**Преподаватель: Комардина Инна Владимировна**

**13.02.2020 г.**

Группа Ф 3 – 1 (2), 8.00 – 13.25

Диагностика в онкологии

Семинарско-практическое занятие № 2

Тема: Рак легкого. Опухоли молочных желез.

**Задание:**

1. Повторение пройденного материала (решите кроссворд)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 3 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 12 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 6 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**Кроссворд № 1 по теме: « Общая онкология»**

**По горизонтали:**

1. Злокачественная опухоль костной ткани.

6. Один из принципов диагностики злокачественных опухолей.

7. Один из симптомов синдрома «малых признаков».

8. Учение об истинных опухолях.

11. Дочерний опухолевый узел.

12. Морфологическое отличие клеток опухоли от клеток ткани, их которой она развилась.

14. Диагностическая операция для забора материала на гистологическое исследование.

15. Злокачественная опухоль эпителиального происхождения.

**По вертикали:**

2. Хроническое заболевание, на фоне которого резко возрастает частота развития злокачественных опухолей.

3. Доброкачественная опухоль мышечной ткани.

4. Крайняя степень истощения.

5. Возможное нахождение в структуре опухоли разнородных по морфологическим признакам клеток.

9. Доброкачественная опухоль железистой ткани.

10. Доброкачественная опухоль жировой ткани.

13. Метод исследования полостей тела и полых органов.

1. Закрепить теоретические знания по вопросам этиологии и патогенеза; классификации; клиники и диагностики рака легкого и рака молочной железы.
2. Подготовить доклады согласно ранее выданным темам студентам Власовой К., Желяковой А., Каримовой Л., Лосеву М., Любезновой К.
3. Решить ситуационные задачи:

**Задача 1.** У курильщика 58 лет появилась охриплость постоянного характера и одышка при малейшей физической нагрузке. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.

1. Ваш наиболее вероятный диагноз.
2. Какой метод это может точно подтвердить?

**Задача 2.** У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 53 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, появились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С помощью какого метода можно установить точный диагноз?

**Задача 3.** Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше левой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

**Задача 4.** Пациентка 64 лет поступила с жалобами на плотное безболезненное образование в правой молочной железе размером 3 см, которое она обнаружила при самообследовании 8 месяцев назад.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие обследования надо сделать?

**Задача 5.** У больной 47 лет язва в области соска правой молочной железы, которая наблюдается в течение 2 лет.

1. Ваш диагноз.
2. Алгоритм обследования.

**Задача 6.** Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Диагноз.
2. Тактика обследования.

**Задача 7.** Больной Г. 65 лет. Жалобы на кровохарканье, боли в правом боку, одышку, слабость, утомляемость. В анамнезе: хронический бронхит, частые пневмонии. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание в норме. Проведено цитологическое исследование мокроты: обнаружены атипичные клетки.

1. Предположительный диагноз.
2. План обследования.

**Задача 8.** К фельдшеру здравпункта химического завода обратился больной мужчина 47 лет, работающий длительное время на производстве углеводородного сырья. Из анамнеза выяснилось, что в течение 1,5-2 месяцев отмечает учащенные позывы и резь в конце мочеиспускания. В терминальной порции мочи заметил свежие капли крови, что и явилось причиной обращения за помощью. Отмечает снижение аппетита и некоторое похудание за последние 2-3 месяца.

*Объективно:* состояние удовлетворительное, температура тела 37,00. Пульс 78 уд./мин. АД 110/65 мм.рт.ст. Кожные покровы бледноваты. Из имеющегося на руках общего анализа крови видно наличие снижения гемоглобина- 110 г/л, СОЭ — 18 мм/г, лейкоцитоз 7,2x109. В общем анализе мочи: реакция щелочная, белок 0,066 промиля, лейкоциты 10-15 в п/з, эритроциты свежие 30-40 в п/з, фосфаты +++.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о необходимых физикальных методах исследования и методике их проведения.
3. Расскажите о диагностической программе в стационаре при данном заболевании.

**14.02.2020 г.**

Группа М 2/9 – 2

Фармакология

Теоретическое занятие № 9, 10

**Тема № 9 «Препараты витаминов»**

**Задание:**

1. Составьте конспект.

**ПРЕПАРАТЫ ВИТАМИНОВ**

**Витамины** - биологически активные органические соединения, выполняющие роль коферментов во многих обменных процессах. Большинство витаминов не синтезируется в организме человека и поступает с пищей. При недостаточном содержании витаминов развивается гиповитаминоз или авитаминоз. В этих случаях назначают витаминные препараты. Витамины имеют различную химическую структуру и относятся к разным классам соединений.

В настоящее время насчитывают 13 групп, или семейств витаминов. Почти каждое семейство состоит из нескольких витаминов, их предложено называть витамерами. Все остальные соединения, называемые витаминами и обозначаемые буквами латинского алфавита, следует называть «биологически активными веществами», или «витаминоподобными веществами». Наименования витаминов, витамеров и их функции приведены.

**Классификация витаминов**

Витамины также классифицируют в зависимости от их растворимости. Различают жиро- и водорастворимые витамины.

**ПРЕПАРАТЫ ЖИРОРАСТВОРИМЫХ ВИТАМИНОВ**

В этом разделе рассмотрены препараты жирорастворимых витаминов A, D, E и K.

**Препараты витамина А**

Препараты группы витамина A представлены ЛС первого, второго и третьего поколений.

•  Препараты витамина A первого поколения: ретинол (например, Витамин А, Ретинола ацетат, Ретинола пальмитат), Каротин, (МНН «поливитамин»).

•  Препараты витамина A второго поколения (циклические ретиноиды): ацитретин (Неотигазон).

•  Препараты витамина А третьего поколения (каротиноиды), к которым относят тазаротен и адаполен, разрешены к применению не во всех странах и не зарегистрированы в России.

Витамин А участвует в окислительно-восстановительных реакциях, он необходим для образования зрительного пурпура родопсина, оказывает влияние на обмен липидов, участвует в синтезе гликопротеинов и гликозаминогликанов, что необходимо для нормального функционирования эпителия кожи и слизистых оболочек. Механизм действия ретиноидов связан с влиянием на экспрессию генов за счет активации двух типов ядерных рецепторов: RAR и RXR. При дефиците витамина А развивается гемералопия («куриная слепота» - нарушение сумеречного зрения), поражаются кожные покровы и слизистые оболочки, уменьшается содержание лизоцима в сыворотке крови и других жидкостях, понижается активность лейкоцитов.

**Применяют витамин А** для профилактики и лечения гипо- и авитаминоза (заместительная терапия), а также при кожных заболеваниях (псориаз), ожогах, трофических язвах и других заболеваниях, связанных с нарушением эпителизации, заболеваниях ЖКТ (хронические энтериты, энтероколиты), болезнях легких, гепатитах, глазных болезнях.

При передозировке препаратов витамина А развиваются явления гипервитаминоза: вялость, сонливость, головная боль, тошнота, рвота, шелушение кожи, выпадение волос.

**Препараты витамина D**

Препараты группы витамина D состоят из ЛС витаминов D2 и D3.

•  Витамин D2 (неактивная форма): эргокальциферол.

•  Витамин D3 (неактивная форма): колекальциферол.

•  Витамин D3 (активная форма): кальцитриол, альфакальцидол .

Биологически активные формы витаминов D - альфакальцидол (1а-гидроксихолекальциферол) и кальцитриол (1,25-дигидроксихолекальциферол) - продукты гидроксилирования холекальциферола (провитамина D животного происхождения) или эргокальциферола (провитамина D растительного происхождения). Для активации витамина D требуется солнечный свет (ультрафиолетовый компонент) и нормальный уровень активности гидроксилаз в печени и почках.

Заболевания почек (наиболее часто), печени и дефицит инсоляции уменьшают синтез активных форм витамина D. Дефицит витамина D в детском возрасте приводит к задержке закрытия родничков черепа и прорезывания зубов, к деформации костей, мышечной слабости; развивается рахит (остеомаляция у взрослых). Недостаточность витамина D у взрослых (последствие хронических заболеваний почек и ЖКТ, климакса и др.) также проявляется уменьшением прочности костной ткани (остеопороз), переломами костей даже при обычных нагрузках. Метаболиты витамина D активируют синтез транспортного кальций-связывающего белка в клетках слизистой оболочки кишечника, этот транспортер обеспечивает всасывание кальция и фосфора в кишечнике, а также кальцификацию костной ткани.

**Колекальциферол** - неактивная форма витамина D3, применяют у здоровых людей для профилактики гипо- и авитаминоза D (при пищевом дефиците).

**Альфакальцидол** - активный метаболит витамина D3, применяют не только для профилактики, но и для лечения гипо- и авитаминоза, гипокальциемии и любых форм остеопороза (особенно на фоне заболевания почек).

Препараты витамина D целесообразно комбинировать с препаратами кальция карбоната. Легкорастворимые соли кальция - глюконат, лактат и др. - при сочетании с активными формами витамина D могут спровоцировать гиперкальциемию.

При передозировке активных форм витамина D возможно развитие гипервитаминоза (проявляется тошнотой, слабостью, лихорадкой). Гиперкальциемия проявляется судорожным синдромом и нарушениями ритма сердца.

**Препараты витамина Е**

Наибольшей биологической активностью обладает а-токоферол, он необходим для нормального функционирования мембран эритроцитов, миокарда, скелетных мышц. Антиоксидантные свойства витамина Е обусловлены его способностью инактивировать свободные радикалы и тормозить перекисное окисление липидов. Дефицит витамина Е может привести к нарушениям в половой сфере, дистрофии миокарда и скелетных мышц.

В России зарегистрирован в качестве ЛС витамин E (альфа- Токоферол). **Показания к назначению** витамина Е: гипо- и авитаминоз, бесплодие у мужчин и женщин, миокардиодистрофия, мышечные дистрофии, угроза выкидыша, гемолитическая анемия.

**Препараты витамина К**

Группу витаминов K составляют филлохиноны (K1), менахиноны (K2) и менадион (K3). Лекарственные препараты представлены витаминами К1 и K3.

• Витамин К1: фитоменадион.

• Витамин K3: менадиона натрия бисульфит (Викасол).

Витамин К синтезируют микроорганизмы кишечника (витамин К2), он также поступает с растительной пищей (витамин К1). Биологическая роль витаминов K определяется их участием в свертывании крови, витамин необходим для синтеза в печени протромбина (фактора II) и других плазменных факторов (VII, IX и Х, протеин С), а также кальцийсвязывающего белка остеокальцина.

**Основные показания к применению:** геморрагический синдром с гипопротромбинемией (при гепатите, циррозе печени, механической желтухе, нарушении всасывания витамина К), передозировка антикоагулянтов непрямого действия, профилактика геморрагий новорожденных, профилактика кровотечений перед обширными оперативными вмешательствами и др.

|  |
| --- |
|  |

**ПРЕПАРАТЫ ВОДОРАСТВОРИМЫХ ВИТАМИНОВ**

**Препараты витамина В1**

Витамин B1 (тиамин) представлен следующими ЛС: бенфотиамин, кокарбоксилаза, монофостиамин и тиамин.

Тиамин в организме превращается в кофермент - дифосфат тиамина (кокарбоксилазу), который участвует во многих ферментативных реакциях (например, в декарбоксилировании α-кетокислот). При недостатке витамина развиваются полиневриты, мышечная слабость, образуются кардиотоксические метаболиты. При авитаминозе возникают тяжелые нарушения нервной и сердечно-сосудистой систем (болезнь «бери-бери»).

**Показания к применению:** гипо- и авитаминоз (профилактика и лечение), дистрофия миокарда, сердечные аритмии, заболевания центральной и периферической нервной системы, беременность, грудное вскармливание, тяжелая физическая нагрузка, экстремальные состояния. Назначают внутрь и парентерально.

**Препараты витамина В2**

В организме витамин В2 (ЛС: рибофлавин) фосфорилируется, превращаясь в коферменты - флавин мононуклеотид и флавин адениндинуклеотид, - участвующие в углеводном, белковом, жировом обмене, тканевом дыхании, кроветворении. При дефиците рибофлавина появляется светобоязнь, резь в глазах. Витамин В2 поддерживает нормальное состояние слизистой оболочки пищеварительного тракта, губ и языка, необходим для всасывания железа, образования никотиновой кислоты, активации витамина В6.

**Показания к применению витамина В2:** гипо- и авитаминоз (профилактика и лечение), заболевания глаз (гемералопия, кератит, конъюнктивит), кожные заболевания (экзема, трофическая язва, зудящие дерматозы), заболевания ЖКТ, гепатиты, лучевая болезнь. Назначают местно, внутрь и парентерально.

**Препараты витамина В6**

В организме витамин В6 (ЛС: пиридоксин, пиридоксальфосфат) подвергается фосфорилированию, превращаясь в кофермент пиридоксаль-5-фосфат, необходимый для декарбоксилирования и переаминирования аминокислот, регуляции белкового, жирового обменов, обмена гистамина, ГАМК, глутаминовой кислот, глицина, серотонина и др. Поддерживает нормальное функционирование центральной и периферической нервной системы.

**Показания к применению витамина:** гипо- и авитаминоз (профилактика и лечение), нарушения функции нервной системы (парезы, параличи, травмы головного мозга, диабетические невропатии), поражения печени при применении противотуберкулезных средств; заболевания, сопровождающиеся расстройством белкового обмена, комплексная терапия язвенной болезни желудка, атеросклероза, гипохромной анемии, кожных болезней. Назначают внутрь и парентерально.

**Препараты витамина В12**

Витамин B12 (кобаламин) представлен следующими препаратами: цианкобаламин, кобамамид, гидроксокобаламин (Оксикобаламин).

Витамин В12 синтезирует микрофлора кишечника, для его всасывания необходим внутренний фактор Касла - гастромукопротеин, синтезируемый в обкладочных клетках желудка. Кобаламин превращается в активную форму - кобамамид - после связывания с транспортными белками плазмы крови (транскобаламины). Витамин В12 - кофермент в метаболических процессах: стимулирует синтез белков, углеводов, регулирует обмен липидов, участвует в образовании тетрагидрофолиевой кислоты (активная форма фолиевой кислоты). Цианокобаламин необходим для нормального кроветворения, участвует в пролиферации, дифференцировке и созревании эритроцитов, поддерживает образование миелина.

При недостаточности витамина В12 (дефицит внутреннего фактора Касла при заболеваниях желудка) развивается пернициозная (злокачественная) анемия.

**Применяют витамин В12** (вводят под кожу или внутримышечно) при пернициозной анемии, а также в комплексной терапии других видов анемий, при заболеваниях нервной системы (полиневрит, радикулит, невралгии), дистрофических изменениях миокарда, при заболеваниях печени (гепатит, цирроз печени).

**Препараты фолиевой кислоты**

Фолиевая кислота (витамин B9 представлена следующими ЛС: кальция фолинат (например, Лейковорин) и фолиевая кислота.

Фолиевая кислота в организме человека синтезируется микрофлорой кишечника. В печени образуется активная форма - тетрагидрофолиевая кислота, необходимая для синтеза пуриновых и пиримидиновых оснований. Участвует в обмене холина, аминокислот (донатор метильных групп при синтезе метионина из гомоцистеина).

Фолиевая кислота необходима для нормального протекания пролиферативных процессов. Стимулирует эритропоэз (участвует в регуляции созревания мегалобластов и нормобластов), способствует всасыванию железа. Абсолютно необходима для нормального протекания беременности. Недостаточность фолиевой кислоты проявляется в виде макроцитарной (фолиеводефицитной) анемии.

**Применяют фолиевую кислоту** для профилактики и лечения гипо- и авитаминоза, при макроцитарной анемии, в комплексной терапии мегалобластной витамин В12-дефицитной анемии (вместе с цианокобаламином), других видах анемий, лейкопении, комплексной терапии онкологических, неврологических, гастроэнтерологических заболеваний, при лечении больных туберкулезом. Используют для профилактики врожденной и приобретенной гипергомоцистеинемии. Назначают внутрь.

**Препараты витамина РР**

Витамин PP (никотиновая кислота, ниацин) представлен следующими препаратами: никотинамид и никотиновая кислота (например, Ниацин и Эндурацин).

Никотиновая кислота в неизмененном виде всасывается из кишечника, в печени необходима для синтеза важных коферментов окислительно-восстановительных процессов никотинамидадениндинуклеотида и никотинамидадениндинуклеотидфосфата. Никотиновая кислота имеет выраженный сосудорасширяющий эффект, повышает проницаемость сосудов и фибринолитическую активность крови, оказывает антиатерогенное действие на уровень липопротеинов плазмы крови: ингибирует синтез ЛПОНП, а также снижает уровни ЛППП и ЛПНП и повышает содержание ЛПВП. При недостаточности никотиновой кислоты развивается пеллагра - заболевание, сопровождаемое диареей, дерматитом, деменцией (слабоумием).

**Применяют** никотиновую кислоту для профилактики гиповитаминоза, при пеллагре (лечение авитаминоза), при вялозаживающих ранах, язвах, при заболеваниях ЖКТ (гастритах с пониженной кислотностью) и печени (гепатиты, циррозы печени). Никотиновую кислоту также назначают как сосудорасширяющее средство при спазмах сосудов конечностей, а в больших дозах (3-4 г в сут) в качестве антиатеросклеротического средства. Применяют никотиновую кислоту в комплексной терапии при ишемических нарушениях мозгового кровообращения. Эндурацин - препарат никотиновой кислоты пролонгированного действия (таблетки). Никотинамид не обладает сосудорасширяющими и гиполипидемическими свойствами.

**Препараты витамина Р**

Витамин Р представляют следующие препараты: рутозид (например, Рутин), дигидрокверцетин (например, Кверцетин) и сочетание рутозида с аскорбиновой кислотой (например, Аскорутин).

Витамин P снижает проницаемость сосудистой стенки и уменьшает ломкость капилляров. Обладает гипотензивным действием. Способствует проникновению витамина С внутрь клеток, переводя аскорбиновую кислоту в монодегидроаскорбиновую кислоту. Обладает антиоксидантными и ангиопротекторными свойствами и желчегонным действием. **Показания к применению:** гипо- и авитаминоз (профилактика и лечение), повышенная проницаемость капилляров, венозная недостаточность (тромбофлебиты), отеки различного генеза, травмы, обморожения.

**Препараты витамина С**

Витамин C представляет аскорбиновая кислота и множество прописей аскорбиновой кислоты с другими ЛС.

Витамин C в организме человека не синтезируется, а при поступлении с пищей превращается в дегидроаскорбиновую кислоту. Участвует в различных окислительно-восстановительных процессах, регулирует углеводный обмен (расщепление глюкозы в цикле трикарбоновых кислот, синтез гликогена). Аскорбиновая кислота необходима для образования тетрагидрофолиевой кислоты, синтеза коллагена, протромбина, стероидных гормонов, норадреналина и адреналина. Облегчает всасывание железа из кишечника и включение железа в гем. Нормализует проницаемость капилляров (инактивация гиалуронидазы), обеспечивает регенерацию тканей, обезвреживает токсические вещества и обладает антиоксидантными свойствами (улавливает свободные кислородные радикалы). Принимает участие в регуляции иммунных реакций (образование антител, синтез интерферонов (ИФН), фагоцитарная активность), что повышает сопротивляемость к инфекции. При недостаточности витамина С развивается цинга.

**Применяют аскорбиновую кислоту** для профилактики и лечения гипо- и авитаминоза, при инфекционных заболеваниях, нарушении кроветворения, заболеваниях сердца, печени, легких, для стимуляции репаративных процессов (заживление язв и ран, переломы костей), при отравлениях, шоке, коллапсе, при повышенной психической и физической нагрузках. Препарат назначают внутрь и парентерально. При длительном применении больших доз аскорбиновая кислота может вызвать нарушения функции почек и поджелудочной железы.

|  |
| --- |
|  |

**ВИТАМИНОПОДОБНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

К витаминоподобным веществам относят различные соединения, в том числе витамины В15 (пангамоваякислота, кальция пангам а т), В13 (оротовая кислота), N (липоевая кислота, [например, Липамид]), F (смесь эфиров линолевой и линоленовой кислот).

Лекарственные препараты на основе витаминоподобных веществ применяют в комплексной терапии многих заболеваний; например, витамины H, N, F усиливают регенеративные процессы, что позволяет применять их в дерматологической практике.

**РАСТИТЕЛЬНЫЕ ВИТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

Растительные витаминные препараты повышают защитные силы организма, увеличивают выносливость при экстремальных нагрузках, способствуют сбалансированной работе всех систем организма и ускоряют заживление ран, язв, трещин. Наиболее распространенными лекарственными препаратами из растительного сырья являются: «Масло шиповника», «Сироп из плодов шиповника», «Масло облепиховое», различные витаминные сборы, витаминные чаи и соки (моркови, капусты).

**ВИТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

Витаминные препараты продуктов животного происхождения и вытяжек из органов животных - рыбий жир из печени трески, витагепат, гепавит, сирепар, комполон, антианемин.

**ПОЛИВИТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

Поливитаминные препараты в зависимости от количества витаминов в лекарственной форме можно разделить на несколько групп.

•  Содержащие небольшое количество (2-4) необходимых витаминов. Применяют при определенной патологии - аскорутин (содержит витамины С и Р); аевит - А и Е; аекол - А, Е и К; мильгамма - В1 и В6; тетравит - В1, В2, Р и С.

•  Препараты, содержащие большое количество (10-12) сбалансированно подобранных витаминов - декамевит, ундевит, аэровит, глутамивит, гендевит. Такие витаминные препараты применяют при полигиповитаминозах, связанных с нарушением всасывания и усвоения витаминов в организме, а также при экстремальных психоэмоциональных и физических нагрузках.

•  Препараты, содержащие многокомпонентные смеси витаминов с макро- и микроэлементами - дуовит, витанова, матерна, центрум, витрум, компливит, юникап и др.

•  Детские витаминные препараты. Их выпускают в специальных лекарственных формах (капли, жевательные таблетки и пастилки, сиропы, шипучие таблетки) и подразделяют в зависимости от возраста (для грудных детей; от 2 до 4 лет; от 4 до 10 лет; для подростков) и по лечебно-профилактическому эффекту (для профилактики рахита, кариеса, для стимуляции кроветворения, повышения резистентности организма к инфекциям и др.).

1. Решите задачи (в тетради для домашних работ):

**1.** Витаминный препарат, нерастворимый в воде, но хорошо растворим в растительных маслах и спирте. Витамин содержится в большом количестве в печени и жировой ткани рыб и морских животных, способен образовываться в организме под влиянием ультрафиолетовых лучей. Определите препарат.

**2.** Витаминный препарат участвует в регуляции углеводного обмена, образовании стероидных гормонов, нормализует сосудистую проницаемость, применяется для профилактики и лечения цинги. Определите препарат. Выпишите рецепт.

**3.** Больной туберкулёзом лечился длительное время изониазидом, фтивазидом. Спустя 3 месяца у больного было отмечено понижение возбудимости, бессонница и поражение периферических нервов. Врач назначил инъекции витаминного препарата и спустя 2 недели эти признаки исчезли. Определите препарат.

**4.** Больной обратился к врачу – стоматологу с жалобой на боль в языке и трещинки в углах рта, которые длительно не заживали, несмотря на лечение синтомициновой эмульсией. Врач назначил витаминный препарат. Вскоре больной отметил уменьшение болезненности в языке и заживление углов рта. Определите препарат.

**5.** Препарат относится к жирорастворимым витаминам, играет важную роль в фоторецепции, при недостаточности развивается "куриная слепота". Определите препарат.

**6.** Вещество входит в состав ряда ферментов и участвует в регуляции углеводного, белкового и жирового обмена. Содержится в дрожжах, зародышах и оболочках пшеницы, овса, гречихи, хлебе, изготовленном из муки грубого помола. При его недостатке наблюдаются слабость, одышка, тахикардия, полиневриты и параличи. Назначается внутрь и парентерально. Определите препарат. Выпишите рецепт.

**7.** Синтетический водорастворимый аналог витамина, повышает содержание протромбина в крови и её свёртываемость. Применяется при кровотечениях. Определите препарат. Выпишите рецепт.

**Тема 10. Гормональные и антигормональные средства.**

**Задание:**

1. Составьте конспект по разделам темы «Препараты гормонов гипофиза и гипоталамуса», «Препараты гормонов женских и мужских половых желез», пользуясь учебником.

Схема конспекта:

* Группа препаратов, примеры препаратов.
* Фармакологические эффекты.
* Показания к применению.
* Побочные эффекты.

1. Решите задачи (в тетради для домашних работ):

**Задача 1.** Гормональный препарат, в составе которого имеются два гормона, вызывает сокращение мускулатуры матки, суживает сосуды, повышает артериальное давление, увеличивает реабсорбцию воды в канальцах почек. Применяется при слабой родовой деятельности, ночном недержании мочи и несахарном диабете. Противопоказаниями к применению препарата являются гипертоническая болезнь, атеросклероз.

**Задача 2.** Препарат гормона передней доли гипофиза. Оказывает анаболическое действие, положительно влияет на минеральный обмен, вызывает увеличение роста и массы тела. Применяется при гипофизарной карликовости. Вводят внутримышечно и подкожно. Определите препарат.

**Задача 3.** Синтетический заменитель женских половых гомонов, плохо растворим в воде, по эстрогенной активности равноценен эстрону. Применяется при заболеваниях, связанных с недостаточностью функции яичников, при бесплодии, гипертрофии и раке предстательной железы. Выпускается в таблетках и в виде масляного раствора для инъекций.

**14.02.2020 г.**

Группа М 3/9 – 3

СП в хирургии

Теоретическое занятие № 7

**Тема: «Синдром острый живот»**

**Задание:**

Составьте конспект по теме.

Синдром «Острого живота».

Принципы диагностики и лечения.

Организация сестринского процесса.

План:

Понятие об «остром животе», причины возникновения, основные синдромы

Клинические и инструментальные методы исследования

Доврачебная помощь и принципы лечения

Острый аппендицит. Классификация, признаки, осложнения. Принципы предоперационной подготовки и особенности послеоперационного ухода за больными

Особенности течения острого аппендицита у детей, беременных и лиц пожилого возраста

*«Острый живот»* - симптомокомплекс, вызванный раздражением или воспалением брюшины, требующий срочной госпитализации больного.

*«Острый живот»* – собирательный термин, объединяющий ряд хирургических заболеваний, имеющих общие клинические признаки: боль, напряжение мышц, симптомы раздражения брюшины, интоксикацию. Этим термином пользуются в качестве предварительного диагноза.

«Острый живот» приводит к развитию перитонита при несвоевременном

лечении. Причины: 1) травмы живота 2) воспалительные заболевания 3) перфорация полового органа 4) нарушение прохождения содержимого по ЖКТ (ОКН) 5) ущемленная грыжа 6) кровотечение в брюшную полость 7) острое нарушение мезентерального кровообращения 8) острые гинекологические заболевания (внематочная беременность, перекрут ножки кисты или опухоли яичника др.)

В некоторых случаях «Острый живот» приходится дифференцировать с повреждениями и заболеваниями органов, расположенных вне живота (инфаркт миокарда, неврологические заболевания и др.)

*Все симптомы «Острого живота» можно объединить в 4 синдрома:*

Болевой

Диспептический: тошнота, рвота, нарушения стула

Воспалительный: Т, озноб, воспалительные изменения в анализе крови

Перитонеальный: связан с вовлечением в процесс брюшин; проверяется выявлением симптомов раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского и др.)

*Методы исследования:*

Сбор анамнеза

Оценка общего состояния (сознание РS, t°, АД)

Наружный осмотр (внешний вид, положения б-го, цвет кожи и слизистых, состояние языка)

осмотр живота (участие в дыхании, форма, наличие выпячивания)

пальпация: поверхностная и глубокая. Проверка перитонеальных симптомов

перкуссия

аускультация

анализ крови, мочи, кала

Рентгенологические методы: обзорная рентгенография органов брюшной полости, пассаж бария по кишечнику

Эндоскопические методы

УЗИ

Лапароцентез – пункция брюшной полости

Лапароскопия – осмотр брюшной полости

Диагностическая лапаротомия

Доврачебная помощь

Уложить больного в удобное положение

Успокоить

Холод на живот

Срочная госпитализация в стационар на носилках

При наличии шока в машине скорой помощи проводятся противошоковые мероприятия.

**Нельзя!**Пить, есть, ставить клизмы, применять грелки, вводить обезболивающие, спазмолитики, антибиотики.

Все это затрудняет диагностику и может привести к осложнениям.

Лечение оперативное (экстренная или срочная операция)

Острый аппендицит

*Острый аппендицит*– воспаление червеобразного отростка, относится к числу наиболее распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Из каждых 200-250 человек населения ежегодно 1 -заболевает острым аппендицитом. Женщины болеют в 2 раза чаще мужчин. Наиболее высокая заболеваемость о. аппендицитом отмечается у лиц цветущего возраста (до 35 лет) и подростков. Люди пожилого и старческого возраста болеют реже, чем лица среднего возраста, но чаще чем дети. В раннем детском возрасте аппендицит встречается редко. Несмотря на то, что послеоперационная летальность при о. аппендиците низкая (0,16-0,20%) количество ежегодно умирающих от этого заболевания большее, чем при прободной язве желудка. Учитывая частоту заболеваемости, диагностика аппендицита на догоспитальном этапе, особенно в поликлинике, амбулатории, на дому, приобретает исключительно важную роль. Несвоевременная госпитализация больных, неправильно оказанная 1 медпомощь, приводит к развитию грозных осложнений, таких, как перитонит и др.

*Анатомия:*червеобразный отросток отходит от слепой кишки, которая является начальным отделом толстого кишечника. В месте впадения тонкой кишки в толстую расположен илеоцекальный клапан (баугинева заслонка), препятствующий обратному забросу содержимого толстого кишечника в тонкий. Червеобразный отросток отходит от заднемедиальной стенки слепой кишки, имеет форму цилиндра длиной 6-12 см, Д=6-8 мм, занимая различное положение по отношению к слепой кишке. Наиболее часто отросток направляется от слепой кишки к низу и медиально, иногда он может опускаться в малый таз и достигать мочевого пузыря, прямой кишки, яичников; отросток может располагаться на передней поверхности слепой кишки и восходящей, достигая нижней поверхности печени и дна желчного пузыря. Нередко отросток располагается ретроцекально и даже ретроперитонеально, прилегая к правому мочеточнику или почке. Очень редко, при обратном расположении внутренних органов слепая кишка и червеобразный отросток располагаются в левой подвздошной ямке. Все эти варианты расположения отростков могут видоизменять клиническую картину заболевания, вызывать затруднения в постановке диагноза. Недаром один из опытных отечественных хирургов-клиницистов И.И.Греков говорил, что аппендицит является хамелеоноподобным заболеванием, его не находят там, где предполагают, и, наоборот, находят в том месте, где о нем совсем не думают.

*Этиология:*воспаление червеобразного отростка возникает в результате попадания инфекции в отросток энтерогенным, гематогенным или лимфогенным путями, чему способствует дисфункция нервно-регуляторного аппарата червеобразного отростка.

Дисфункцию нервно-регуляторного аппарата могут вызвать 3 группы риска:

*сенсибилизация*(пищевая аллергия, глистная инвазия)

*рефлекторный путь*(болезни желудка, кишечника, желчного пузыря)

*непосредственное раздражение*(инородные тела отростка, каловые камни, перегибы)

Дисфункция → спазм мышц и сосудов → нарушение кровообращения → отек → внедрение микробов → воспаление

Воспаление захватывает слои стенки отростка и переходит на окружающие ткани – брюшину – перитонит. При благоприятном течении из эксудата выпадает фибрин – склеивает петли кишечника и сальник – ограничение процесса – аппенд. и инфильтрат. Инфильтрат может рассосаться или нагноиться – прорыв гнойника в брюшную полость (перитонит), в кишку в забрюшинное пространство.

*Классификация:*различаютпростой,деструктивныйиосложненныйаппендицит. Простой или катаральный – наиболее легкая форма. Деструктивный:флегмонозный,гангренозный,перфоративный. Осложненный аппендицит: аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс, разлитой гнойный перитонит, прочие осложнения (пилефлебит, сепсис и др.)

*Клиника:*чаще всего заболевание начинается внезапно среди полного здоровья с появлением болей постоянного характера, постепенно нарастающих.

Боль локализуется вначале в эпигастрии, около пупка (висцеральная боль) через несколько часов перемещается в правую подвздошную область (симптом Кохера-Волковича). Локализация болей соответствует месту расположения воспаленного отростка.

Диспептический симптом проявляется тошнотой, которая появляется после начала болей, может сопровождаться рвотой однократной. Рвота носит рефлекторный характер. Характерна задержка стула вследствие пареза кишечника (но может быть и понос при тазовом расположении отростка). Температура – субфебральная, тахикардия, частота пульса соответствует температуре тела, язык обложен, вначале влажный (с развитием перитонита – сухой).

При осмотре живота: правая половина отстает от левой при дыхании. При

поверхностной пальпации – напряжение мышц в правой подвздошной области (дефанс). При глубокой пальпации – боль в правой подвздошной области.

*Определяют следующие симптомы:*

Щеткина-Блюмберга

Симптом Воскресенского («рубашки»)

Симптом Ровзинга

Симптом Ситковского

Бартомье-Михельсона и др.

В анализе крови:лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, нейтрофилез,

ускоренное СОЭ. Анализ мочи:норма (при ретроцекальном расположении могут быть эритроциты и лейкоциты).

Каждой форме аппендицита соответствует определенная клиническая картина.

*Особенности течения о. аппендицита у детей:*быстрое развитие разлитого перитонита вследствие плохо развитого сальника. В клинике преобладают такие симптомы, как высокая температура (39-40°), понос, многократная рвота. Пульс нередко не соответствует температуре. Выражены симптомы интоксикации. Напряжение мышц брюшной стенки, может быть небольшим.О. аппендицит характеризуетсябурным течением, напоминает по клинике гастроэнтерит, дизентерию.

*У пожилых людей*наблюдается стертость клинической картины в связи с пониженной реактивностью организма, температура чаще в норме или субферальная, симптом раздражения брюшины часто отсутствует. Болевой синдром незначительный. Чаще развиваются деструктивные формы.

*У беременных*о. аппендицит протекает атипично в связи с изменением положения слепой кишки. Во 2 половине беременности боль локализуется в области правого подреберья. Напряжение мышц передней брюшной стенки и признаки раздражения брюшины мало выражены.

Аппендикулярный инфильтрат: как следствие несвоевременного лечения деструктивного аппендицита (чаще всего флегмонозного) представляет собой опухолевидное образование (ограниченный перитонит), куда входят: червеобразный отросток со слепой кишкой, петли тонкого кишечника.

Весь этот конгломерат сращен с большим сальником. Общее состояние удовлетворительное, температура до 38°. Боль незначительная, при пальпации – плотное образование, болезненное. В крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, сдвиг формулы влево.

*Лечение консервативное:*2-х сторонняя паранефральная блокада, антибиотики, холод, затем тепло, диета (без клетчатки), ромашковые клизмы, УВЧ. Через 2 мес. – хирургическое вмешательство.

*Аппендикулярный абсцесс*– нагноение инфильтата. Состояние больного ухудшается, высокая температура, учащение пульса, сухой язык, появление симптомов раздражения брюшины, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево.

*Лечение хирургическое:*вскрытие гнойника и дренирование.

*Пилефлебит*– гнойный тромбофлебит воротной вены – редкое, но очень опасное осложнение, которое почти всегда заканчивается гнойным гепатитом или сепсисом. Летальность высокая. Состояние крайне тяжелое, выражена интоксикация, температура тела высокая (гектическая), желтуха, увеличение печени. Больные погибают от печеночно-почечной недостаточности.

*Разлитой гнойный перитонит*– грозное осложнение о. аппендицита (см. лекцию).

*1 медпомощь при о. аппендиците:*холод на живот и срочная госпитализация. Нельзя: грелку, клизмы, обезболивающие, а/б, спазмолитики. Операция экстренная – аппендэктомия. Подготовка к операции, как к экстренной (см. лекцию).

*Послеоперационные осложнения:*со стороны раны: нагноение, инфильтрат, гематома, расхождение краев раны, лигатурный свищ, кровотечение из раны брюшной стенки.Со стороны ЖКТ:острая кишечная непроходимость, кишечные свищи, острые воспалительные процессы в брюшной полости: абсцессы, перитонит.Со стороны сердечно-сосудистой системы:сердечно-сосудистая недостаточность, кровотечение в брюшную полость.Со стороны дыхательной системы: бронхит, пневмония.Со стороны выделительной системы: задержка мочи, о. цистит, о. пиелонефрит.

*Уход за больными после операции:*после аппендэктомии больному через 3 часа разрешают поворачиваться на бок, сгибать ноги в коленях. Вставать можно на 2 сутки. При наличии дренажей – вставать после их удаления (на 3-4 день). В первые 2 суток вводят анальгин, промедол. При деструктивных формах вводят а/б 4-5 дней. Кормить начинают через 10-12 часов – 1астол, на 3-4 день – 1 стол, 5 день – 1 стол. Швы снимают на 7-8 день. В течении первых 2-х суток часто бывает задержка газов вследствие пареза кишечника, которая чаще всего проходит самостоятельно. В случае появления болей – газоотводная трубка, в/в 10% р-р хлорида натрия, 2-х сторонняя паранефральная блокада, гипертоническая или сифонная клизма не ранее 4-5 дня.

**Острый панкреатит. Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки.**

**План:**

Острый панкреатит. Причины возникновения. Классификация

Основные клинические симптомы. Осложнения

Методы исследования. Принципы консервативного и оперативного лечения. Особенности послеоперационного ведения больных

Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки. Причины, признаки, диагностика

Принципы лечения и особенности послеоперационного ухода за больными

*Острый панкреатит*– острое заболевание поджелудочной железы, в

основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные повреждением (аутолизом) тканей железы собственными ферментами. Или: асептическое воспалительно-некротическое поражение, которое развивается в результате ее самопереваривания.

Занимает 3 место среди острых заболеваний органов брюшной полости после аппендицита и холецистита. Заболевание тяжелое. Чаще развивается у женщин 30-70 лет. Поджелудочная железа выполняет две основные функции: экзокринную (выделение панкреатического сока в 12-перстной кишку и эндокринную (выделение в кровь гормонов, в том числе и инсулина)). Для возникновения панкреатита большое значение имеет нарушение эндокринной ф-ции. Заболевание не ограничивается изменениями в поджелудочной железе, страдают и другие органы: сердце, легкие, печень, почки, нервная система, что в свою очередь отягощает течение панкреатита.

*Причины:*заболевание полиэтиологичное. Основные причины: заболевания желчевыводящих путей, употребление алкоголя, заболевания желудка и 12-перстной кишки, элементарные факторы (переедание, употребление жирной, углеводистой пищи), отравления, травмы железы.

Из множества теорий возникновения острого панкреатита наиболее практическое значение получила теория внутрипротоковой гипертензии. Патогенез развитие: затруднение оттока желчи и панкреатического сока в 12-перстную кишку → внутрипротоковая гипертензия → рефлюкс желчи или кишечного содержимого → разрушение ацинозных клеток железы с выделением внутриклеточных ферментов → актививирование протеолитических ферментов → самопереваривание железы → эндотоксикоз → полиорганная недостаточность.

*Классификация:*

Отечная и деструктивные формы (геморрагический панкреонекроз, жировой панкреонекроз)

По распространенности: локальный, субтотальный, тотальный

По периодам заболевания:

гемодинамических нарушений (1-3 сутки)

полиорганной недостаточности (5-7 сутки)

постнекротических осложнений (3-4 неделя)

*Клиника:*обычно острый панкреатит развивается после обильного приема жирной пищи и употребления алкоголя.

Начинается внезапно с сильных болей в эпигастрии, носящих постоянный характер, они могут быть опоясывающими, иррадируют в поясницу, подреберье, левый плечевой пояс. Может быть болевой шок. Отмечается многократная рвота, не приносящая облегчения, с примесью желчи. Больные жалуются на слабость, сухость во рту, потливость. Возможно развитие желтухи. Температура вначале заболевания нормальная или субфебрильная, при прогрессировании панкреатита может повышаться до 39-40°. Выражены симптомы интоксикации: тахикардия (100-120 уд. в мин), тоны сердца приглушены, гипотония. Объективно: кожа бледная с мраморным рисунком, холодный пот, цианоз всего туловища, особенно живота. Живот вначале мягкий, по мере развития деструкции – вздутие, вначале в эпигастрии, затем всего (из-за пареза кишечника). При пальпации – резкая боль в эпигастральной области, около пупка и в левом подреберье. Отсутствует пульсация брюшной аорты (симптом Воскресенского), положительный симптом Мейо-Робсона (болезненность в левом реберно-позвоночном углу). При тяжелом панкреонекрозе выражено напряжение мышц, отмечается задержка стула, газов. Развивается перитонит.

*Доврачебная м/с помощь*– как при «остром животе»

*Диагностика:*

анализ крови и мочи на амилазу (диастазу). При панкреатите происходит

повышение ферментов в крови и в моче (до 64 ед., по системе Си – до 120 г/л)

анализ крови и мочи на сахар (повышение или уменьшение)

общий анализ крови (воспалительные изменения)

обзорная R-графия органов брюшной и грудной полости (вздутие поперечно-ободочной кишки, ограничение подвижности левого купола диафрагмы)

УЗИ

КТ

лапароскопия

ФГДС

*Осложнения:*ранние и поздние

Ранние:шок, ферментативный перитонит, ж-к кровотечение, желтуха,

острая печеночная недостаточность, интоксикационные психозы.

Поздние(возникают с 10-12 дня): абсцессы брюшной полости, гнойные поражения поджелудочной железы, флегмона забрюшинной клетчатки, свищи, поджелудочной железы и ЖКТ, сепсис, кисты железы.

*Лечение:*комплексное, консервативное.

Принципы лечения:

Создание физиологического покоя железе – голод от 3 до 7 суток

Промывание желудка охлажденной водой с добавлением бикарбоната натрия с последующей аспирацией

Б-ба с болью: новокаиновые блокады (паранефральная, параумбиликальная), анальгетики, спазмолитики

Антиферментная терапия – применение ингибиторов протеаз: трасилол, контрикал, гордокс, овомин и др. – ударными дозами каждые 3-4 часа

Угнетение поджелудочной секреции: атропин, метацин, циметидин, сандостатин, омез

Желчегонные

Антигистаминные

Антибиотики

Цитостатики( 5-фтоурацил, фторафур)

Инфузионная терапия: переливание полиглюкина с новокаином (полиглюкин-новокаиновая смесь – на 400 мл полиглюкина 20-30 мл 1% р-ра новокаина), белковых препаратов (альбулина, плазмы). С целью снятия интоксикации – гемодез, 5% р-р глюкозы, р-р Рингера-Люкка и др. Мощными средствами дезинтоксикации являются методы форсированного диуреза, гемолимфорсорбция, перитонеальный лапароскопический диализ

Сердечные средства

Витамин группы С, В

При неэффективности консервативного лечения в течение 48-72 ч,

выраженных деструктивных изменениях в железе, явлениях перитонита, нарастающей желтухи - показано оперативное лечение (срочная или экстренная операция).

Операция заключается в лапаротомии, вскрытии сальниковой сумки, промывании брюшной полости антисептиками и дренировании сальниковой сумки. При панкреонекрозе – некрэктомия или резекция железы с дренированием тампонами и трубками. В забрюшинном пространстве оставляют микроирригаторы (4-6) для введения лекарственных препаратов. Прогноз при деструктивных формах острого панкреатита серьезный. Послеоперационная летальность достигает 20-36%.

Больные с легкими формами после лечения выписываются на амбулаторное лечение сроком до 10 дней, в течение которых должны строго соблюдать диету. При тяжелых формах, особенно после операции, б-ной может находиться на б/листке до 4-х месяцев. Если за этот срок не наступает выздоровление, его направляют на МРЭК, где устанавливают степень утраты трудоспособности или устанавливают группу инвалидности. Все б-ные, перенесшие панкреатит, должны постоянно соблюдать диету.

*Особенности ухода:*строгий постельный режим. Б-ные с тяжелыми формами находятся в отделении интенсивной терапии. Голод в течение 4-5 дней, питание парентеральное. Постоянная аспирация желудочного содержимого, промывание желудка холодной водой, холод на эпигастральную область. С 4-5 дня дают глотками кипяченую воду, а затем жидкую пищу дробными порциями. При улучшении состояния постепенно расширяют диету (до стола № 5). При наличии микроирригаторов и дренажей вводят лекарственные препараты через них, и осуществляют уход за ними. После операции осуществляют уход за раной, профилактику послеоперационных осложнений.

**Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки**

*Перфоративная или прободная язва*относится к одному из самых опасных осложнений язвы, сопровождается прорывом язвы желудка или 12-перстной кишки в свободную брюшную полость или в забрюшинное пространство.

Прободение язвы чаще встречается у мужчин, чем у женщин (10:1), в возрасте 20-40 лет. В 90-96% случаев язвы находятся на передней стенке желудка или 12-перстной кишки. Из всех язв желудка прободение наступает в 30-40% случаев, а из язв 12-перстной кишки – в 60-70%. Самая частая причина прободения – хроническая каллезная язва. В 10-15% случаев заболевания встречаются «немые» язвы, первым клиническим симптомом которых является прободения. Способствует прободению: резкое физическое напряжения, поднятие тяжести, прием грубой пищи и алкоголя, нервно-психическая травма. Прободение возникает чаще весной и осенью.

При прободной язве в ее центре образуется круглое отверстие 0,5 см в диаметре, через которое желудочное содержимое попадает в брюшную полость.

*Классификация:*

по локализации: язвы желудка и язвы 12-перстной кишки

по течению: прободение в свободную брюшную полость; прикрытое прободение; атипичное прободение (содержимое изливается в ограниченное пространство или забрюшинную клетчатку)

*Клиническая картина:*

Различают три периода:

1-период шока (до 6 ч)

2-период мнимого благополучия (до 12 ч)

3-период перитонита (> 12 ч)

1 период:внезапная нестерпимая боль («кинжальная») в эпигастрии, приводящая к шоку. Лицо бледное, часто выражен испуг, покрыто холодным потом. Положение б-го вынужденное, с приведенными к животу ногами. Язык сухой. Дыхание учащено, поверхностное. Пульс вначале замедлен, затем учащается. А/Д снижено.T-N. Живот резко втянут, напряжен, «доскообразен», не участвует в дыхании. При пальпации – резкая боль, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. У подавляющего большинства б-ных отмечаются явления пневмоперитонеума (наличие свободного газа в брюшной полости, который определяется перкуторно и рентгенологически).

2 период:вследствие пареза нервных окончаний постепенно уменьшается боль, б-ному становится легче, и он отказывается от операции.

3 период:состояние б-го ухудшается. Черты лица заострены. Кожа, слизистые, язык – сухие. Дыхание поверхностное, частое. Повышаетсяtдо 38-40° и выше. Ослабевает напряжение мышц брюшной стенки, нарастает метеоризм. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный, перистальтика кишечника не прослушивается, газы не отходят.

В клинической картине прикрытой перфорации отсутствует период перитонита, если прикрытие достаточно прочное.

Для атипичной перфорации характерно отсутствие симптомов прободения.

*Доврачебная м/с помощь:*как при «Остром животе». В машине скорой помощи – противошоковые мероприятия.

*Диагностика:*кроме клинической картины проводят рентгенологическое обследование органов брюшной полости с целью выявления пневмоперитонеума, УЗИ, ФГДС, лапароскопию.

*Лечение оперативное.*Операция может быть выполнена лапароскопическим (первые 3-4 часа после прободения) и лапаротомическим методом. Вид и объем оперативного вмешательства определяется строго индивидуально. Паллиативные операции – это ушивание прободного отверстия, иссечение язвы. Радикальные – это резекция желудка, ваготомин.

От своевременно проведенной операции во многом зависит исход заболевания. Если операция проведена в первые 6 ч с момента заболевания, то летальность составляет от 0 до 4%, а если после 12-24 ч – то 20-30%. Подготовка к операции занимает не > 1,5 ч, проводится противошоковая и дезинтоксикационная терапия. Послеоперационный уход, как у б-ных с перитонитом.

В послеоперационном периоде у пациента возникают следующие проблемы:

необходимость освоиться с тазогастральным зондом, который остается после операции

питание (полужидкая диета может быть разрешена через 4-5 дней)

метеоризм из-за уменьшения размеров желудка (пищу следует принимать малыми порциями и часто)

возможна гипогликемия (о чем говорит тошнота, рвота, потливость, слабость) из-за повышенной выработки инсулина в результате быстрого прохождения пищи по укороченному ЖКТ

понос

из долгосрочных проблем – соблюдение диеты.

**«Перитониальный синдром». Принципы диагностики и лечения. Организация сестринского процесса.**

***Вопросы:***

Причины возникновения перитонита, классификация, фазы развития

Клиническая картина

Принципы лечения. Осложнения и их профилактика

Принципы предоперационной подготовки и особенности послеоперационного ведения б-го с перитонитом

*Острый перитонит*– это воспаление брюшины. Является самым

тяжелым осложнением заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Летальность при гнойном перитоните составляет 30%.

Причинамиперитонита являются острые хирургические заболевания

живота, травмы органов брюшной полости, операции на органах брюшной полости по поводу хронических заболеваний (резекция ж-ка при язве, раке и др.), воспалительные процессы, не связанные с органами брюшной полости (паранефриты,натечные абсцессы и др), расстройства кровообращения в сосудах брызжейки кишечника.

*Классификация:*

По этиолигии: асептический и инфекционный. Асептический перитонит возникает при воздействии на брюшину крови, желчи, желудочного сока, панкреатического сока, мочи. Уже в течение нескольких часов он становится микробным вследствие проникновения инфекции из просвета кишечника

По возбудителю: стафилоккоковый, стрептококковый и др.

По причине – травматический, послеоперационный и др.

По распространенности (по площади) – местный (ограниченный и неограниченный); распространенный (диффузный – менее 2-х этажей, разлитой - > 2 этажей, общий)

По характеру эксудата: серозный, фибринозный, гнойный, геморрагический

*Фазы развития (стадии) по Симоняну:*

Реактивная (первые 24 ч)

Токсическая (24-72 ч)

Терминальная (>72 ч)

*Клиника:*в реактивной фазе максимально выражены местные проявления:

резкий болевой синдром, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, рвота, двигательное возбуждение. Температура до 38°, пульс до 120 уд. в мин, состояние средней тяжести. В крови – лейкоцитоз с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

В токсической фазе состояние тяжелое. Главным клиническим признаком является нарастающая интоксикация. Местные симптомы перитонита стихают, а превалирует общая реакция: бледность кожи и слизистых, заостренные черты лица, эйфория, гектическая температура, пульс > 120 уд. в мин, язык сухой, коричневый, симптом «ножниц», АД снижено, поздняя рвота. В крови – значительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Из местных симптомов характерны снижение болевого синдрома, защитного напряжения мышц, исчезновение перистальтики, нарастающий метеоризм.

Терминальная фаза характеризуется глубокой интоксикацией. Симптомы: лицо Гиппократа, аденомия вялость, заторможенность, икота, срыгивание, расстройство дыхания, сердечной деятельности, обильная рвота с каловым замахом, язык сухой, коричневый, бактеремия, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы. Из местных проявлений: полное отсутствие перистальтики, значительный метеоризм, разлитая болезненность по всему животу, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

При перитоните отмечается обезвоженность организма, нарушения электролитного баланса, нарушение функции других органов (почек, печени)

*Исход заболевания зависит:*

от своевременно поставленного диагноза хирургического заболевания живота, которое стало причиной перитонита

от времени между началом заб-ния и поступлением б-го в стационар

от возможных ошибок при оказании доврачебной помощи

*Доврачебная помощь,*как при «Остром животе». В машине «скорой помощи» проводится инфузионная терапия.

**Принципы лечения**

*Лечение оперативное, предусматривающее:*

устранение источника инфекции

санацию брюшной полости

дренирование брюшной полости

дренирование ЖКТ (назогастральный зонд или назогастроеюнальный)

дезинтоксикация

инфузионная терапия с целью коррекции гомеостаза

антибиотики широкого спектра (в/м, в/в, внутрибрюшинно (в дренажи))

борьба с парезом кишечника

*Подготовка к операции:*операция экстренная (см. подготовку к экстренной

операции). Перед операцией и во время операции проводят коррекцию нарушений водно-экстролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия, вводят сердечные препарата, гормоны, гемодез, полиглюкин. Операцию проводят под эндотрахеальным наркозом. После ликвидации причины перитонита брюшную полость дренируют полихлорвиниловыми или силиконовыми трубками, через которые в послеоперационном периоде осуществляют промывание брюшной полости (лаваж) непрерывным или фракционным способом. Также оставляют в полости микроирригаторы для введения антибиотиков. Для борьбы с парезом кишечника во время операции вводят длинные трубки с боковыми отверстиями через нос или через задний проход в тонкую кишку.

**Особенности послеоперационного ведения больных с перитонитом**

Больные после операции находятся в палате интенсивной терапии. После выхода из наркоза – положение Фовлера.

Измерение АД, пульса, частоты дыхания, t°

Парентеральное питание в первые дни. Поить можно со 2-3 дня малыми порциями. Кормить начинают после восстановления перистальтики

Обезболивание

Инфузионная терапия (полиглюкин, гемодез, плазма, белковые препараты, солевые р-ры, глюкоза (до 4-5 л в сутки)

Сердечные препараты, гормоны, витамины

Детоксикация: форсированный диурез, гемосорбция, лимфосорбция, плазмоферез, УФО крови и др.

Введение антибиотиков: в/м, в/в, в/брюшинно

Аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд

Борьба с парезом кишечника

Профилактика тромбоэмболий, пневмоний, пролежней

Уход за дренажами

Контроль диуреза (постоянный катетер, промывание мочевого пузыря антисептиком 3 раза в сутки)

Уход за ЦВК, ПВК

Наблюдение за раной (повязкой)

Уход, как за тяжелобольным (см. лекцию послеоперационный период)

**Острая кишечная непроходимость (ОКН)** — ϶то серьез­ное хирургическое заболевание, при котором кишечное со­держимое не проходит по кишечнику. Механизмы возник­новения непроходимости различные, суть же протекающих в организме процессов состоит в двух симптомокомплексах:

1) ОКН - → нарушение всасывания в кишечнике → обезвожи­вание;

2) ОКН - → токсические вещества не выводятся, а всасыва­ются в кровь → интоксикация.

Различают ОКН механическую (обтурационную, странгуляционную, инвагинацию) и динамическую (паралити­ческую, спастическую).

Механическая острая кишечная непроходимость:

* обтурационная — наиболее легкая форма, при ней про­свет кишки закупоривается опухолью, каловыми или желчными камнями, аскаридами;
* странгуляционная — наиболее опасная, так как при ней происходит не только закупорка кишечника, но и нарушение кровообращения в петле кишки, следовательно, её некроз. Это случается при ущемленнои̌ грыже, заво­роте кишечника, кишечных узлах, спаечнои̌ болезни.
* инвагинация — ϶то внедрение одного участка кишки в другой, при ϶том некротизируется тот, который вне­дряется. Фактором риска для ϶той формы ОКН является возраст: с 4 до 6 мес. Инвагинация опасна тем, что из-за примеси крови и слизи в стуле её часто путают с инфек­ционными заболеваниями.

ОКН в виде заворота кишечника, или инвагинации, может возникнуть не только в результате заболеваний, но и от нарушения функции кишечника, например, при приеме значительного количества пищи сразу после дли­тельного голодания.

Динамическая острая непроходимость кишечника:

ü паралитическая — вызвана отсутствием перистальтики кишечника в результате травмы живота, перитонита, аппендицита, панкреатита, почечнои̌ колики или опера­ции на органах брюшнои̌ полости и др.;

ü спастическая — редкая форма, при которой происходит раздражение слизистой кишечника язвочкой или инородным телом.  
Понятие и виды, 2018.  
В ответ на раздражение возникает дли­тельный спазм кишки, выше которого перистальтика усилена, а кишечное содержимое не продвигается.

Симптомы. Прежде всего, следует при осмотре больного обратить внимание на ᴇᴦο внешний вид и положение в постели: чаще он лежит на спине, чем на боку.

Клинически при любой ОКН наблюдается острое нача­ло, нарастающее ухудшение состояния, бледность, холод­ный пот, в запущенных случаях маска Гиппократа, вы­нужденное положение (согнувшись). При осмотре — сначала влажный, а потом сухой обложенный язык, нарастающая тахикардия, олигурия.

Ведущими симптомами будут боль в животе и задержка стула и газа. Боли сначала схваткообразные и сильные до шока, затем они становятся разлитыми по всему животу и постоянного тупого характера. Из-за задержки стула и га­зов возникает метеоризм. Для обтурационнои̌ ОКН харак­терно равномерное вздутие живота, а для странгуляционнои̌ — неравномерное (симптом Валя).

Наблюдается тошнота и рвота, возможно с желчью, в поздних сроках — с каловым запахом.  
Понятие и виды, 2018.  
Перистальтика кишечника при обтурационнои̌ ОКН усилена. Если она видна через брюшную стенку (симптом Шланге) и слышна на расстоянии, то сомнения в диагнозе нет. Это характерно для ранней стадии ОКН. В запущенных случаях перистальтика отсутствует.

Повышения температуры нет, а при тяжелом завороте кишечника или узлах она даже понижена.

Для узлообразования характерно острое начало заболевание во время сна (ночью) с сильных болей в животе с быстрым развитием шока.

Из методов обследования применяют: рентгенографию кишечника (через 4-6 ч от начала заболевания появляются ʼʼчаши Клойбераʼʼ), колоноскопию, лапароскопию.

Лечение. При ОКН очень важно не затягивать с решени­ем об операции. По϶тому консервативное лечение прово­дится очень кратковременное и при уверенности в обтурационнои̌ ОКН. В ϶том случае, применяют зондирование и промывание желудка, паранефральную новокаиновую блокаду, спазмолитики (атропин, но-шпа), гормоны (преднизолон, гидрокортизон), сифонную клизму, стимуляторы перистальтики (прозерин, питуитрин), инфузионную тера­пию (до 2-3 л), противошоковые средства.

Все мероприятия проводятся не более 2 ч, а затем, в случае если нет эффекта, проводится оперативное лечение. При странгуляционнои̌ ОКН операция проводится немедленно! Реша­ется вопрос о резекции участка кишки.

В послеоперационном периоде необходимы обезболива­ющие, антигистаминные, стимуляторы перистальтики, инфузионная терапия. Тонким зондом необходимо убрать желудочное содержимое для декомпрессии желудочно-кишечного тракта. Питание в первые дни парентеральное, со 2-3-го дня — через рот.

**Грыжи.** Грыжа представляет собой выхождение внутренних органов через грыжевые ворота.

Грыжи различают:

ü по этиологии — врожденные и приобретенные (травматические, послеоперационные);

ü по локализации — паховые (одно- и двухсторонние), бедренные (одно- и двухсторонние), белой линии живота, пупочные и др.;

ü по клиническому течению — неосложненные и осложнённые (невправляемые, ущемленные, поврежденные);

ü по направлению выпячивания — наружные и внутренние.

Грыжа состоит из грыжевых ворот, грыжевого мешка, грыжевого содержимого. Грыжевыми воротами могут быть или мышечно-aпоневротический дефект передней брюшнои̌ стенки, или естественные анатомические отверстия, например кольцо пахового или бедренного канала при наружных грыжа или диафрагмальные отверстия — при внутренних грыжах.

В грыжевые ворота выходит грыжевое содержимое: чаще – петля кишки, реже - сальник. Грыжевое содержимое заключено в грыжевой мешок.

Врожденные грыжи появляются из-за неправильного строения брюшнои̌ стенки, а приобретённые – в результате травм или заболеваний.

Самые частые – ϶то паховые грыжи.

Симптомы. Больные жалуются на выпячивание в месте образования грыжи.

При осмотре больного следует обратить внимание на те­лосложение человека, конституцию. У полных людей лег­ко просмотреть наличие грыжи, особенно бедреннои̌. За­трудняет диагностику наличие беременности.

При осмотре больного с наружнои̌ грыжей в вертикаль­ном положении обнаруживается эластичное, мягкое обра­зование, безболезненное при пальпации, которое при на­пряжении увеличивается в размерах. Если в положении лежа образование исчезает, то грыжа является вправляе­мой, в случае если же не исчезает, то грыжа невправляемая.

Ущемленная грыжа. В 10-30 % случаев клиническое течение грыж осложняется ущемлением. При ϶том спазм грыжевых ворот вызывает ущемление грыжевого содержи­мого. Кровообращение петли кишки нарушается, и через несколько часов наступает её некроз.

Ущемление может произойти из-за резкого повышения внутрибрюшного давления. При ᴇᴦο воздействии грыжевое содержимое проходит в узкие грыжевые ворота, а обратно вернуться не может, тем более что последующий отек уве­личит ᴇᴦο объём и вправление окажется невозможным.

Ущемление может произойти и в результате переполне­ния калом кишки, находящейся в грыжевом мешке.

Симптомы. У больного появляются силь­ные боли в сфере грыжи и возникают явления острой кишечнои̌ непроходимости по типу странгуляционнои̌. Боль чаще всᴇᴦο появляется в момент физического напряжения и уже не исчезает, при развитии ОКН становится схваткообразнои̌. Грыжевое выпячивание становится плотным и напряжен­ным. При ϶том нарастает интоксикация. Ранняя многократная рвота усиливает обезвоженность. Результатом болей, должна быть шок. Далее развивается перитонит. Ущемление может при­вести к летальному исходу.

Доврачебная помощь при грыже. При оказании довра­чебнои̌ помощи необходимо помнить, что насильно вправлять грыжу нельзя, так как может произойти разрыв ки­шечника и развиться разлитой перитонит. Также нельзя использовать спазмолитики, поскольку возможно неправиль­ное самостоятельное вправление грыжи, а ϶то приведет к развитию ОКН.

Лечение грыжи. У детей в возрасте до года по мере рос­та возможна ликвидация грыжи без оперативного вмеша­тельства, особенно в случае если принимать меры к укреплению пе­редней брюшнои̌ стенки и пупочного кольца. При ϶том важно, чтобы у ребенка не было запоров, кашля и крика, при которых происходит напряжение брюшнои̌ стенки. Грыжи у детей старше года и у взрослых требуют опера­тивного лечения.

При неосложненнои̌ грыже операция плановая. Во вре­мя операции необходимо ушить грыжевые ворота, произ­вести пластику брюшнои̌ стенки.

В случаях ущемления необходима экстренная операция (проводится не более чем через 1 ч с момента поступления больного). Перед операцией премедикация не проводится!

После операции необходимо наблюдать за внешним ви­дом и состоянием больного, очень важно не пропустить признаки возможного пареза кишечника (такие как ме­теоризм, отсутствие газов и др.). Больнои̌ нуждается в особом режиме питания. Вставать ему разрешается с 3-го дня, швы снимаются на 7-8-й день, выписка проводится на 14-й день.

Проблемой пациента в послеоперационном периоде бу­дет необходимость избегать в первые дни кашля, смеха и ходьбы, так как ϶то увеличивает напряжение мышц. Под­нятие тяжестей исключено на несколько месяцев. У боль­ных остается риск рецидива заболевания.

Медицинская сестра должна информировать пациента о факторах риска (излишний вес, хронические заболевания) и советовать избегать всех состояний приводящих к повы­шению внутрибрюшного давления: запоров, кашля, нару­шения мочеиспускания и др.

**17.02.2020 г.**

Группа М 3/9 – 1, 2, М 3/9 – 3

СП в хирургии

Теоретическое занятие № 8, 9

**Тема занятия № 8. СП при заболеваниях прямой кишки.**

Диагностикой и лечением названной патологии занимается наука - проктология.

Методы обследования в проктологии.

Объективные методы -

анамнез - опрос больного на наличие патологических выделений из прямой кишки: слизь, гной, кровь; или жалобы на боли и дискомфорт при акте дефекации.

Осмотр перианальной области на предмет наличия геморроидальных узлов, признаков воспаления, опухолевидных образований, трещин и инородных тел.

Весьма информативно и обязательно пальцевое исследование прямой кишки, позволяющее определить инородные тела, геморроидальные узлы, опухоли; пальпировать предстательную железу, заднюю стенку влагалища, шейку матки, стенки мочевого пузыря и т.д.

В проктологии широко используются различные инструментальные методы исследования.

От простого осмотра ректальными зеркалами до использования ректороманоскопии (эндоскопия дистального отдела прямой кишки на глубину до 30 см).

Широко используются современные методы эндоскопического исследования

фиброколоноскопия - это осмотр всей толстой кишки с возможностью выполнить биопсию. Используются также:

сфинктерометрия - определение сократительной способности анального жома;

ирригоскопия (ирригография) - R - исследование толстой кишки путем ретроградного (ректального) введения контрастной массы.

Один из самых часто наблюдаемых заболеваний прямой кишки является геморрой - варикозное расширение венозных сплетений прямой кишки, из которых формируются так называемые геморроидальные узлы. Образованию последних способствует ряд факторов: хронические запоры, длительное пребывание в положении сидя и стоя, цирроз печени, опухоли таза беременность и т.д.

Клиника: кровотечение, зуд, болезненность узлов; при натуживании узлы могут выпадать. Вначале легко вправляются (даже самостоятельно).

При запущенных стадиях геморроидальные узлы выпадают в покое и не вправляются. Может наблюдаться обильное кровотечение.

Основным проявлением геморроя является, как было отмечено выше, кровотечение.

Может наблюдаться более грозное осложнение - тромбоз геморроидальных узлов. Об этом следует подумать при появлении острых болей в области заднего прохода, дискомфорта при акте дефекации.

Объективно: геморроидальные узлы плотные на ощупь, напряженные, синюшные, резко болезненные, может быть местное повышение температуры. ПМП (при кровотечении).

Обмывание анальной области антисептиком, КМn04 введение геморроидальных свечей, гемостатические средства (викасол, дицинон). Госпитализация в положении лежа на боку.

Лечение. Консервативное:

Диета, активный образ жизни, физкультура.

Перевязка геморроидальных узлов, склеротерапия, криотерапия, коагуляция.

Геморроидальные свечи (пастеризан, релиф и др.).

При кровотечении коагулянты: викасол, дицинон, витамин «С», 10% раствор хлористого кальция.

Тщательная гигиена после акта дефекации.

Лечение тромбоза геморроидальных узлов:

антикоагулянты, противовоспалительные средства, свечи с обезболивающими препаратами; ванночки с антисептиком. Узлы смазать мазью (с гепарином и анестезином).

При не эффективности консервативной терапии показано оперативное вмешательство:

перевязка и удаление узлов; рассечение тромбированных узлов с удалением тромбов; естественно, дополняя лечение консервативными методами, описанными выше.

Парапроктит -

это наиболее распространенное острое гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки. Различают поверхностные парапроктиты, когда гнойник располагается под кожей или под слизистой оболочкой прямой кишки. При поражении глубоких отделов тазовой клетчатки формируются тяжелые варианты парапроктита: седалищно-тазово-прямокишечный, внутрибрюшинный, ректальный и др. Наиболее легкой формой парапроктита является подкожный. Однако при тех или иных состояниях организма (возраст, иммунитет, вирулентность флоры и т.д.) поверхностные формы парапроктита могут трансформироваться в глубокие, тяжелые варианты. К сожалению, данная патология может обрести хроническое течение, т.е., это уже будет хронический парапроктит, который приводит к образованию параректальных свищей.

Клиника поверхностного парапроктита характеризуется острым началом: боль, гиперемия и припухлость кожи, дискомфорт при дефекации. В начале заболевания пальпируется инфильтрат с последующим его расплавлением (флюктуация). Состояние больного ухудшается: повышается температура, наблюдается озноб, т.е. признаки общей интоксикации.

При тяжелых формах парапроктита наблюдается несколько иная стартовая клиническая картина: больные обычно жалуются на чувство тяжести и боли в глубине таза, а также боли при дефекации и даже при мочеиспускании. Рано возникают признаки общей интоксикации (высокая температура, озноб, вялость, адинамия и т.д.). В анальной области (местно) изменения в начале незначительные: лишь небольшая припухлость и отек тканей ягодицы, умеренно болезненные. При ректальном пальцевом исследовании определяется сильно болезненный инфильтрат, выпячивающий в просвет кишки.

ПМП – обязательная госпитализация в отделение гнойной хирургии.

Лечение – в начале заболевания в стадии инфильтрации допустима консервативная терапия, теплые антисептические ванны, компрессы, обязательно антибактериальные средства и щадящая диета. При формировании гнойника (явлениях флюктуации) – лечение по законам гнойной хирургии (вскрытие гнойника и лечение по фазам и т.д.)

Диагностика параректального свища проводится фистулографией лечение оперативное –радикальное иссечение свища.

Трещина заднего прохода -

дефект слизистой оболочки анального канала.

Причиной могут быть поносы, запоры, когда отечная слизистая оболочка разрывается плотными каловыми массами. Кроме того, иногда трещины могут образоваться при грубом, неосторожном инструментальном исследовании, а также травма наконечником клизмы и др.

Клиника: острая боль во время акта дефекации с незначительным кровотечением.

Лечение - отрегулировать стул путем сбалансированной диеты; обязательно ликвидировать запор. Теплые ванны с антисептиками и травами, свечи с белладонной и анестезином.

Редко выполняют операцию - иссечение трещины.

Выпадение прямой кишки -

Это такое патологическое состояние, когда происходит выпадение слизистой оболочки или стенки прямой кишки через анальное отверстие. Способствующими факторами являются ослабление тонуса заднего прохода на фоне поноса, запора, исхудание, а также у пожилых людей. Чаще наблюдается у детей до 5 лет на фоне резкого повышения внутрибрюшного давления при кашле, крике, плаче.

Клиника: дискомфорт в области заднего прохода; слизистые и кровянистые выделения. Вначале выпадает только слизистая оболочка ануса, в последующем прямая кишка выпадает в виде опухоли цилиндрической формы. Выпадение проходит обычно после дефекации и в начальных стадиях легко вправляется самостоятельно. В дальнейшем при ухудшении состояния больного (за счет способствующих факторов) прямая кишка выпадает при каждом натуживании и крике. Вправление становится затруднительным. Выпавший участок кишки может инфицироваться, некротизироваться и даже ущемиться.

ПМП. Больного обезболить, кишку укрыть стерильной салфеткой, смоченной раствором новокаина. Госпитализация.

Лечение - преимущественно консервативное (вправление). Кроме того необходимо отрегулировать стул путем сбалансированного питания.

Из хирургических методов применяют склерозирующую терапию (инъекция спирта в параректальную клетчатку). В редких случаях прибегают к оперативному лечению:

а) укрепление заднего прохода путем его сужения (при постоянном характере выпадения);

б) фиксация ректосигмоидального отдела толстой кишки внутри таза (ректопексия) - выполняется преимущественно у взрослых.

Полип прямой кишки -

Это доброкачественная опухоль слизистой прямой кишки. Однако ее рассматривают как предраковое заболевание.

Клинически проявляется выделением небольшого количества алой крови после дефекации. Иногда полип может выпасть и ущемиться, проявляясь болевым синдромом.

Диагностика - ректороманоскопия с биопсией.

Лечение - прошивают и удаляют или выполняют электрокоагуляцию.

Повреждения прямой кишки и заднего прохода.

Инородные тела прямой кишки.

Наблюдаются при ранениях (в частности при огнестрельных), переломах костей таза; родах, осложненных разрывом промежности; при падении на промежность (у детей при катании на перилах и др.); при медицинских манипуляциях (ректорамоноскопии, постановке клизмы - грубое введение твердого наконечника; при раздроблении термометра во время измерения ректальной температуры и др. - так называемые ятрогенные осложнения). Кроме того, данные повреждения могут возникнуть при введении инородных тел через задний проход насильственно (электролампочка, бутылка и др.), как криминальное явление. Наряду с этим инородные тела в прямую кишку могут попасть энтерально (per os): кости, гвозди, иголки и т.д. Инородные тела данной локализации могут привести к инфицированию с развитием тяжелой флегмоны тазовой клетчатки.

Клиника: боли внизу живота и области ануса, кровотечение, дискомфорт, тенезмы

(позывы на стул). Значительные кровотечения могут завершиться клиникой геморрагического шока.

ПМП как при ранениях: сухая асептическая повязка, инфузионная терапия по показаниям, холод. Госпитализация.

Лечение: ПХО. Лапаротомия по показаниям, ушивание, дренирование. При значительных повреждениях прямой кишки выполняется временная паллиативная операция - колостомия.

Инородные тела удаляются только в стационаре (под наркозом). При гнойно - воспалительных осложнениях - терапия по законам лечения гнойных ран.

Пороки развития прямой кишки.

Чаще всего встречается атрезия новорожденных:

Атрезия заднепроходного отверстия - это отсутствие анального отверстия, т.е. вместо ануса (отверстия) - перепонка (происходит заращение). При этом прямая кишка сохраняется, слепо заканчиваясь в прямокишечной клетчатке.

Атрезия прямой кишки, когда происходит облитерация (заращение) прямой кишки. Это очень тяжелый порок, особенно когда сопровождается свищами в мочевой пузырь, влагалище, уретру.

Клиника - проявляется беспокойством новорожденного с признаками непроходимости кишечника: вздутие живота, срыгивание, рвота меконием и др. Диагностика: отсутствие мекония, обследование анальной области; обзорный R- брюшной полости.

Лечение: срочная операция в первые 24 -48 часов:

а) при атрезии ануса - рассечение перепонки с формированием ануса.

б) при атрезии прямой кишки - выполняется сложная проктопластическая операция.

**Тема занятия № 9. СП при синдроме нарушения мочеотделения.**

**1.1 Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы.**

Мочевыделительная система предназначена для фильтрации крови, очищения ее от шлаков и выведения мочи наружу.

Органы мочевыделительной системы: 2 почки, 2 мочеточника, мочевой пузырь, мочеиспускательный канал.

Почки. Располагаются по обе стороны позвоночника в поясничной области, имеют форму крупного боба. Вес одной почки 120-200 г., длина 10-12 см. На середине внутреннего края почки имеются ворота, через которые подходят и выходят артерия, вена, мочеточник, нервы. Состоит почка из наружного (коркового) и внутреннего (мозгового) вещества.

Мочеточник. Длина 30-35 см., располагается на задней стенке брюшной полости по обе стороны позвоночного столба. Внутренний слой мочеточника – слизистая оболочка, наружный – рыхлая соединительная ткань, средний – гладкая мускулатура. Гладкая мускулатура обеспечивает продвижение мочи за счет волнообразных сокращений от почки к периферии.

Мочевой пузырь – полый, непарный, мышечный орган, служащий для накопления мочи с последующим выведением через мочеиспускательный канал. В стенке мочевого пузыря имеется три слоя мышц. Из среднего слоя в нижней части образуется сфинктер, управляемый произвольно.

Мочеиспускательный канал. Состоит из внутренней слизистой оболочки, мышечной и соединительнотканной оболочки. Длина у мужчин 25 см, ширина 5-7 мм. Начинаясь от мочевого пузыря, проходит у мужчин через предстательную железу и между губчатыми телами полового члена.

Женский мочеиспускательный канал проходит короткое расстояние от внутреннего отверстия мочеиспускательный канал до наружного отверстия под клитором между половыми губами. Мочеиспускательный канал проходит по передней стенке влагалища, направляясь сверху вниз и кпереди под лобковым симфизом. Его слизистая оболочка образует многочисленные складки. Соединительная ткань богата эластичными волокнами и многочисленными венами. Одной из важных функций почек является образование мочи.

**Моча** – жидкий продукт, вырабатываемый почками. С мочой удаляются из организма почти все конечные продукты азотистого обмена, большая часть продуктов углеводного и липидного обмена, большая часть неорганических солей и больше половины потребляемой воды. С мочой выделяются лекарственные и ядовитые вещества. Выделение с мочой различных веществ, способствует сохранению осмотического давления, постоянства реакции крови и состава внутренней среды организма.

Образование мочи регулируется нейрогуморальным путем. Каждые 5-10 мин через почки проходит вся масса крови организма - за сутки почки «прогоняют» до 1000 л крови. Моча в почках образуется непрерывно, постепенно выделяясь по мочеточникам в мочевой пузырь. В широком смысле слова термин «диурез» обозначает процесс образования и выделения мочи, однако наиболее часто его применяют для характеристики количества выделяемой мочи (греч. diureo - выделять мочу). Общее количество мочи, выделяемой человеком в течение суток, называют суточным диурезом. Средний диурез за 1 мин называют минутным диурезом (эту величину применяют при расчётах количественных показателей функций почек). Суточное количество мочи, выделяемое взрослым человеком в норме, колеблется от 1000 до 2000 мл, составляя в среднем 50-80% принятой внутрь жидкости. Остальной объём жидкости выделяется через лёгкие (300-400 мл; при физической нагрузке до 500 мл/сут) и кожу (300-400 мл/сут); около 100 мл выделяется с оформленным калом. Диурез возрастает при приёме большого количества жидкости и пищи, повышающей диурез и, наоборот, уменьшается во время физических нагрузок и в жаркую погоду при обильном потоотделении, рвоте, диарее.

При заболеваниях почек и мочевыводящих путей больные предъявляют разнообразные жалобы. Наиболее часто наблюдаются такие симптомы, как отёки, расстройство мочеиспускания, боли в поясничной области, повышение АД.

**1.2.Свойства мочи.**

Особое место в уходе за больными с заболеваниями почек отводят наблюдению за изменениями свойств выделяемой мочи.

**Цвет мочи** в норме колеблется от светло-жёлтого (соломенно-жёлтого) до насыщенного жёлтого, что обусловлено содержанием в ней пигментов (урохромов, уробилина и др.). Степень окраски меняется в зависимости от удельного веса и количества выделенной мочи: при высоком удельном весе моча жёлтого цвета, а более светлая моча имеет низкий удельный вес. Цвет мочи может изменяться при приёме ряда лекарственных препаратов и употреблении некоторых пищевых продуктов (свёкла, черника и др.). Цвет мочи изменяется также при различных патологических состояниях. Например, при рвоте, поносе и других состояниях, ведущих к обезвоживанию организма, моча становится темно-желтой, а при поллакиурии моча светлая, почти как вода. При почечной колике при отхождении камня моча может стать красной за счёт выделения свежей крови, при остром нефрите гематурия придаёт моче цвет «мясных помоев». Гематурия (греч. haimatos - кровь, топ - моча) - наличие в моче крови или эритроцитов. Осадок. В ряде случаев при неизменённом цвете мочи осадок в ней имеет другой цвет вследствие содержания солей, форменных элементов, слизи. Так, осадок кирпично-красного цвета свидетельствует о большом содержании уратов. Осадок в виде жёлтого песка бывает при повышенном содержании мочевой кислоты, плотный белый - трипельфосфатов и аморфных фосфатов. «Сливкообразный», с зелёным оттенком мочевой осадок отмечают при большом содержании гноя, красноватый - крови, студнеобразный - слизи.

**Запах**. В норме моча имеет нерезкий специфический запах, который меняется в зависимости от конкретной ситуации. Так, при бактериальном разложении в мочевых путях или на воздухе моча может иметь аммиачный запах (тяжёлые циститы, распадающаяся раковая опухоль); при диабетической коме появляется фруктовый («плодовый», «яблочный») запах мочи, зависящий от присутствия кетоновых тел; при отравлении скипидаром моча приобретает запах фиалок; при приёме внутрь чеснока или спаржи запах становится резким, неприятным.

**Прозрачность**. В норме моча прозрачная. Мутность её может быть обусловлена присутствием большого количества солей, клеточных элементов, бактерий, слизи, капель жира. В определении прозрачности мочи существуют следующие градации: прозрачность полная, неполная, мутноватая, мутная. Мутной в момент выделения моча бывает при пиелонефрите, инфекциях нижних мочевых путей, выделении солей. Хлопья и нити в моче также появляются при пиелонефрите и инфекциях нижних мочевых путей. Лёгкое помутнение мочи при отстаивании считают вариантом нормы.

**1.3. Изменения диуреза.**

Изменение диуреза- это один из наиболее частых симптомов заболеваний почек и мочевыводящих путей.

**Полиурия** (греч. polys - многий, urоn - моча) - увеличение суточного количества мочи более 2000 мл. Её отмечают в следующих ситуациях.

• В физиологических условиях - усиленный питьевой режим, беременность, эмоциональный стресс и др. • При рассасывании отёков, транссудатов, экссудатов.

• При хронических нефритах и пиелонефритах.

• При сахарном диабете.

• При ХПН и др. Полиурия часто сочетается с повышенной жаждой и увеличением потребления жидкости.

**Олигурия** (греч. olygos - малый, urоn - моча) - уменьшение количества выделяемой за сутки мочи до 500 мл и менее. Её наблюдают в следующих ситуациях.

•Физиологическаяолигурия при ограничении приёма жидкости, повышенном потоотделении, физической нагрузке.

• Острые и хронические нефриты.

• Сердечная недостаточность.

• Ожоговая болезнь (стадия шока).

• Токсическая почка.

• Шок любой этиологии.

• Опухоли брюшной полости и малого таза со давлением мочеточников или их прорастанием опухолевой тканью и др.

**Анурия** (греч. an-приставка, обозначающая отсутствие, urоn - моча) - непоступление мочи в мочевой пузырь, что может быть следствием прекращения её выделения (200 мл/сут и менее вплоть до полного отсутствия мочи). Анурия может развиться при почечной недостаточности (истинная, почечная анурия), падении АД (внепочечная анурия), наличии препятствия оттоку мочи (например, при сдавлении мочеточников опухолью).

**Ишурия** (греч. ischo - задерживать, препятствовать, urоn - моча) - невозможность опорожнения мочевого пузыря, несмотря на переполнение его мочой (задержка мочи). Ишурия может возникать при стойком сужении мочеиспускательного канала или атонии мочевого пузыря.

**Вывод по 1 главе.**

Изучив медицинскую литературу, мы можем сделать вывод, что главным органам мочевыделительной системы являются почки. Функция почек настолько важна, что нарушение их деятельности вследствие заболевания часто приводит к самоотравлению организма и нередко - к инвалидности.

Почки выполняют роль сложных биологических фильтров. Важнейшая функция почек - выведение из организма ненужных продуктов обмена. Почки регулируют жидкостный баланс и кислотно-щелочное равновесие, поддерживают правильное соотношение электролитов, участвуют в процессе кроветворения, а также обезвреживают ядовитые вещества при нарушениях функции печени. Кроме того, в почках вырабатывается один из основных ферментов - ренин, который играет важную роль в развитии артериальной гипертонии.

Заболеваниям почек подвержены около 3,5 % жителей России. Чаще страдают женщины, что объясняется физиологическими особенностями строения их организма. Однако у мужчин заболевание почек чаще оказывается более запущенным и сложным в лечении.

Особое место в уходе за больными с заболеваниями почек отводят наблюдению за изменениями свойств выделяемой мочи.

Изменение диуреза- это один из наиболее частых симптомов заболеваний почек и мочевыводящих путей.

**Задача медицинской сестры заключается** в организации и оказании сестринской помощи, выполнения плана ухода за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.

**Сестринский уход за пациентами с нарушением мочеиспускания.**

**2.1.Работа медсестры в нефрологическом отделении.**

Медсестра должна внимательно выслушать пациента и обратить внимание на наличие болей или дискомфортных ощущений в поясничной области, изменение цвета мочи, расстройства мочеиспускания (полиурия, олигоурия и др.). Важно выяснить, имело ли место переохлаждение, отравления, какова специфика работы и условия жизни пациента. Обратить внимание на наследственность. Наличие вредных привычек (наркомания). Знать особенности течения почечной патологии у стариков.

Медсестра должна иметь представление об инструменатльных и лабораторных методах исследования. В ее обязанности входит подготовка пациентов к различным видам обследования почек и мочевыводящих путей. От правильности проведенной процедуры к обследованию зависит качество полученных данных.**Участие в диагностическом процессе медицинской сестры складывается из ее знаний об основных методах диагностики при заболеваниях почек и умения выполнять отдельные диагностические задачи в качестве помощника врача.**

**Медицинская сестра должна принимать непосредственное участие в подготовке пациентов к различным исследованиям:**должна уметь собрать мочу на исследование. Подсчитать суточный диурез; подготовить пациента к УЗИ почек и мочевыводящих путей; подготовить к рентгенологическому исследованию, экскреторной пиелографии. Уметь выполнить катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером; различать радиоизотопный и УЗИ метод исследования. Оказать доврачебную помощь при почечной колике.

В обязанности медсестры также входит заполнение медицинской документации, при необходимости сопровождение пациентов к месту обследования. Знать специфику проблем, с которой обычно сталкиваются больные с почечной патологие

**I этап. Осмотр.**

При осмотре необходимо оценить тяжесть состояния больного: крайне тяжелое, бессознательное – наблюдается при тяжелых поражениях почек.

Медсестра при осмотре обращает внимание на цвет кожных покровов: бледность (восковая бледность при амилоидозе); одутловатость лица, «мешки» под глазами, анасарка; сухость кожи, языка, следы расчесов (ХПН), покраснение, припухлость поясничной области (паранефрит).

**II этап. Устанавливаются проблемы (сестринские диагнозы ) по приоритету.**

Проведя тщательное сестринское обследование, медсестра выявляет медицинские проблемы пациента, формирует сестринские диагнозы:

плохой аппетит, кожный зуд, тошноту - уремия

дизурические расстройства

лихорадка, сопровождаемая ознобом

нестерпимые боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область – почечная колика

отеки (с чем связаны)

страх смерти при появлении кровянистой мокроты - макрогематурия

склонность к образованию пролежней при уремии

**III этап – планирование сестринских вмешательств**

**Сестринские вмешательства при почечной колике могут быть следующими:**

обеспечить пациента сухой теплой постелью;

поместить пациенты в теплую ванну (при невозможности –приложить грелку к поясничной области и на живот);

ввести внутримышечно 2-4 мл 50% раствора анальгина к 1мл 0,2% раствора платифиллина (но-шпы, папаверина);

вызвать врача;

проследить за обильным питьем жидкости;

психотерапевтическая поддержка пациента.

**2.2. Сестринский уход за пациентами с задержкой мочи.**

К **факторам, предрасполагающим к развитию острой задержки мочи** относятся:

Употребление спиртных напитков,

Прием некоторых медикаментов,

Воспалительный процесс в предстательной железе,

Острый флебит геморроидальных вен,

Переохлаждение,

Прием острой раздражающей пищи,

Физическое и эмоциональное перенапряжение,

Вынужденное задерживание мочеиспускания,

Оперативные вмешательства с необходимостью постельного режима.

Острая задержка мочи возникает внезапно, на фоне общего благополучия, либо может развиться на фоне частичной хронической задержки мочи.

Под задержкой мочи понимают невозможность опорожнения переполненного мочевого пузыря. Задержку мочи следует отличать от анурии, при которой мочеиспусканий не происходит вследствие нарушения мочеотделения или обструкции почек, при которой мочевой пузырь не наполняется.

Неотложная помощь больному при задержке мочи заключается в скорейшем выведении мочи из мочевого пузыря. Самостоятельному мочеиспусканию могут способствовать шум льющейся из крана воды, орошение половых органов тёплой водой, прикладывание при отсутствии противопоказаний грелки на надлобковую область. Если эти мероприятия оказались неэффективными, прибегают к катетеризации мочевого пузыря или наложению цистостомы.

Это состояние требует немедленной госпитализации. В стационаре пациенту в первую очередь медицинская сестра ставят катетер и выпускают мочу наружу. При этом в моче может содержаться примесь крови, но пугаться не надо: у мочевого пузыря резко снижается объем и сосуды перерастянутой слизистой повреждаются. После этого назначают средства, которые снимают отек в области мочеиспускательного канала и снимают спазм мышц в шейке мочевого пузыря и простате.

Медицинская сестра должна тщательно ухаживать за кожными покровами, особенно промежностями, регулярно менять нательное и постельное белье, ухаживать за катетером.

Лечение (лекарственные средства, физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, оперативное вмешательство) определяется характером заболевания, вызвавшего недержание мочи.

В течение 3–4 дней пациент принимает препараты, и у него стоит уретральный катетер. Потом катетер убирают, и пациент пробует помочиться сам. Если попытка не увенчалась успехом, то выполняют довольно несложное оперативное вмешательство: под ультразвуковым наведением в мочевой пузырь устанавливают трубочку - эпицистостому. Она позволяет решить проблему с оттоком мочи без наличия катетера в мочеиспускательном канале и дает время для планирования хирургического вмешательства. Во время операции эпицистостома обеспечивает дополнительный отток ирригационной жидкости, повышая безопасность вмешательства. Если после операции пациенту в мочеиспускательный канал поставили катетер и он забился сгустками или перестал работать, то она берет на себя его функции отвода мочи. После удаления катетера, если мужчина уверенно мочится, трубочку перекрывают, а через несколько дней вынимают. Остается лишь маленький рубец на коже.

**2.3. Сестринский уход за пациентами с недержанием мочи.**

Факторы риска, оказывающие влияние на недержание мочи у женщин:

Беременность

Сахарный диабет

Применение пероральных эстрогенов

Ожирение

Нарушение когнитивных функций головного мозга

Тяжелые физические нагрузки

Факторы риска развития недержания мочи у мужчин:

Возраст

Наличие симптомов нижних мочевых путей

Воспалительные заболевания мужских мочеполовых органов

Неврологические заболевания

Операции по поводу аденомы или рака предстательной железы.

Недержание мочи у женщин — крайне распространенная ситуация, которое характеризуется непроизвольнымподтеканием мочи. Медицинская сестра должна объяснить, что с такой проблемой нужно носить урологические прокладки, памперсы, мокрое белье сразу заменять на сухое. Нужно использовать впитывающие пеленки. Необходима хорошая гигиена. Особенно это касается людей преклонного возраста, у которых заболевание встречается наиболее часто.

Уход за больными с недержанием мочи сводится к использованию мочеприемников, в том числе мягких полиэтиленовых для постоянного ношения.

Рекомендации по уходу за катетером:

Опустить изголовье кровати, чтобы пациент лежал на спине горизонтально;

Накрыть пациента одеялом, оставив открытыми таз и ноги;

Подложить клеенку под ягодицы больного и поставить на нее судно. Попросить его, чтобы он, согнув колени, приподнял ягодицы. Если он не в состоянии этого сделать, перевернуть его набок и постелить клеенку, затем перевернуть вновь на спину;

Налить в кувшин теплой воды;

Надеть перчатки;

Встать справа от пациента, в правую руку взять зажим с ватным тампоном, а в левую руку - кувшин с теплой водой. Обработку промежности начинать сверху вниз: от половых органов до заднепроходного отверстия (ватные тампоны нужно менять после каждого движения сверху вниз);

Сухой салфеткой подсушите кожу промежности в том же направлении;

С помощью ватных тампонов вымыть и высушить 10 сантиметров катетера, начиная с того места, где он выходит из мочеиспускательного канала. Осмотреть область вокруг катетера, не подтекает ли моча;

Трубку катетера прикрепить с помощью пластыря к внутренней поверхности бедра пациента. Чтобы катетер не вытягивался из входа в мочеиспускательный канал, ослабить натяжение трубки и убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати;

Убрать судно, клеенку, снять перчатки;

Удобно уложить пациента и накрыть его одеялом;

Спросите, как пациент себя чувствует после процедуры.

**План ухода за больным с патологией мочевыделительной системы**

1. Общие мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, в которых нуждаются пациенты с заболеваниями различных органов и систем: наблюдение за общим состоянием больного, термометрия, наблюдение за пульсом и АД, заполнение температурного листа, обеспечение личной гигиены больного, подача судна и др.

2. Специальные мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, направленные на помощь больным с симптомами, характерными для заболеваний органов мочевыделения - болью в поясничной области, отёками, расстройством мочеиспускания, артериальной гипертензией и др. Больной с поражением почек и мочевыводящих путей требует внимательного наблюдения и тщательного ухода. При появлении (или усилении) у пациента отёков, нарушений мочеиспускания; изменения цвета мочи, повышения АД, диспепсических расстройств; ухудшении общего состояния больного медсестра должна срочно информировать об этом врача.

**Деятельность медсестры для устранения проблем пациента.**

**№п/п**

**Проблемы пациента**

**Деятельность медсестры для устранения проблем пациента**

**1**

Пациент испытывает страх смерти при появлении кровянистой мочи (макрогематурия);

Психологическая поддержка пациента.

**2**

Пациент испытывает нестерпимые боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область и сопровождаемые частыми и болезненными мочеиспусканиями (почечная колика)

Обеспечить пациента сухой теплой постелью;

поместить пациенты в теплую ванну (при невозможности –приложить грелку к поясничной области и на живот) ввести вм 2-4 мл 50% раствора анальгина к 1мл 0,2% раствора платифиллина (ношпы, папаверина); вызвать врача; проследить за обильным питьем жидкости; психологическая поддержка пациента.

**3**

Отеки.

Диагностика отеков. Отеки возникают прежде всего на веках, лице, причем эти отеки могут быстро появится и исчезнуть. В тяжелых случаях отеки развиваются в подкожной клетчатке, во внутренних органах.

**Рекомендовать бессолевую диету.**

**4**

Лихорадка, сопровождающаяся ознобом.

Медицинская сестра должна контролировать температуру тела пациента. При необходимости давать жаропонижающие средства.

**5**

Незнание принципов адекватного питания.

Медицинская сестра должна контролировать соблюдение диеты (7стол).

Медицинская сестра должна ознакомить пациента с принципами диетотерапии.

**6**

Страх перед возможным недержанием мочи.

Если больной, страдающий недержанием мочи, находится на постельном режиме, ему в постель следует поставить стеклянный мочеприемник (женщине - резиновое судно).

**7**

Неудобства, связанные с использованием судна и мочеприемника.

У лежачих больных, страдающих недержанием мочи, легко образуются пролежни, так как моча вызывает мацерацию кожи. Таким больным следует проводить профилактику пролежней. Часто нужно менять белье, т.к. загрязненное издает резкий аммиачный запах.

Медицинская сестра должна проводить решение существующих проблем: ввести обезболивающее средство, снять стрессовое состояние у пациента с помощью беседы, дать седативное средство, научить пациента максимально себя обслуживать, то есть помочь ему адаптироваться к вынужденному состоянию, чаще беседовать, разговаривать с пациентом; решение потенциальных проблем: усилить мероприятия по уходу за кожей с целью профилактики пролежней, Установить диету с преобладанием продуктов, богатых клетчаткой, блюда с пониженным содержанием соли и специй, проводить регулярное опорожнение кишечника, заниматься с пациентом физкультурой, проводить массаж мышц конечностей, заниматься с пациентом дыхательной гимнастикой, обучить членов семьи уходу за пострадавшим; определение возможных последствий: пациент должен быть вовлечен в процесс лечения.

**Специальные мероприятия** - мероприятия по наблюдению и уходу, направленные на помощь больным с симптомами, характерными для заболеваний органов мочевыделения - болью в поясничной области, отёками, расстройством мочеиспускания, артериальной гипертензией и др. Больной с поражением почек и мочевыводящих путей требует внимательного наблюдения и тщательного ухода. При появлении (или усилении) у пациента отёков, нарушений мочеиспускания; изменения цвета мочи, повышения АД, диспепсических расстройств; ухудшении общего состояния больного медсестра должна срочно информировать об этом врача.

**Медицинская сестра нефрологического отделения должна принимать непосредственное участие в подготовке пациентов к различным исследованиям:**должна уметь собрать мочу на исследование. Подсчитать суточный диурез; подготовить пациента к УЗИ почек и мочевыводящих путей; подготовить к рентгенологическому исследованию, экскреторной пиелографии. Уметь выполнить катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером; различать радиоизотопный и УЗИ метод исследования. Оказать доврачебную помощь при почечной колике.

Медсестра должна следить за состоянием сердечно-сосудистой системы, за суточным диурезом, уметь оказать помощь при тошноте, рвоте, обеспечивать гигиенический уход. Следить за соблюдением режима, контролировать соблюдение диеты (7стол), своевременно выполнять назначения врача. Медицинская сестра должна ознакомить пациента с принципами диетотерапии, средствами профилактики, объяснить для чего следует остерегаться переохлаждений. В обязанности медсестры также входит заполнение медицинской документации, при необходимости сопровождение пациентов к месту обследования.

Таким образом, медицинская сестра нефрологического отделения должна знать специфику проблем, с которой обычно сталкиваются больные с патологией мочеиспускания и уметь их решать.

**18.02.2020 г.**

Группа М 2/9 – 2 (1)

Фармакология

Практическое занятие № 1

Тема: Средства, влияющие на функции органов дыхания.

**ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ:**

Учебная цель:

1. Формирование знаний по средствам, влияющим на функции органов дыхания.

2. Развитие умения выписывать лекарственные формы в виде рецепта с применением справочной литературы.

3. Развитие умения применять лекарственные средства по назначению врача.

4. Развитие умения давать рекомендации пациенту по применению различных лекарственных форм.

Развивающая цель:

1. Развитие умения анализировать ситуацию.

2. Развитие умения находить сведения о лекарственных препаратах в доступных базах данных.

Воспитательная цель:

1. Воспитание ответственности и аккуратности при применении лекарственных средств по назначению врача.

**ОПРОС НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ:**

1. Стимуляторы дыхания, определение, классификация. Механизм действия и фармакологические эффекты стимуляторов дыхания. Показания и противопоказания к применению стимуляторов дыхания, пути введения, побочные эффекты.

2. Понятие о бронхообструктивном синдроме. Средства для лечения бронхообструктивного синдрома, классификация.

3. Средства для лечения бронхообструктивного синдрома:

- бета – адреномиметики, препараты, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты;

- холинолитики, препараты, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты;

- ксантины, препараты, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты;

- стабилизаторы мембран тучных клеток, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты;

- глюкокортикоиды, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты.

4. Понятие об отхаркивающих и муколитических средствах. Классификация отхаркивающих и муколитических средств.

5. Отхаркивающие средства:

- препараты рефлекторного действия, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты, сравнительная характеристика препаратов;

- препараты прямого действия, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты, сравнительная характеристика препаратов;

6. Муколитики, препараты, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты.

7. Противокашлевые средства, классификация. Показания и противопоказания к назначению противокашлевых средств, побочные эффекты. Характеристика препаратов изучаемой фармакологической группы.

8. Средства, применяемые при отёке легких.

**ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:**

**Задание № 1.**

*Укажите правильный ответ (может быть один или несколько правильных ответов):*

1. Отметьте противокашлевые средства:

1. Кодеин.
2. Экстракт термопсиса.
3. Либексин.
4. Бутамирата цитрат.
5. Этилморфин.
6. Тусупрекс

2. Укажите механизм действия либексина:

1. Угнетает центр дыхания.
2. Угнетает кашлевой центр.
3. Угнетает чувствительные рецепторы слизистой оболочки дыхательных путей.

3. Отметьте нежелательные эффекты кодеина:

1. Угнетает дыхательный центр.
2. Сонливость.
3. Запор.
4. Повышение АД.
5. Пристрастие.

4. Укажите отхаркивающие средства прямого действия:

1. Настой травы термопсиса.
2. Калия йодид.
3. Натрия гидрокарбонат.
4. Кодеин.
5. Мукалтин.
6. Коделак.

5. Отметьте отхаркивающее средство рефлекторного типа действия:

1. Калия йодид.
2. Этилморфин.
3. Натрия гидрокарбонат.
4. Настой травы термопсиса.

6. Отметьте муколитические средства:

1. Амброксол.
2. Мукалтин.
3. Ацетилцистеин.
4. Бромгексин.
5. Либексин.
6. Калия йодид.

7. Бромгексин:

1. Является отхаркивающим средством рефлекторного действия.
2. Является муколитическим средством.
3. Вызывает разжижение мокроты за счёт деполимеризации ряда её компонентов.
4. Стимулирует продукцию эндогенного сурфактанта.
5. Назначается внутрь.

8. Принципы действия бронхолитических средств:

1. Стимуляция β2 – адренорецепторов гладких мышц бронхов.
2. Блокада β2 – адренорецепторов гладких мышц бронхов.
3. Стимуляция м – холинорецепторов гладких мышц бронхов.
4. Блокада м – холинорецепторов гладких мышц бронхов.
5. Непосредственное спазмолитическое действие на гладкие мышцы бронхов.

9. Сальбутамол:

1. Расширяет бронхи.
2. Преимущественно стимулирует β2 – адренорецепторы.
3. В равной степени стимулирует β1- и β2 – адренорецепторы.
4. В терапевтических дозах мало влияет на частоту и ритм сердечных сокращений.
5. Применятся для купирования и предупреждения бронхоспазмов.
6. Применяется только для предупреждения бронхоспазмов.

10. Основные принципы фармакотерапии отёка лёгких:

1. Понижение давления в малом круге кровообращения.
2. Стимуляция центра дыхания.
3. Устранение вспенивания экссудата.
4. Устранение гипоксии.
5. Дегидратация тканей лёгких.

**Задание № 2.**

*Заполните таблицу:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лекарственный препарат | Фармакологическая группа | Показания к применению | Побочные эффекты |
| Бутамирата цитрат |  |  |  |
| Травы термопсиса настой |  |  |  |
| Амброксол |  |  |  |
| Ацетилцистеин |  |  |  |
| Фенотерол |  |  |  |
| Беклометазон |  |  |  |
| Эуфиллин |  |  |  |

**Задание № 3.**

*Выпишите в рецептах:*

Бронхолитическое средство, избирательно стимулирующее β2 – адренорецепторы.

Глюкокортикоид для лечения бронхиальной астмы (аэрозоль).

Средство миотропного действия для лечения бронхиальной астмы.

Противокашлевое средство центрального действия, не вызывающее лекарственной зависимости.

Отхаркивающее средство рефлекторного действия (настой).

Отхаркивающее средство из группы муколитических средств (таблетки).

**Домашнее задание:**

Тема: «Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему».

М.Д. Гаевый, Л.М, Гаевая, Фармакология с рецептурой, Москва, КНорус, 2014 г., с. 243 – 274.

Вопросы для самоподготовки:

1. Классификация кардиотонических средств.

2. Классификация сердечных гликозидов. Фармакодинамика и фармакокинетика сердечных гликозидов, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты, передозировка сердечными гликозидами.

3. Классификация антиаритмических средств.

4. Средства, применяемые при тахиаритмиях и экстрасистолии, препараты, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты.

5. Средства, применяемые при брадиаритмиях и блокадах, препараты, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты.

6. Классификация антиангинальных средств.

7. Фармакодинамика и фармакокинетика антиангинальных средств, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты.

8. Классификация антигипертензивных средств.

9. Фармакодинамика и фармакокинетика антигипертензивных средств, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты.

10. Классификация антиатеросклеротических средств.

11. Фармакодинамика и фармакокинетика антиатеросклеротических средств, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты.

12. Средства, улучшающие мозговое и периферическое кровообращение, фармакодинамика и фармакокинетика, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты.