с алгоритмом действия.

**ЗАДАЧА 6**

В гастроэнтерологическом отделении у больного с циррозом печени внезапно возникли резкая слабость, го­ловокружение, рвота "кофейной гущей".

*Объективно:* Кожные покровы бледные, влажные, пульс 120 уд/мин малого наполнения и напряжения, АД 90/60 мм рт. ст., живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье.

***Задания***

1. Определите неотложное состояние, которое развилось у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику в/в введения 10% -10 мл раствора хлорида кальция.

**Эталон ответа**

1. У больного с циррозом печени развилось желудочное кровотечение, которое можно предположить на основании субъек­тивных данных: слабости, головокружения и объективных данных - бледности и влажности кожных покровов, снижение АД 90/60, рво­ты цвета "кофейной гущи'.
2. *Алгоритм оказания неотложной помощи:*

а) вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;

б) пациента уложить: на бок или на спину, повернуть голову на бок (для предупреждения возможной аспирации рвотными массами) и подложить ко рту лоток или салфетку для рвотных масс;

в) запретить прием пищи, воды, лечебных препаратов;

г) положить пузырь со льдом на эпигастральную область с целью уменьшения кровенаполнения сосудов;

д) следить за состоянием пациента, контролируя АД, пульс, ЧДД;

е) к приходу врача приготовить: шприцы, кровоостанавливающие препараты (5% р-р аминокапроновой кислоты, 1% р-р викасола, 10% р-р хлорида или глюконата кальция);

ж) приготовить все для определения группы крови;

з) медсестра выполняет все назначения врача;
и) выполнитъ назначения врача.

3. *Продемонстрировать технику в/в введения 10% - 10 мл раствора* *хлорида кальция.*

**ЗАДАЧА 7**

Постовую медсестру вызвали в палату. Со слов ок­ружающих больной резко встал, почувствовал слабость, головокру­жение, потемнение в глазах. В анамнезе у пациента цирроз печени.

*Объективно:* сознание сохранено, кожные покровы бледные, холод­ный пот. Пульс 96 уд/мин, слабого наполнения. АД 80/40 мм рт. ст., дыхание не затруднено, ЧДД 24 в минуту.

***Задания***

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи с аргументацией каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику измерения артериального давления.

**Эталон ответа**

1. В результате быстрого перехода из горизонтального положения в вертикальное положение у больного развился ортостатический коллапс.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное со­стояние: бледность кожных покровов, холодный пот, частый пульс 96 уд/мин., слабого наполнения, низкое АД 80/40 мм рт. ст.; учащенное, не затрудненное дыхание 24 уд/мин.

2. *Алгоритм оказания неотложной помощи:*

а) вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской неотложной помощи;

б) обеспечить полный покой, придать горизонтальное положение больному в постели без подголовника с несколько приподнятым ножным концом, с целью улучшения притока крови к головному мозгу;

в) для купирования гипоксии обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляцию кислорода;

г) для согревания больного укрыть одеялом, приложить грелки к конечностям, дать горячий чай;

д) до прихода врача следить за состоянием больного, измеряя АД, ЧДД, пульс;

е) к приходу врача приготовить препараты: 10% р-р кофеина; 10% раствор кардиамина; 20% раствор камфоры;

ж) выполнить назначение врача.

3.Демонстрация техники измерения артериального давления.

**ЗАДАЧА 8**

В терапевтическое отделение поступил больной Р., 44 летс жалобами на болезненность в правом подреберье, Т= 37,80С.

За день до поступления в стационар почувствовал себя пло­хо после приёма жирной пищи: появились тошнота, боль в эпигастральной области опоясывающего характера, слабость, расстройство стула.

*Объективно:* больной нормального телосложения, пониженного питания. Кожные покровы с несколько желтушным оттенком. В лёгких и со стороны сердца без особенностей. Живот при пальпации напряжён, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, отёков нет. Стул склонен к поносам.

*Сделан анализ крови:* лейкоцитоз, анемия, повышенное СОЭ.

**Задания.**

1. Определите заболевание о котором идёт речь.

2. Назовите причины, которые привели к его возникновению.

3. Составьте план сестринского обследования пациента.

**ЗАДАЧА 9**

(неотложные состояния в терапии)

Пациент 47 лет, жалуется на слабость, утомляемость, тяжесть в области правого подреберья, кожный зуд и желтушность кожных покровов. В анамнезе вирусный гепатит 4 года назад. За последний год похудел на 5 кг, в последнее время заметил увеличение живота, и уменьшение количества суточной мочи, сегодня трижды была рвота «кофейной гущей».

*Объективно*: Кожные покровы иктеричны. Язык малиновый. Ладони гиперемированы. Живот увеличен в объеме, на передней поверхности живота видна сеть расширенных подкожных сосудов («голова медузы»). Печень увеличена на 5 см, при пальпации безболезненная. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 100 в минуту.

***Задания:***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

**ЗАДАЧА 10**

(неотложные состояния в терапии)

Пациент 20 лет, жалуется на внезапно возникшие острые боли в эпигастральной области. Боль иррадиирует в правое плечо. В анамнезе язвенная болезнь желудка.

*Объективно:* Больной сидит на корточках, зажав живот руками. Кожа бледная, покрыта холодным потом. Пульс 60 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст., Живот втянут, напряжение мышц передней брюшной стенки, разлитая болезненность по всему животу. Зона печеночной тупости уменьшена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

***Задания:***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2.Составьте алгоритм оказания неотложной помощи, обоснуйте каждый этап.

**ЗАДАЧА 11**

(неотложные состояния в терапии)

Пациентка 55 лет, жалуется на внезапное появление резких, острых болей в правом подреберье после употребления жареных пирожков. Боли иррадиируют в правую половину грудной клетки. В анамнезе желчно-каменная болезнь.

*Объективно:* Больная возбуждена, стонет, пытается найти удобное положение. Кожа бледная, покрыта потом. Пульс 70 в минуту. АД 130/ 80 мм рт. ст. При пальпации болезненность в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Выявляется френикус-симптом.

***Задания:***

1. Определите неотложное состояние, которое развилось у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи, обоснуйте каждый этап.