



# ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений . . . . .	7
Введение . . . . .	9
<b>Глава 1. Предмет «Сестринское дело в терапии» . . . . .</b>	<b>11</b>
Введение в предмет «Сестринское дело в терапии» . . . . .	11
Методы сестринского обследования пациентов . . . . .	21
Модели сестринского дела . . . . .	37
Медицинское страхование — современная форма организации сестринского ухода . . . . .	41
Контроль качества деятельности медицинской сестры . . . . .	45
<b>Глава 2. Сестринский уход в системе первичной медико-санитарной помощи . . . . .</b>	<b>60</b>
Первичная медико-санитарная помощь . . . . .	60
Сестринская помощь пациентам в поликлинике . . . . .	63
Первичная медицинская помощь по принципу врача общей практики. Роль медицинского сестринского персонала. . . . .	66
Здоровье и болезнь семьи. Роль медицинской сестры в формировании здорового образа жизни. . . . .	69
Профилактика заболеваний. . . . .	74
Паллиативный сестринский уход . . . . .	90
<b>Глава 3. Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания. . . . .</b>	<b>98</b>
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов дыхания. . . . .	98
Простой хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких . . . . .	108
Пневмония . . . . .	115
Бронхиальная астма. . . . .	125
Абсцесс легкого . . . . .	139
Бронхоэктатическая болезнь . . . . .	144
Рак легкого . . . . .	150
Плеврит . . . . .	155

---

<b>Глава 4. Сестринский уход при заболеваниях органов кровообращения . . . . .</b>	<b>161</b>
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов кровообращения . . . . .	161
Ревматизм . . . . .	171
Пороки сердца . . . . .	176
Гипертоническая болезнь. . . . .	182
Атеросклероз. . . . .	194
Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия . . . . .	199
Инфаркт миокарда. . . . .	209
Острая сердечная недостаточность. . . . .	218
Острая сосудистая недостаточность . . . . .	222
Хроническая сердечная недостаточность . . . . .	229
<b>Глава 5. Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения . . . . .</b>	<b>236</b>
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов пищеварения . . . . .	236
Функциональная диспепсия . . . . .	244
Острый гастрит. . . . .	247
Хронический гастрит. . . . .	250
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки . . . . .	255
Рак желудка. . . . .	264
Хронический энтерит . . . . .	269
Хронический колит . . . . .	275
Дискинезии желчевыводящих путей . . . . .	282
Острый холецистит . . . . .	284
Хронический холецистит . . . . .	286
Желчнокаменная болезнь. . . . .	290
Хронический гепатит . . . . .	295
Цирроз печени . . . . .	299
Острый панкреатит . . . . .	305
Хронический панкреатит . . . . .	307

<b>Глава 6. Сестринский уход при заболеваниях органов мочевого выделения . . . . .</b>	<b>312</b>
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов мочевого выделения . . . . .	312
Острый диффузный гломерулонефрит . . . . .	315
Хронический диффузный гломерулонефрит . . . . .	321
Острый и хронический пиелонефрит. . . . .	326
Мочекаменная болезнь . . . . .	332
Острая почечная недостаточность . . . . .	336
Хроническая почечная недостаточность . . . . .	338
<b>Глава 7. Сестринский уход при заболеваниях системы крови . . . . .</b>	<b>344</b>
Особенности сестринского обследования при заболеваниях системы крови . . . . .	344
Железодефицитная анемия . . . . .	347
Витамин В <sub>12</sub> - и фолиеводефицитные анемии . . . . .	353
Лейкозы . . . . .	355
Геморрагические диатезы. . . . .	361
<b>Глава 8. Сестринский уход при заболеваниях эндокринной системы и обмена веществ. . . . .</b>	<b>366</b>
Особенности сестринского обследования при заболеваниях эндокринной системы и обмена веществ . . . . .	366
Диффузный токсический зоб. . . . .	369
Гипотиреоз . . . . .	374
Эндемический зоб . . . . .	378
Ожирение . . . . .	380
Сахарный диабет . . . . .	384
<b>Глава 9. Сестринский уход при заболеваниях опорно-двигательного аппарата . . . . .</b>	<b>402</b>
Особенности сестринского обследования при заболеваниях опорно-двигательного аппарата . . . . .	402
Ревматоидный артрит и деформирующий остеоартроз . . . . .	405

---

<b>Глава 10. Сестринский уход при острых аллергических заболеваниях.</b> . . . . .	412
Особенности сестринского обследования при острых аллергических заболеваниях . . . . .	412
Острые аллергические заболевания . . . . .	414
<b>Приложение 1</b> . . . . .	423
Тестовый контроль. . . . .	423
<b>Приложение 2</b> . . . . .	497
Лечебное питание в лечебно-профилактических учреждениях . . . . .	497
Характеристика, химический состав и энергетическая ценность стандартных диет, применяемых в лечебно-профилактических учреждениях (больницах и др.) . . . . .	499
Диеты номерной системы. . . . .	502
Разгрузочные и специальные диеты . . . . .	513
<b>Приложение 3</b> . . . . .	516
Прописи основных лекарственных препаратов . . . . .	516
<b>Приложение 4</b> . . . . .	527
Сестринская карта . . . . .	527
План мероприятий по уходу . . . . .	531
Рекомендуемая литература. . . . .	532
Предметный указатель . . . . .	534



# ПРЕДМЕТ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ТЕРАПИИ»

## ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ТЕРАПИИ»

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ И ПОНЯТИЙ В ТЕРАПИИ

Здоровье, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), — не только отсутствие болезней или физических дефектов, а состояние полного физического, психологического и социального благополучия. Для здоровья характерны анатомическая и функциональная целостность организма, а также достаточная приспособляемость к окружающей среде.

**Здоровый** — человек в состоянии полного физического, психического и социального благополучия при отсутствии болезней и патологических состояний.

**Практически здоровый** — человек, не страдающий хроническими болезнями, перенесший острую болезнь или травму без существенных дефектов здоровья в их исходе. К практически здоровым относят также людей, имеющих незначительные пороки развития, которые не сказываются на функциональных возможностях организма.

**Болезнь** — патологический процесс, протекающий в организме человека в результате воздействия болезнетворных факторов (биологических, социальных, физических, иммунологических, химических и др.). Болезнь характеризуется:

- повреждением организма — нарушением анатомической целостности или функционального состояния ткани, органа, части тела, отсутствием фермента или других веществ;

— реакцией организма на повреждение — признаками, симптомами, синдромами, необходимыми и достаточными для определения болезни.

**Больной** — человек, страдающий одной или несколькими болезнями.

**Этиология** — учение о причинах болезни. Причинами болезни могут быть самые различные факторы: физические (тепло, холод, влажность, сквозняки, запыленность воздуха и др.); химические (щелочи, кислоты, медикаменты); комбинированные (курение, дым от сжигания отходов, мусора и др.); механические (ушибы, ранения, переломы и др.); биологические (микроорганизмы, вирусы, паразиты и др.); алиментарные (нарушения питания); психические; социальные; наследственные.

**Факторы риска** — воздействие на организм различных болезнетворных причин, которое в значительной степени повышает вероятность возникновения или развития болезни.

**Патогенез** — механизм развития болезни. Звеньями патогенеза считают нарушение: нервно-психических, гуморальных, иммунных, биохимических механизмов жизненных процессов.

**Клинические проявления** — признаки, симптомы и синдромы болезни, выявляемые при субъективном и объективном исследовании больного.

**Симптом** — признак болезни. Симптомы бывают субъективными и объективными. Субъективными симптомами считают жалобы больного, его данные об истории заболевания и жизни — нарастающая слабость, кашель, рези при мочеиспускании, головная боль, тошнота, вздутие живота и другое, то есть субъективная оценка своего состояния или истории развития болезни самим больным. К объективным симптомам относят данные осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации — положение тела больного, цвет кожного покрова и видимых слизистых оболочек; показатели частоты дыхательных движений (ЧДД), артериального давления (АД), пульса, температуры тела, лабораторного, рентгенологического, ультразвукового исследования (УЗИ), электрокардиографии (ЭКГ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и других инструментальных исследований.

**Синдром** — закономерное сочетание различных, но тесно связанных друг с другом симптомов. Например, гипертермический синдром включает такие симптомы, как повышение температуры тела, чувство жара, головную боль, тахикардию, повышенную потливость, слабость; гипертензивный синдром — повышение АД, гипертрофию левого желудочка, изменения глазного дна, боли в области сердца; синдром дыхательной недостаточности — одышку, приступы удушья; нефротический синдром — отеки, гипо-, изостенурию, белок и цилиндры в моче, повыше-

ние уровня креатинина, мочевины в крови; абдоминальный синдром — боли в животе, тошноту, рвоту и т.д.

Течение болезни может быть острым, подострым и хроническим. Острое течение болезни ограничено во времени (1–2 нед), имеет острое начало и быстрое развитие симптомов (грипп, острый бронхит). Для подострого течения характерно более медленное, длительное развитие болезни, но оно также ограничено во времени. Хроническая болезнь, как правило, не излечивается, она течет всю жизнь. В течение хронического заболевания выделяют две фазы: обострение, когда имеются все признаки заболевания, и ремиссия — когда признаки хронического заболевания минимальны или отсутствуют и больной считает себя практически здоровым. **Рецидивом** называют обострение хронического заболевания спустя 12 мес и более после предшествующего.

Периоды острого заболевания:

- скрытый (латентный, инкубационный);
- продромальный (промежуток времени между появлением первых признаков болезни и полным ее развитием);
- полного развития;
- выздоровления.

**Основное заболевание** — та болезнь, которая сама или вследствие осложнений вызывает в данное время первоочередную необходимость ухода и лечения в связи с наибольшей угрозой жизни.

**Осложнения болезни** связаны только с основным заболеванием, способствуют неблагоприятному исходу болезни, вызывают резкое ухудшение состояния больного.

**Конкурирующие заболевания** — имеющиеся одновременно у больного болезни, которые не зависят друг от друга, но в равной мере отвечают критериям основного заболевания. Каждое из них может привести к смерти. Например, инфаркт миокарда и острый аппендицит.

**Фоновое заболевание** — болезнь, которая способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность для жизни пациента, влияет на развитие осложнений и потому требует лечения вместе с основным заболеванием.

**Сопутствующее заболевание** — болезнь, которая не связана с основным заболеванием, не оказывает существенного влияния на его течение.

Закономерные сочетания болезней называют **синдромией**. Например:

- наличие у пациента ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни;
- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гастродуоденит, ассоциированные с хеликобактерной инфекцией.



**Осложнение болезни** — появление изменений в органах и системах организма больного, не вовлеченных ранее в патологический процесс.

**Диагностика** — наука о методах распознавания симптомов болезни. Это весь процесс обследования больного и логическое сопоставление выявленных симптомов и синдромов.

**Клинический диагноз** — краткое заключение о сущности заболевания, выраженное с помощью медицинской терминологии. Клинический диагноз включает:

- название болезни в терминологии Международной классификации болезней и причин смерти X пересмотра (МКБ-10);
- этиологию заболевания;
- обострение или ремиссию при хроническом заболевании;
- осложнения и сопутствующие заболевания, функциональное состояние органа.

Диагноз бывает предварительный и заключительный.

**Прогноз** — определение исхода заболевания.

**Исход болезни** — выздоровление, прогрессирование, переход в хроническое течение, утрата трудоспособности (инвалидность), смерть.

Основой сестринского дела в терапии служит сестринский уход.

**Сестринский уход в терапии:**

- структура, организующая сестринскую практику по уходу за больными терапевтического профиля;
- систематическое определение практической ситуации, в которой находятся пациент и медицинская сестра, и возникающие в этой ситуации проблемы по уходу, приемлемому для обеих сторон;
- научный метод профессионального решения сестринских проблем.

Применение сестринского ухода обеспечивает:

- системный и индивидуальный подход по решению проблем пациента;
- активное участие пациента и его семьи в планировании ухода;
- возможности широкого использования стандартов профессиональной деятельности в различных областях терапевтической практики;
- повышение компетентности, независимости, творческой активности медицинской сестры, престижа профессии.

Содержание сестринского ухода в терапии состоит из пяти этапов.

На I этапе медицинская сестра проводит диагностику проблем пациента — сбор информации о состоянии его здоровья. Информация должна быть полной, точной и носить описательный характер. В качестве источников информации могут быть использованы расспрос

пациента и его родственников (субъективный метод), данные физического, лабораторного и инструментального исследования, медицинская документация (объективный метод). Обследование должно быть основано на понимании проблем пациента, заботе о нем, взаимном доверии.

На II этапе сестринского ухода формулируют действительные, приоритетные и потенциальные проблемы пациента. Для этого используют всю информацию, полученную при субъективном и объективном обследовании больного, а также данные медицинской документации. Цель II этапа — провести идентификацию проблем пациента и его семьи, определить их приоритетность, выбрать направление сестринского ухода. Формулировка проблем пациента всегда тесно взаимосвязана с клиническим диагнозом.

Этап III сестринского ухода — планирование сестринских вмешательств. План ухода — письменное руководство, предусматривающее последовательность сестринской деятельности. Последовательность сестринских вмешательств определяется приоритетом проблем, которые классифицируют как первичные (главные), промежуточные, не экстремальные и неопасные для жизни пациента и вторичные, не имеющие отношения к заболеванию или прогнозу. Учитывают срочность решения и взаимосвязь с другими проблемами. При планировании сестринского ухода медицинская сестра ставит краткосрочные и долгосрочные цели, в основе которых лежит ответная реакция пациента на сестринское вмешательство.

Структура цели состоит из планируемой ответной реакции пациента на вмешательство, сроков реализации вмешательства и условия, обеспечивающего достижение цели. Например, краткосрочная цель: «К 15 ноября после выполнения процедур пациент отметит отсутствие кашля». В данном примере ответной реакцией пациента на вмешательства будет отсутствие кашля; срок реализации — к 15 ноября; условие — выполнение процедур.

Для достижения цели должно быть отведено определенное время, которое зависит от сложности проблемы, общего состояния пациента, выполнения назначенных мероприятий по уходу.

При составлении плана ухода медицинская сестра руководствуется соответствующими стандартами (протоколами) сестринской практики, обеспечивающими качественный уход за пациентом. План ухода должен включать: обеспечение назначенного врачом режима двигательной активности (свободный, полупостельный, постельный, строгий постельный), назначенной диеты, кварцевания, проветривания, влажной уборки палаты с дезинфицирующим средством личной

гигиены пациента, приема назначенных лекарственных средств, дополнительных исследований, уход при рвоте и др.

Этап IV сестринского ухода предусматривает реализацию плана. Осуществляют зависимые (по назначению врача), взаимозависимые и независимые вмешательства (подсчет пульса, измерение температуры тела, постановка клизм, подготовка к лабораторным и инструментальным исследованиям, обучение приему лекарственных препаратов и др.). В процессе реализации плана могут происходить его пересмотр и изменение в зависимости от динамики состояния пациента.

Этап V сестринского ухода — определение степени достижения целей и оценка конечного результата сестринских вмешательств по критериям: цель достигнута, частично достигнута, не достигнута. Проводят анализ ответных реакций пациента на сестринские вмешательства, активный поиск новых проблем, коррекцию плана ухода с последующей реализацией.

## **КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ/ МЕДИЦИНСКОГО БРАТА В ТЕРАПИИ**

Медицинская сестра/медицинский брат должны обладать общими компетенциями (ОК), включающими следующие способности.

- ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.
- ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.
- ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
- ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.
- ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.
- ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
- ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), результат выполнения заданий.
- ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

- ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.
- ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.
- ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.
- ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.
- ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Медицинская сестра/медицинский брат должны обладать профессиональными компетенциями (ПК), соответствующими основным видам профессиональной деятельности.

- Проведение профилактических мероприятий.
  - ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.
  - ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.
  - ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.
- Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессе.
  - ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.
  - ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.
  - ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.
  - ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.
  - ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.
  - ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.
  - ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.
  - ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

В результате изучения профессионального модуля медицинская сестра/медицинский брат должны следующее.

- Иметь практический опыт:
  - осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;
  - проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с различной патологией.
- Уметь:
  - готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
  - осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
  - консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
  - осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и стационара;
  - осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
  - проводить комплексы упражнений лечебной физической культуры (ЛФК), основные приемы массажа;
  - проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
  - осуществлять паллиативную помощь пациентам;
  - вести утвержденную медицинскую документацию.
- Знать:
  - причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организации и оказания сестринской помощи;
  - пути введения лекарственных препаратов;
  - виды, формы и методы реабилитации;
  - правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

## **ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ И СТАЦИОНАРА**

Свою деятельность медицинская сестра осуществляет как в государственных медицинских организациях (МО) (госпиталь, больница, медико-санитарная часть, дом инвалидов, поликлиника, амбулатория и др.), так и в негосударственных (хоспис, лечебница, кабинеты целителей и др.), в порядке частной практики. Виды работ медицинской сестры определяются лицензией.

**Специальные знания.**

- В области сестринского дела в терапевтическом отделении поликлиники:
  - функциональные обязанности, права и ответственность сестринского и младшего медицинского персонала;
  - демографическая и медико-социальная характеристика прикрепленного населения;
  - организация профилактической работы среди населения участка;
  - организация и методика работы по гигиеническому воспитанию населения и формированию здорового образа жизни;
  - роль и основные задачи медицинской сестры при проведении врачебного поликлинического приема, его организация и материальное обеспечение;
  - основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактика основных заболеваний внутренних органов;
  - основные группы лекарственных препаратов, применяемых в терапии, показания и противопоказания к применению, характер взаимодействия, осложнения;
  - противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции;
  - иммунопрофилактика;
  - система инфекционного контроля и инфекционная безопасность пациентов и медицинского персонала;
  - организация сестринского ухода за больными на дому;
  - организация восстановительного лечения и реабилитация терапевтических больных в поликлинике;
  - основы рационального и сбалансированного питания;
  - основы диспансеризации населения;
  - основные учетные формы медицинской документации терапевтического участка.
- В области сестринского дела в терапевтическом отделении стационара:
  - организация сестринского дела в терапевтическом отделении стационара;
  - лечебно-охранительный режим, профилактика больничного травматизма, правила транспортировки больных;
  - система больничного инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала;
  - охрана труда и техника безопасности;
  - основные симптомы и синдромы нарушений функций внутренних органов, доврачебная помощь;

- основы рационального, лечебного и диетического питания;
- основные учетные формы медицинской документации;
- основы реабилитации больных в условиях стационара.

### **Специальные умения**

— В области сестринского дела в терапевтическом отделении поликлиники:

- проводить персональный учет прикрепленного населения;
- собирать оперативную информацию об эпидемиологической ситуации, совместно с санитарно-эпидемиологической службой проводить противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции;
- владеть техникой иммунопрофилактики;
- проводить забор, доставку, хранение собранного материала для бактериологического исследования;
- выполнять требования инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала, техники безопасности и охраны труда в структурных подразделениях амбулаторно-поликлинического учреждения;
- проводить санитарно-просветительную работу на участке, включающую пропаганду медицинских знаний, гигиеническое воспитание и обучение населения здоровому образу жизни;
- организовать проведение приема врача (подготовка рабочего места, приборов, инструментария, амбулаторной карты больного, бланков, рецептов);
- проводить предварительный сбор анамнеза и осмотр больного;
- выполнять профилактические, лечебные, диагностические мероприятия, назначаемые врачом в поликлинике и на дому, ассистировать врачу при проведении поликлинических манипуляций;
- осуществлять обеспечение кабинета необходимыми медикаментами, учет расходов медикаментов, бланков специального учета;
- проводить контроль сохранности и исправности медицинской аппаратуры и оборудования, своевременного ремонта и списания;
- проводить подготовку санитарного актива участка, включающую занятия по оказанию само- и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях, обучение родственников тяжелобольных методам ухода, оказанию первой медицинской помощи;
- вести утвержденную учетно-отчетную медицинскую документацию.

— В области сестринского дела в терапевтическом отделении стационара:

- осуществлять и документировать сестринский уход за больными;
- выполнять требования больничного инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала, техники безопасности и охраны труда;
- владеть техникой подготовки больных к диагностическим исследованиям;
- выполнять профилактические, лечебные, диагностические мероприятия, назначаемые врачом, готовить инструменты и ассистировать врачу при проведении сложных манипуляций;
- проводить санитарно-просветительную работу среди пациентов и их родственников, включающую пропаганду медицинских знаний;
- обучать больных оказанию само- и взаимопомощи при отравлениях, неотложных состояниях;
- проводить гигиеническое воспитание и обучение больных здоровому образу жизни.

## МЕТОДЫ СЕСТРИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

### СУБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ

Для организации качественного ухода медицинская сестра должна тщательно собрать медицинскую информацию о пациенте. Источниками информации могут быть: пациент, его родственники или люди, играющие важную роль в жизни пациента. Важным источником информации о пациенте служит медицинская документация.

Этапом I сестринского обследования считают расспрос пациента. Его проводят по определенному плану: паспортные данные, жалобы, история настоящего заболевания, история жизни.

Беседа должна проходить в тихой неофициальной обстановке. Перед началом беседы нужно представиться, назвать свое имя, положение, сообщить цель беседы. Следует четко формулировать вопросы, использовать понятную для пациента терминологию. Говорить ясно, медленно и отчетливо. Нужно дать пациенту до конца закончить фразу, даже если он чересчур многословен. Объяснить пациенту, что чем больше вы будете знать о нем и его семье, тем лучший уход сможете ему обеспечить. Во время беседы пациент должен почувствовать ваши компетентность и профессионализм.



**Паспортные данные** пациента включают: фамилию, имя, отчество (Ф.И.О.), возраст, место регистрации (жительства), телефон, профессию, должность, стаж работы, профессиональные вредности; фамилию, имя, отчество ближайших родственников, их адрес, телефон.

**Жалобы** пациента бывают общие и частные. Общие жалобы характеризуют общее состояние больного и не относятся конкретно к какому-либо заболеванию, органу или системе органов. К ним относят общую слабость, недомогание, утомляемость и др. Частные жалобы в большинстве случаев характеризуют состояние органа или системы органов (кашель, жидкий стул, рвота, боли в области сердца, сердцебиение и др.). Вначале выясняют частные жалобы, детально устанавливая их характер. Например, при жалобах на боль в грудной клетке уточняют ее характер (жгучая, режущая, колющая, тянущая, тупая, острая и др.), локализацию, интенсивность, время появления и ее связь с различными причинами (волнение, физическая нагрузка, прием пищи и др.). После того, как пациент перечислил жалобы, ему последовательно задают дополнительные вопросы, уточняющие состояние органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевого выделения. Это связано с тем, что некоторые больные, имея хронические заболевания, привыкают к определенным жалобам (например, кашель при хроническом бронхите) и не акцентируют их (рис. 1.1).

**История заболевания.** При расспросе о развитии болезни нужно получить ответы на вопросы:

- когда началось заболевание;
- с чего оно началось;



**Рис. 1.1.** Расспрос пациента. Необходимо выяснить общее состояние здоровья перед возникновением болезни и постараться установить причины, ее вызвавшие

- как оно протекало (ухудшилось, без перемен, появились новые признаки болезни и др.);
- обращался ли пациент за медицинской помощью (если да, то куда, когда);
- какое проводили обследование и лечение и какова его эффективность.

История настоящего заболевания должна отражать развитие болезни от ее начала до настоящего момента.

**История жизни.** Необходимо получить ответы на следующие вопросы:

- когда и где родился;
- как рос и развивался (у мужчин узнать о службе в армии и выяснить, какое заболевание послужило причиной освобождения от службы, у женщин — число беременностей, родов);
- перенесенные заболевания и операции в хронологической последовательности;
- условия труда;
- вредные привычки;
- семейный и наследственный анамнез;
- перенесенные туберкулез, венерические болезни, вирусный гепатит;
- жилищно-бытовые условия;
- переносимость лекарственных веществ;
- пищевая и другая аллергия.

## ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Объективное обследование считают II этапом сбора информации о пациенте. Этот метод включает следующие способы: общий осмотр пациента, осмотр, пальпацию, перкуSSION и аускультацию последовательно органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевого выделения, щитовидной железы и опорно-двигательного аппарата.

**Общий осмотр.** Осмотр лица, шеи, туловища и грудной клетки лучше проводить в вертикальном положении больного. При осмотре кожного покрова и слизистых оболочек можно отметить бледность, гиперемия, цианоз, желтушность, наличие патологических элементов (сосудистые звездочки, сыпь, кровоизлияния, расчесы). Отмечают влажность кожи (нормальная, сухая, влажная), тургор (сохраненный, сниженный), состояние подкожно-жировой клетчатки (нормальная, недостаточная, избыточная), наличие отеков, пальпируются или нет лимфатические узлы, степень развития мышц, тонус, силу, а также наличие деформаций костей и суставов, их болезненность при пальпации, степень подвижности.

Далее проводят определение положения в постели (активное, пассивное, вынужденное), телосложения (правильное, неправильное), питания. Для оценки питания измеряют рост и массу тела с расчетом индекса массы тела (ИМТ) Кетле по формуле: массу тела (кг) делят на рост, возведенный в квадрат ( $m^2$ ). Например, рост 172 см, вес 77 кг.  $ИМТ = 77/1,72^2 (2,96) = 26,0 \text{ кг}/m^2$ . ИМТ  $<18,5 \text{ кг}/m^2$  соответствует недостаточной массе тела,  $18,5-24,9 \text{ кг}/m^2$  — нормальной массе тела,  $25-29,9 \text{ кг}/m^2$  — легкому ожирению,  $30-34,9 \text{ кг}/m^2$  — умеренному ожирению,  $35-39,9 \text{ кг}/m^2$  — выраженному ожирению,  $40 \text{ кг}/m^2$  и более — патологическому ожирению. Питание можно оценить также по формуле Брока, где нормальной принято считать массу тела, соответствующую цифрам роста (до 170 см) минус 100, минус 105 — при росте от 170 до 185 см, минус 110 — при росте более 185 см. По формуле Брока избыток массы тела от 10 до 30% свидетельствует I степени ожирения, от 30 до 50% — II степени, 50–100% — III степени, более 100% — IV степени.

## ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

### Осмотр

- Носовое дыхание (свободное, затрудненное).
- Форма грудной клетки — нормостеническая, гиперстеническая, астеническая. Патологические формы:
  - эмфизематозная (бочкообразная) — значительно выбухают над- и подключичные ямки, межреберные промежутки сглажены или выбухают;
  - паралитическая — выраженная атрофия мышц грудной клетки, асимметричное расположение ключиц и неодинаковые западения надключичных ямок;
  - рахитическая (килевидная, куриная);
  - воронкообразная.
- Тип дыхания:
  - грудной — движение грудной клетки преимущественно за счет сокращения межреберных мышц, преимущественно у женщин;
  - брюшной — дыхательные движения за счет сокращения диафрагмы, преимущественно у мужчин;
  - смешанный — дыхательные движения происходят за счет одновременного сокращения межреберных мышц и диафрагмы.
- Дыхательная экскурсия, отставание одной половины грудной клетки при дыхании.
- Частота дыхательных движений (ЧДД) в течение 1 мин.

- Глубина дыхания по объему вдыхаемого и выдыхаемого воздуха в спокойном состоянии. В зависимости от глубины дыхания оно может быть нормальным, поверхностным и глубоким.
- Ритм дыхания (ритмичное, аритмичное).

Патологические типы дыхания:

- дыхание Куссмауля — глубокое, шумное, редкое;
- дыхание Биота — ритмичные, глубокие дыхательные движения с паузами через равные промежутки времени;
- дыхание Чейна–Стокса — после продолжительной паузы, до минуты, появляется поверхностное дыхание, которое быстро нарастает по своей глубине, становится шумным, а затем в той же последовательности убывает и заканчивается следующей паузой;
- дыхание Грокка (волнообразное) — напоминает дыхание Чейна–Стокса, но вместо дыхательной паузы остается слабое поверхностное дыхание.

**Пальпация** (от лат. *palpatio* — ощупывание) основана на осязании — ощущении, возникающем при давлении и движении ощупываемых органов пальцами, а также на ощущении температуры пальпируемого участка тела. Различают поверхностную и глубокую пальпацию. Проводят с целью изучения физических свойств тканей и органов, определения их расположения и распознавания некоторых патологических процессов. Например, холодные, липкие, влажные кисти — частый признак нейроциркуляторной дистонии, когда «диагноз ставят при рукопожатии».

Пальпацию применяют для выявления **болезненности** грудной клетки, ее эластичности, голосового дрожания. Производят обеими руками, плотно положив ладони с сомкнутыми пальцами на симметричные участки левой и правой половин грудной клетки. **Эластичность** грудной клетки определяют путем сдавливания ее обеими руками спереди назад и с боков в подмышечных областях. При наличии экссудативного плеврита, опухоли, эмфиземы отмечают упругость (ригидность) грудной клетки. **Голосовое дрожание** — определение силы проведения голоса на поверхность грудной клетки. Ладони рук кладут на симметричные участки грудной клетки в подмышечных областях, производят ее сдавливание и просят пациента произнести грудным голосом «тридцать три». Усиление голосового дрожания отмечают над безвоздушными, уплотненными участками легких (плотные поверхности лучше проводят звук). Это может быть при пневмонии, пневмосклерозе. Ослабление голосового дрожания происходит:

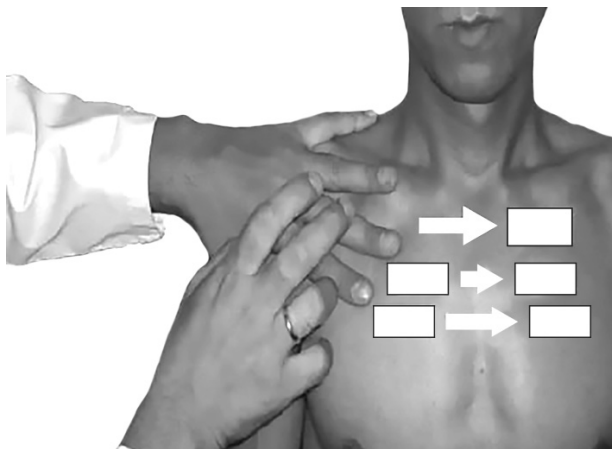
- при скоплении жидкости или газа в плевральной полости;
- полной закупорке бронха опухолью;
- у людей с чрезмерно развитой подкожной жировой клетчаткой.

**Перкуссия** (от лат. *percussio* — дословно «через кожу» — выстукивание) подразделяют:

- на сравнительную — проводят с целью сравнения звука на симметричных участках грудной клетки (рис. 1.2);
- топографическую — выполняют с целью определения границ органа, его величины и формы.

Перкуссия грудной клетки проводят последовательно справа и слева над лопатками, между и под ними, в подмышечных, подключичных областях, на передней поверхности грудной клетки. В норме над легкими определяется ясный легочный звук. При патологических процессах он может изменяться и носить различный характер:

- притупленный — при уменьшении количества воздуха в легких (при пневмосклерозе, очаговой пневмонии, отеке легких, экссудативном плеврите, ателектазе);
- тупой — при полном отсутствии воздуха в легочной ткани (крупозная пневмония, экссудативный плеврит, опухоль);
- коробочный — при увеличении содержания воздуха в легких [бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), эмфизема];



**Рис. 1.2.** Сравнительная перкуссия правого легкого в подключичной ямке. Разница в звуке над органами основана на различном содержании в них воздуха, напряжении ткани, различной силе перкутируемого стука. Все плотные ткани, не содержащие воздуха, при перкуссии дают глухой («бедренный») звук. Перкуссию проводят согнутым III пальцем правой руки по тыльной поверхности второй фаланги III пальца левой руки, плотно прижатой к поверхности тела

– тимпанический — при образовании в легких полости, заполненной воздухом и сообщающейся с бронхом (хронический абсцесс легкого, туберкулезная каверна).

**Аускультация** (от лат. *ausculto* — выслушивание) — метод исследования внутренних органов, основанный на выслушивании звуковых явлений, связанных с их деятельностью. Аускультацию проводят с помощью фонендоскопа (рис. 1.3). Во время выслушивания фонендоскоп нужно плотно прижать к телу больного всей окружностью. Следует избегать сильного давления, иначе произойдет ослабление выслушиваемого звука. Фонендоскоп ставят в строго симметричных точках правой и левой половины грудной клетки, над областью проекции легких в тех же точках, что и при перкуссии.

Основные дыхательные шумы:

- над легочной тканью в норме выслушивается везикулярное (альвеолярное) дыхание — слышны вдох и около  $1/3$  выдоха при полном вдохе и полном выдохе;
- над гортанью и трахеей выслушивается бронхиальное дыхание (слышны вдох и весь выдох), при патологических состояниях оно может выслушиваться над пораженным легким;
- жесткое дыхание — везикулярное с усиленным вдохом и выдохом (слышны вдох и около  $1/2$  выдоха);
- ослабленное дыхание — слышен только вдох, выдоха не слышно;
- резко ослабленное дыхание — выслушивается только часть вдоха над пораженным участком при полном вдохе и полном выдохе.

**Патологические дыхательные шумы.** Хрипы сухие возникают при сужении просвета бронхов. Отмечают, например, при ХОБЛ, приступе

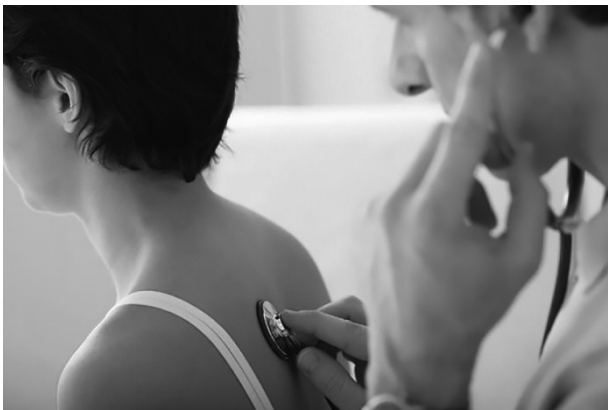


Рис. 1.3. Аускультация межлопаточной области

бронхиальной астмы. Хрипы влажные образуются в бронхах в результате скопления жидкого секрета и прохождения через него воздуха. Крепитация возникает при скоплении в альвеолах небольшого количества секрета, когда на выдохе стенки альвеол слипаются, а на высоте вдоха разлипаются. Крепитация возникает при пневмококковой (крупозной) пневмонии. Крепитацию выслушивают в конце вдоха, она напоминает звук растирания над ухом пучка волос или хруст снега под ногами в морозный день. Шум трения плевры возникает при трении листков плевры (висцерального и париетального), которые вследствие патологического процесса приобрели шероховатую поверхность. Определяют с помощью «ложного» (без воздуха) вдоха.

## ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Осмотр:** цианоз, одышка, набухание шейных вен, пульсация периферических сосудов (шейных, височных, локтевых, брюшной стенки), зоны левожелудочкового (верхушечного) и правожелудочкового (сердечного) толчков сердца, симптом «барабанных палочек» на пальцах.

### **Пальпация:**

- определяют пульс (синхронность, частота, ритм, наполнение, напряжение);
- измеряют АД;
- верхушечный толчок сердца (ограниченный, разлитой, «кошачье мурлыканье»), правожелудочковый толчок сердца может пальпироваться в четвертом межреберье слева между стеральной и парастеральной линиями.

Левожелудочковый толчок пальпируется чаще, чем правожелудочковый. Усиленный правожелудочковый или левожелудочковый толчок часто свидетельствует о гипертрофии соответствующего желудочка. Сердечное дрожание («кошачье мурлыканье») обычно указывает на митральный или аортальный стеноз.

**Перкуссия:** определяют границы абсолютной и относительной тупости сердца.

### **Аускультация:**

- тоны сердца у верхушки (в норме чистые, ясные, ритмичные; у больного с сердечной патологией — приглушены, глухие, расщепление, раздвоение, добавочные);
- шум у верхушки и в местах проекции клапанов (систолический, диастолический, функциональный, органический);
- ритм (правильный, неправильный, бради-, тахикардия, экстрасистолия, «ритм перепела», «ритм галопа»).

## ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

**Осмотр.** Язык у здорового человека чистый, влажный, акт глотания не нарушен. У больного язык может быть сухой, обложен налетом разного цвета, акт глотания также может нарушаться. Осмотр живота производят в положении стоя и лежа. Пациента укладывают на спину, сгибают слегка ноги в коленях и просят подышать животом. Живот может быть втянут, вздут, не участвовать в акте вдоха.

**Пальпация.** Поверхностную пальпацию проводят всей ладонью легкими, осторожными надавливаниями в симметричных участках живота против часовой стрелки, начиная с левой подвздошной области. Далее пальпируют сигмовидную кишку, нисходящую, поперечно-ободочную, восходящую и область пупка. Отдельно пальпируют печень. Обращают внимание на наличие или отсутствие болезненности, напряжения мышц передней брюшной стенки. У пациентов живот может быть напряжен, болезненный локально (в области желчного пузыря, пупка, сигмовидной кишки, боковых отделов) или по всему животу, могут определяться увеличенная болезненная печень, увеличенная селезенка.

**Перкуссия.** Определяют границы печени, симптом Ортнера (боль при легком постукивании ребром ладони по краю реберной дуги в месте проекции желчного пузыря).

**Аускультация.** Выслушивают перистальтику кишечника и т.д.

## ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

**Осмотр:** бледность кожи и слизистых оболочек, отеки по утрам под глазами, сухость кожи.

**Перкуссия:** положительный симптом Пастернацкого (боль при легком постукивании кулаком по тыльной стороне ладони другой руки, наложенной на поясничную область) с обеих сторон или на стороне поражения.

## ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА

**Осмотр:** не видна или видна, степень увеличения.

**Пальпация:** при глотании определяют перешеек железы, размеры щитовидной железы, болезненность.

## КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА

**Осмотр:** степень развития мышц, тонус, сила, наличие деформаций костей и суставов.



**Пальпация:**

- тонус, сила мышц;
- болезненность мышц, костей и суставов;
- степень подвижности суставов.

## ОСНОВНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ТЕРАПИИ

### ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

**Правила измерения АД (ГОСТ Р 32623.1 – 2008):**

- измерение АД проводится в спокойной комфортной обстановке после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5–10 мин. За час до процедуры исключаются прием пищи, курение, алкоголь, применение симпатомиметиков, включая аэрозоли и глазные капли. Измерение АД производится сидя, лежа или стоя при условии нахождения середины манжеты на уровне сердца и упора (поддержки) руки в области локтя;
- наложенная на плечо манжета должна быть достаточно плотно фиксирована, чтобы между кожей плеча и манжетой помещались только два пальца, а ее нижний край — располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки (рис. 1.4);
- наложить два пальца левой руки на предплечье в место прощупывания пульса;
- другой рукой закрыть вентиль груши и начать постепенно нагнетать воздух в манжету до исчезновения пульса. Этот уровень АД на манометре соответствует систолическому;



**Рис. 1.4.** Измерение артериального давления