 **ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**«ИВАНОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

**для преподавателей**

*ТЕМА: РЕВМАТИЗМ*

МДК 02.01.Лечение пациентов терапевтического профиля

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Курс 2

 Подготовила преподаватель

 Бурлакова А.А.

 Иваново 2022

**Тема: Ревматизм**

**Цели:**

*Обучающая* - обучить студентов правилам деонтологии и медицинской этики при обследовании и лечении пациента; изучить со студентами методику субъективного и объективного обследования пациентов с патологией сердца и сосудов, обучить студентов оказанию грамотной неотложной помощи.

*Воспитательная* - воспитывать у студентов аккуратность, добросовестное отношение к работе, прививать деонтологические принципы поведения.

*Развивающая* - развивать у студентов интерес к познавательной деятельности, логическое мышление, прививать навыки самостоятельной работы, формировать навыки правильной организации учебной работы.

**Тип занятия: Практическое занятие**

**Оснащение:**

1. Тесты с эталонами ответов.
2. Ситуационные задачи с эталонами ответов.
3. Схема учебной истории болезни.
4. Истории болезней курируемых пациентов.
5. Алгоритмы манипуляций.
6. Таблицы: «Обследование органов кровообращения».
7. Фонендоскоп.
8. Тонометр.

**Мотивация:** Одной из приоритетных задач подготовки студентов медицинского колледжа является качественное преподавание такого важного раздела, как внутренние болезни. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в развитии мето­дов лабораторной и инструментальной диагностики, способность фельдшера выявлять признаки заболевания при непосредственном обследовании больного путем расспроса, осмотра, пальпации, пер­куссии и аускультации продолжает оставаться фундаментом прак­тической деятельности. Для обнаружения и изучения разнообразных проявлений болезни применяют различные способы исследования. Фельдшер должен уметь не только диагностировать, но и грамотно лечить пациента с такой сложной патологией как ревматизм. Кроме того, очень важным является умение фельдшера в экстренной ситуации четко, быстро и грамотно оказать пациенту неотложную помощь.

**Актуализация опорных знаний:**

Учебная дисциплина: «Анатомия и физиология».

Тема: «Строение органов кровообращения».

Учебная дисциплина: «Пропедевтика клинических дисциплин»

Тема «Обследование органов кровообращения»

**Структура занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Наименование структурного элемента | Время | Методическое обоснование, примечания |
| **1**. 1.11.21.31.41.51.6**2.**2.12.22.32.42.52.62.72.82.9 | **Теоретическая часть занятия**Организационный моментМотивацияАктуализация опорных знанийВходной тестовый контрольКонтроль теоретической подготовки студентовЗаключительный тестовый контроль**Практическая часть занятия**Указания для выполнения практической работыДемонстрация преподавателем выполнения манипуляцийОтработка практических навыков студентамиДемонстрация студентами практических навыковРешение ситуационных задачКурация пациентовОформление учебной документацииЗаключение по занятиюДомашнее задание | 5 минут2 минуты3 минуты15 минут40 минут15 минут5 минут20 минут50 минут25 минут20 минут40 минут20 минут5 минут5 минут | Проверка готовности группы к занятию, сообщение целей, плана занятия.Обоснование важности изучаемой темы и подготовка студентов к восприятию материала.Проведение межпредметных связей, облегчающих восприятие темы.С целью определения уровня знаний, необходимых для изучения новой темы, активизациии внимания (см. приложение №1 «Входной тестовый контроль»).Фронтальный опрос с целью определения уровня подготовленности студентов к занятию, активизациии внимания, развития логического мышления (см. приложение №3 «Вопросы к теоретической части занятия»).С целью проверки уровня усвоения знаний по теме (см. приложение №2 «Заключительный тестовый контроль»).Сообщение плана практической работы студентовДемонстрация выполнения практических навыков (см. приложение №4 «Перечень практических навыков к занятиям»).Студенты под контролем преподавателя, затем самостоятельно малыми группами отрабатывают практические навыки (см. сборник алгоритмов по пропедевтике).Студенты демонстрируют освоенные навыки.Студенты решают ситуационные задачи по изучаемой теме (см. приложение №5).Демонстрация пациентов с патологией сердца и сосудов. Студенты курируют пациентов, работают с историями болезней и листами назначений с целью закрепления на практике теоретических знаний и практических навыков. С целью анализа студентами результатов своей работы, систематизации результатов.С целью обобщения результатов работы, развития познавательного интереса к предмету у студентов. |
|  | Итого: | 270 минут |  |

**Вопросы к теоретической части**

1.Определение ревматизма.

2.Этиология заболевания.

3.Патогенез ревматизма.

4.Основные клинические формы ревматизма.

5.Большие и малые диагностические критерии ревматизма.

6.Ревмокардит.

7.Поражение суставов при ревматизме.

8.Лечение ревматизма.

9.Дифференциальная диагностика.

10.Профилактика ревматизма.

**Входной тестовый контроль**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

1) Во 2-ом межреберном промежутке справа выслушивают клапан:

1. Аортальный
2. Митральный
3. Легочного ствола
4. Трикуспидальный

2) При перкуссии границ сердца определяют:

1. Нижнюю границу
2. Верхнюю границу
3. Правую границу
4. Левую границу

3) Верхняя граница сердца определяется по линии:

1. Срединной
2. Окологрудинной
3. Средне-ключичной
4. Передней подмышечной

4) Клапан легочного ствола выслушивается:

1. Во 2-ом межреберье справа
2. Во 2-ом межреберье лева
3. У мечевидного отростка
4. На 1,5 – 2 см.кнутри от среднеключичной линии

5) Смещение верхушечного толчка вверх может быть при:

1. Астеническом телосложении
2. Асците
3. Недостаточности митрального клапана
4. Метеоризме

6) Для отеков при патологии сердечнососудистой системы характерно:

1. Более выражены вечером
2. Более выражены утром
3. Локализация на нижних конечностях
4. Локализация на верхних конечностях

7) Площадь верхушечного толчка в норме:

1. 5 см.
2. 4 см.
3. 3 см.
4. 2 см.

8) Точкой Боткина-Эрба называется:

1. Первая точка аускультации
2. Вторая точка аускультации
3. Третья точка аускультации
4. Четвертая точка аускультации
5. Пятая точка аускультации

9) В норме на верхушке лучше слышен:

1. 1 тон
2. 2 тон
3. 3 тон
4. 4 тон

10) Для функционального шума характерно:

1. Чаще систолический
2. Чаще диастолический
3. Грубый характер
4. Мягкий характер

**Эталоны ответов к заданиям входного тестового контроля**

1. 1
2. 2,3,4
3. 2
4. 2
5. 2,4
6. 1,3
7. 4
8. 5
9. 1
10. 1,4

 **Ситуационные задачи**

### Задача 1.

К фельдшеру обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

Объективно: температура 37,40С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке ‑ нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

####  Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Эталоны ответов

 1. Ревматизм, ревматический эндомиокардит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* синдром интоксикации, боли в области сердца;
* молодой возраст;
* наличие очагов хронической инфекции;
* ухудшение состояния через 2 недели после ангины;

2) объективные данные:

* субфебрильная температура;
* при осмотре: бледность кожи, гипертрофия миндалин, кариозные зубы;
* при перкуссии: расширение границ сердца влево;
* при аускультации: приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке сердца.

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом влево (лейкоцитоз при отчетливом поражении суставов), биохимический анализ крови: увеличение фибриногена, а-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин-О, антигиалуронидаза), рентгенография органов грудной клетки: при тяжелом течении ревмокардита ‑ увеличение размеров сердца, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография: могут быть нарушения проводимости (удлинение интервала РQ), снижение амплитуды зубца Т.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование порока сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли, суточное количество жидкости не более 1,5 л

Антибактериальная терапия (антибиотики ‑ пенициллин)

Нестероидные противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, индометацин, вольтарен и др.)

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

первичная:

* повышение защитных сил организма (рациональное питание, закаливание, занятия физическими упражнениями, нормализация режима труда и отдыха, улучшение жилищно-бытовых условий);
* санация очагов хронической инфекции;
* своевременное лечение заболеваний стрептококковой этиологии;

вторичная:

* бициллинопрофилактика;
* диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;

5. Техника исследования пульса ‑ согласно алгоритму действия.

### Задача 2.

Фельдшер вызван на дом к больной Н., 20 лет. Жалобы на боли в коленных, голеностопных, плечевых суставах, высокую температуру. Заболела остро. Накануне вечером поднялась температура до 390С, появились боли в коленных суставах, утром присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах. Из анамнеза выяснилось, что 2 недели назад больная перенесла ангину.

Объективно: температура 390С. Общее состояние средней тяжести. Кожа влажная, отмечается припухлость, покраснение кожи над коленными суставами, резкая болезненность при движении. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные ЧСС 115 в мин. АД 115/60 мм рт.ст. Есть кариозные зубы. Миндалины увеличены. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику забора крови на биохимическое исследование.

 Эталоны ответов

1. Ревматизм, ревматический полиартрит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* синдром интоксикации, боли в крупных суставах, летучесть боли;
* молодой возраст;
* наличие очагов хронической инфекции, частые ангины;
* связь заболевания с предыдущей ангиной;

2) объективные данные:

* при осмотре: лихорадка, припухлость и покраснение кожи над пораженными суставами, ограничение движения в них, гипертрофия миндалин, кариозные зубы;
* при аускультации: приглушение сердечных тонов, тахикардия.

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом лейкоформулы влево, биохимический анализ крови: увеличение фибриногена, α2-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалуронидаза), ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография: возможны аритмии, изменения зубца Т.

3. При повторных ревматических атаках ‑ формирование порока сердца, острая сердечная недостаточность.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим постельный.

Диета № 10.

Антибактериальная терапия: антибиотики — пенициллин.

Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота, вольтарен.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

первичная:

* повышение защитных сил организма (рациональное питание, закаливание, занятия физическими упражнениями, нормализация режима труда и отдыха, улучшение жилищно-бытовых условий);
* санация очагов хронической инфекции;
* своевременное лечение заболеваний стрептококковой этиологии;

вторичная:

* бициллинопрофилактика;
* диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;

5. Техника забора крови на биохимическое исследование ‑ согласно алгоритму действия.

### Задача 3.

На ФАП обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

####

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

 Эталоны ответов

1.Ревматизм. Стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия в стадии декомпенсации.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, сухой кашель, кровохарканье;
* перенесенный ревматизм;

2) объективные данные:

* при осмотре: субфебрильная температура тела, цианоз, одышка ;
* при пальпации: симптом «кошачьего мурлыканья» в области верхушки сердца
* при перкуссии: расширение границ сердца вверх;
* при аускультации: на верхушке сердца ‑ хлопающий 1-й тон и диастолический шум, акцент второго тона на аорте, влажные хрипы в нижних отделах легких.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимический анализ крови: увеличение фибриногена, α2-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалуронидаза),ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Лечение основного заболевания ‑ ревматизма.

Витамины (вит.В1)

Сердечные гликозиды: строфантин, дигоксин

Диуретики: верошпирон, триампур

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

*Профилактика:*

* раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);
* диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;
* круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;
* длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя);

5. Техника исследования пульса ‑ согласно алгоритму действия.

### Задача 4.

Фельдшер вызван на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

####  Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Эталоны ответов

1.Ревматизм, недостаточность митрального клапана в стадии декомпенсации.

*Обоснование:*

1. данные анамнеза:
* одышка и сердцебиение в состоянии покоя;
* ухудшение состояния в связи с переохлаждением и физическим переутомлением;
* состоит на диспансерном наблюдении по поводу ревматизма;

2) объективные данные:

* при осмотре: лихорадка, влажность кожи, ЧДД - 30 в мин.;
* при перкуссии: расширение границ сердца влево;
* при аускультации: на верхушке сердца ослабление первого тона и грубый систолический шум.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: увеличение фибриногена, α2-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалуронидаза), ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Лечение основного заболевания (ревматизм)

Витамины (вит.В1)

Сердечные гликозиды

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

*Профилактика:*

* раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);
* диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;
* круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;
* длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя);

5. Техника исследования пульса ‑ согласно алгоритму действия

**Задача 5.**

Пациент К. 56 лет предъявляет жалобы на боли в коленных суставах (непостоянные,проходят после приема салицилатов),а также на одышку при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, боли в сердце. Болен ревматизмом с 14 лет, противорецидивное лечение принимает непостоянно.

Обьективно: состояние средней тяжести; кожные покровы бледные, цианоз губ. Дыхание ослабленное,в нижних отделах легких-влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, над верхушкой-грубый систолический шум. Пульс 96 в минуту, аритмичный. АД 160/95 мм. РТ. Ст..Печень выступает ниже края реберной дуги на 3 см.Отеки голеней.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

**Задача 6.**

Фельдшер “Скорой помощи” был вызван на дом к пациенту 58 лет, который жаловался на резко возникшую одышку, выраженную слабость, неприятные ощущения в области сердца и неритмичные сокращения сердца. В анамнезе ревматизм, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Состояние развилось после психоэмоциональных переживаний.

Объективно: кожные покровы умеренно цианотичные. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, выслушивается диастолический шум. ЧСС 140 в мин. Пульс 120 уд./мин., нерегулярный, АД 120/80 мм рт.ст.

На ЭКГ: отсутствие зубцов Р; наличие волн ff в отведениях V1, V2; интервалы R-R нерегулярные.

#### Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

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

**Практические навыки**

1.Сбор анамнеза у пациента.

2.Определение характеристик пульса.

3.Пальпация верхушечного толчка.

4.Определение границ относительной тупости сердца.

5.Аускультация сердца.

6.Определение отеков.

7.Измерение АД.

8.Техника регистрации ЭКГ.

9.Пальпация печени.

10.Определение размеров печени по Курлову.

**Пальпация верхушечного толчка**

|  |  |
| --- | --- |
| **Практический аспект** | **Этико-деонтологический аспект** |
| **Цель:** диагностическая.**Показания:** исследование системы органов кровообращения.**Противопоказания:** нет.**Подготовить:** кожный антисептик**Подготовка пациента:** 1. Пациента раздеть до пояса.2. Положение стоя или сидя, при необходимости – наклонить туловище вперед.**Техника выполнения:** Провести гигиеническую обработку рук, руки согреть.1. Положить ладонь правой руки на грудную клетку пациента с таким расчетом, чтобы пальцы прикрывали область верхушечного толчка.
2. Определить точную локализацию верхушечного толчка.
3. Определить площадь верхушечного толчка.
4. Определить величину или высоту (амплитуду колебания в области верхушечного толчка).

**Последующий уход:** не требуется.**Возможные осложнения**: нет.**Примечания:** В норме верхушечный толчок находится в V межреберье на 1 - 2 см кнутри от срединно-ключичной линии; ограниченный (площадь – 2 кв.см.,); по высоте верхушечный толчок может быть высоким или низким. | - установить доброжелательные отношения с пациентом.- объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения.- попросить пациента слегка наклониться вперед. |

**Аускультация сердца**

|  |  |
| --- | --- |
| **Практический аспект** | **Этико-деонтологический аспект** |
| **Цель:** диагностическая.**Показания:** исследование системы органов кровообращения.**Противопоказания:** нет.**Подготовить:**1. Стетоскоп или фонендоскоп.2. 70% спирт.3. Кожный антисептик**Подготовка пациента:** 1. Пациента раздеть.2. Положение стоя или сидя, при необходимости – лежа.**Техника выполнения:**1. Провести гигиеническую обработку рук.
2. Раструб стетоскопа обработать 70% спиртом. Согреть стетоскоп в руках.
3. Поставить раструб стетоскопа или фонендоскопа в точку аускультации митрального клапана - область верхушечного толчка.
4. В точку аускультации клапанов аорты - II межреберье справа у грудины.
5. В точку аускультации клапана легочного ствола - II межреберье слева у грудины.
6. В точку аускультации трехстворчатого клапана - нижний конец грудины, у основания мечевидного отростка грудины
7. В дополнительную точку выслушивания аортального клапана, точку Боткина-Эрба - у места прикрепления Ш - 1У ребер к грудине слева.

**Последующий уход:** не требуется.**Возможные осложнения:** нет.**Примечания:** в норме у здорового человека тоны сердца ясные, звучные. | - установить доброжелательные отношения с пациентом.- объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения.- согреть стетоскоп в руках. |

**Определение границ относительной тупости сердца**

|  |  |
| --- | --- |
| **Практический аспект** | **Этико-деонтологический аспект** |
| **Цель:** диагностическая.**Показания:** исследование системы органов кровообращения.**Противопоказания:** нет.**Подготовить:**1. Дермограф.2. Линейка.3. Кожный антисептик.**Подготовка пациента:** 1. Пациента раздеть.2. Положение стоя или сидя, при необходимости – лежа.**Техника выполнения:**Провестигигиеническуюобработку рук, руки согреть.**Определение правой границы сердца.**1. Вначале определить нижнюю границу правого легкого (верхний край печени) по срединно-ключичной линии, которая в норме располагается на уровне VI ребра.
2. Палец-плессиметр перенести на одно межреберье вверх (в IV межреберье).
3. Повернуть палец-плессиметр параллельно границе сердца.
4. Перкутировать тишайшей перкуссией, перемещая палец по направлению к сердцу до появления притупления перкуторного звука.
5. По наружному краю пальца, обращенному к ясному звуку, отметить правую границу сердца.

**Определение левой границы сердца.** 1. Пальпаторно определить верхушечный толчок.
2. Палец-плессиметр расположить в V межреберье параллельной искомой границе кнаружи от верхушечного толчка или, если он не определяется, перкуссию проводить по V межреберью, начиная от средней подмышечной линии.
3. Перкутировать по направлению к сердцу до притупления звука.
4. Определить найденную границу по отношению к срединно-ключичной линии.

**Определение верхней границы сердца.**1. Палец-плессиметр поставить на окологрудинную линию параллельно ребрам в I межреберье.
2. Перкутировать вниз до появления притупления.
3. По верхнему краю пальца отметить границу относительной тупости.

**Последующий уход:** не требуется.**Возможные осложнения**: нет.**Примечания:** в норме у здорового человека правая граница относительной тупости сердца располагается на 1 – 1,5 см. кнаружи от правого края грудины. Левая граница располагается на 1 - 2 см. кнутри от срединно-ключичной линии в V межреберье. Верхняя граница располагается по верхнему краю III ребра. | - установить доброжелательные отношения с пациентом.- объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения. |

**Определение наличия отеков**

|  |  |
| --- | --- |
| **Практический аспект** | **Этико-деонтологический аспект** |
| **Цель:** диагностическая.**Показания:** исследование системы органов мочевыделения, сердечно-сосудистой, эндокринной системы.**Противопоказания:** нет.**Подготовить: к**ожный антисептик для обработки рук**Подготовка пациента:** 1. Пациента раздеть.2. Предложить лечь на спину или усадить.**Техника выполнения:** 1.Выполнить гигиеническуюобработку рук, руки согреть.2.Отеки можно определять на стопах, лодыжках, голенях, крестце.3.Сдавить большим пальцем мягкие ткани над костными образованиями в течение 3 - 5 секунд.4.Проверить образование ямки на месте сдавливания. Появление ямки свидетельствует о наличии отека.5.Определение отёков на лице проводят визуально, при этом уделяют внимание периорбитальной области.**Последующий уход:** не требуется.**Возможные осложнения:** нет.**Примечания:** В норме у здорового человека отеков нет. | - установить доброжелательные отношения с пациентом- объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения- сдавливание проводить осторожно, не причиняя пациенту боли- следить за реакцией пациента |

**Определение признаков асцита**

|  |  |
| --- | --- |
| **Практический аспект** | **Этико-деонтологический аспект** |
| **Цель:** диагностическая.**Показания:** подозрение на скопление жидкости в брюшной полости.**Противопоказания:** нет.**Подготовить: к**ожный антисептик для обработки рук.**Подготовка пациента:**1. Пациента раздеть.2. Предложить лечь на кушетку, положение – на спине.**Техника выполнения:** Провести гигиеническую обработку рук, руки согреть.**Метод перкуссии.**1. Палец-плессиметр поставить продольно по передней срединной линии живота.
2. Перкутировать к фланкам (отлогим местам) живота (при наличии жидкости в боковых отделах отмечается тупой перкуторный звук).
3. Попросить повернуться пациента на противоположный бок, не отнимая пальца-плессиметра перкутировать к пупку (при наличии асцита жидкость перемещается в область пупка, где отмечается тупой перкуторный звук).

**Метод флюктуации.** 1. Положить левую ладонь на правый фланк живота пациента.
2. Сомкнутыми пальцами правой руки наносить толчкообразные движения по левому фланку живота (при наличии в брюшной полости свободной жидкости левая рука ощущает колебания жидкости в виде волн).
3. Попросить ассистента ребром ладони надавить вдоль срединной линии в области пупка для исключения передачи колебаний через брюшную стенку (если ощущение колебаний сохранилось, значит в брюшной полости есть жидкость).

**Последующий уход:** не требуется.**Возможные осложнения:** нет**Примечания:** в норме у здорового человека свободной жидкости в брюшной полости нет  | - установить доброжелательные отношения с пациентом- объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения |

**Заключительный тестовый контроль**

 *Укажите правильные ответы*

1.Ревматизм связан с инфицированием:

 1.стафилококком;

 2.клебсиелой;

 3.гемолитическим стрептококком группы А;

 4.пневмококком.

2.Ревматизму способствуют:

 1.плохое питание;

 2.скученность в квартирах и школах;

 3.ионизирующее излучение;

 4.низкий уровень медицинской помощи.

3.При ревматизме процесс развивается преимущественно в:

 1.костной ткани;

 2.лимфоидной ткани;

 3.соединительной ткани;

 4.жировой ткани.

4. Ревматический полиартрит характеризуется:

 1.поражаются мелкие суставы;

 2.летучесть болей;

 3.поражаются крупные суставы;

 4.развитие анкилоза.

5.Кожная форма ревматизма проявляется:

 1.кольцевой эритемой;

 2.экхимозами;

 3.узелками в суставных сумках.

 4.петехиями.

 6. Диагноз ревматизма подтверждают:

 1.высокий титр противострептококковых а/т;

 2.лейкоцитоз;

 3.анемия;

 4.лейкоцитоз.

7.При ревматизме назначают стол :

 1.№ 1.

 2.№ 2.

 3.№ 5.

 4.№ 10.

8.В лечении ревматизма используют:

 1.препараты железа;

 2.пенициллины;

 3.глюкокортикоиды;

 4.иммунодепрессанты.

9.Первичная профилактика ревматизма включает:

 1.закаливание;

 2.лечение стрептококковой инфекции;

 3.назначение глюкокортикоидов;

 4.борьба со скученностью в жилищах, школах.

10.Препарат вторичной профилактики ревматизма:

 1.кардиомагнил;

 2.атенолол;

 3.стрептомицин;

 4.бициллин -5.

**Эталоны ответов к заключительному тестовому контролю**

1-3.

2-1,2,4.

3-3.

4-2,3.

5-1,3.

6-1,2,4.

7-4.

8-2,3,4.

9-1,2,4.

10-4.

**Рекомендованная литература**

1. Калягин А. Н. Общий уход за терапевтическими больными. - М., 2018**.**

2. Маколкин В.И. ,Овчаренко С.И., Семенов Н.Н. Внутренние болезни.-Учебник. М., 2018.

3. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология.- М., 2019.

4. Об оказании неотложной помощи в поликлинике/ Белокриницкий В.И., Кириченко А.М., Холкин И.В., Толмачева З.В., Колотова Г.Б.//Терапевт. 2018.- № 7.- С. 6-11.

5. Руксин В.В. Неотложная кардиология.- СПб, 2019.