

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
Государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский
колледж им.Р.П.Аскерханова»



МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
открытого теоретического занятия

по теме:

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ АНЕМИЯХ

ДИСЦИПЛИНА: МДК 02.01.

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в терапии

ПМ 02

«УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И
РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ»

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: 34.02.01 «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

Курс: 2,3

Автор – составитель: Садрадинова Наида Османовна

Махачкала 2021 г.

Согласовано

Методист

(ФИО)

Рассмотрено и утверждено на
заседании цикловой методической
комиссии

Протокол № _____
_____ 20__ г.
Председатель ЦМК

(ФИО)

В методической разработке «Сестринский процесс при анемиях» представлены задания для различных методов оценки и закрепления знаний обучающихся по теме занятия: вопросы для фронтального опроса, тестовые задания, слайд-презентация.

Методическая разработка может быть использована для проведения теоретических занятий по предмету «Терапия».

Автор – составитель: Н.О.Садрадинова

Содержание:

1. Пояснительная записка.....	4
2. Основная часть	5
2.1. Технологическая карта учебного занятия	5
2.2. Содержание теоретического материала.....	8
2.3. Дидактический материал.....	12
3. Заключительная часть.....	20
4. Информационные источники.....	23
5. Приложение	24

1. Пояснительная записка

Методическая разработка предназначена для проведения теоретического занятия по теме «Сестринский процесс при анемиях». Анемии — группа клинико-гематологических синдромов, общим моментом для которых является снижение концентрации гемоглобина в крови, чаще при одновременном уменьшении числа эритроцитов (или общего объёма эритроцитов). Анемия развивается вследствие разнообразных причин, сопутствует множеству заболеваний и зачастую является лишь их симптомом. Количественно она выражается степенью снижения концентрации гемоглобина – железосодержащего пигмента эритроцитов, придающего крови красный цвет.

В связи с тем, что в организме происходит постоянное интенсивное образование эритроцитов и одновременно их распад, можно говорить об анемии как о состоянии, характеризующемся нарушением баланса эритроцитов, то есть снижением интенсивности образования или повышенной деструкцией их, или сочетанием обоих факторов.

Данная тема входит в Раздел «Сестринский процесс при заболеваниях крови».

Тип занятия: изучение нового материала.

Вид занятия: лекция.

Цели: изучение и первичное закрепление новых знаний.

2. Основная часть

2.1. Технологическая карта учебного занятия

ФИО преподавателя, квалификационная категория	Садрадинова Наида Османовна		
Код, наименование специальности	34.02.01. Сестринское дело		
Учебная дисциплина/МДК	ПМ 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах» МДК 02.01. «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в терапии»		
Интегративные связи	Межпредметные	Внутрипредметные	
	Анатомия, физиология, патология, сестринское дело, фармакология, психология.	Методы обследования больных в сестринской практике	
Формируемые компетенции	Общие компетенции	Профессиональные компетенции	
	ОК 1 - 8.	ПК 2.1 – 2.8	
Уровень освоения	1 - ознакомительный		
Тема учебного занятия	Сестринский процесс при анемиях		
Количество часов	2час (90мин)		
Вид учебного занятия	лекция		
Тип учебного занятия	Изучение нового материала		
Методы обучения	Объяснительно-иллюстративный метод		
Цели учебного занятия	Обучающая	Развивающая	Воспитательная
	Усвоить причины, особенности клинического течения анемий, симптоматику, проблемы, их диагностику, уход и лечение.	Активизация мыслительной деятельности, развитие логического мышления, развитие аналитического мышления.	Воспитать чувство ответственности и понимания социальной значимости своей будущей профессии
Методы контроля результатов обучения темы	Фронтальный опрос, тестовый контроль		

учебного занятия				
Организация образовательного пространства учебного занятия	Материально-техническое обеспечение	Основная литература	Дополнительная литература	Методическая литература
	Мультимедийное оборудование, ноутбук	Е.В.Смолева «Сестринское дело в терапии»	Т.П.Обуховец «Основы сестринского дела»	Рабочая программа, календарно-тематический план, поурочный план, методическая разработка
Характеристика этапов урока	Деятельность педагога	Деятельность обучающихся	Формы обучения	Результат
Организационный момент (5 мин)	Приветствует, проверяет готовность к занятию	Приветствуют педагога, проверяют уровень своей готовности к уроку	Фронтальная	Волевая саморегуляция
Проверка домашнего задания (15 мин)	Проводит фронтальную проверку домашнего задания с целью выявления обучающихся, не выполнивших данный вид работы; организует повторение базового теоретического материала	Демонстрируют уровень выполнения домашнего задания, задают вопросы, возникавшие в ходе осуществления самостоятельной работы.	Фронтальная	Умение отличать выполненное задание от невыполненного, определять объем знаний, которые уже были усвоены и которые еще предстоит усвоить.
Первичная проверка понимания изученного (5 мин)	Озвучивает важные положения ранее пройденной темы, осуществляет постановку учебной проблемы.	Отвечают на вопросы педагога, участвуют в процессе постановки учебной проблемы.	Фронтальная	Умение точно выражать свои мысли и формулировать вопросы для получения ответов. Формирование

				четких мыслительных процессов, выработка умения анализировать информацию.
Изучение новых знаний (55мин)	Излагает новый материал, организывает повторение особо важных моментов для выравнивания условий восприятия информации разными группами обучающихся	Слушают объяснения, задают уточняющие вопросы	Фронтальная	Подведение под понятие, целеполагание
Подведение итогов занятия, рефлексия (10мин)	Актуализирует внимание на пройденном материале, задает вопросы о задачах урока, побуждает к высказыванию своего мнения, соотносит достигнутые цели с поставленным результатом.	Формулируют результат работы на уроке, называют основные тезисы усвоенного материала.	Тестовый контроль	Самоопределение, самоусвоение знаний, определение объема материала, который еще предстоит выучить.

2.2.Содержание теоретического материала

Тема: Сестринский процесс при анемиях

Цель занятия: усвоить понятие «анемия», изучить принципы сестринского обследования и ухода при железодефицитной и В₁₂-фолиеводефицитной анемиях.

План лекции

Определение понятия "анемия". Основные группы анемий.

Причины железодефицитной и В-12-дефицитной анемий.

Клинические проявления железодефицитной и В-12- дефицитной анемий.

Нормальные показатели клинического анализа крови.

Принципы диагностики, лечения и ухода за больными.

Использование моделей сестринского дела при уходе за пациентами с анемией (Д. Орэм и В. Хендерсон).

Содержание

Анемия — патологическое состояние, характеризующееся уменьшением содержания гемоглобина (у мужчин < 130, у женщин < 120 г/л) и количества эритроцитов в единице объема крови. Анемия может быть самостоятельным заболеванием или проявлением других болезней.

Причинами анемии являются: потеря крови (острые и хронические постгеморрагические анемии), дефицит витамина В₁₂, белков, железа (витаминодефицитные, белководефицитные, железодефицитные), инфекции (постинфекционные), ускоренное разрушение эритроцитов (гемолитические) или нарушение их образования в костном мозге (гипопластические).

В зависимости от этиологического фактора все анемии делятся на три группы:

- 1) анемии вследствие кровопотери (постгеморрагические);
- 2) анемии вследствие нарушения кровообразования (железодефицитные, витамин-В₁₂-дефицитные, гипопластические, апластические и др.);
- 3) анемии вследствие повышенного разрушения эритроцитов (гемолитические).

При анемиях иногда изменяется размер эритроцитов. По этому признаку анемии бывают нормоцитарные (диаметр эритроцитов нормальный — 7,2 мкм), микроцитарные (диаметр менее 7 мкм), макроцитарные (диаметр 10—20 мкм).

По концентрации гемоглобина в эритроците анемии подразделяются на гипохромные (цветовой показатель менее 0,86), нормохромные (цветовой показатель в пределах 0,86—1,05), гиперхромные (цветовой показатель больше 1,05).

Клиника

Зависит от: формы анемии (постгеморрагическая, железо-дефицитная, В₁₂-дефицитная, апластическая, гемолитическая и др.), тяжести течения заболевания (легкая — Нв до 90 г/л, средней тяжести — Нв до 60 г/л, тяжелая — Нв менее 60 г/л).

Многообразии клинических и гематологических проявлений при анемиях распределяется на следующие группы симптомов:

1. симптомы, общие для всех форм анемий (связаны с гипоксией тканей и изменениями аппарата кроветворения) — слабость, повышенная утомляемость, головокружение, сонливость; бледность, головная боль, одышка, тахикардия, шум в голове, боли в области сердца, систолический шум, гипотония;
2. симптомы, свойственные отдельным формам анемий:

железодефицитная анемия — затруднение при глотании, извращение вкуса (потребность есть мел, тесто, крупу, мясной фарш, глину, уголь, землю), обоняния (пристрастие к запаху керосина, ацетона, мазута, выхлопных газов бензиновых и/или дизельных автомобилей, тракторов, резины и др.); сухость кожи и слизистых, выпадение волос, ломкость и исчерченность ногтей, койлонихия (ложкообразная вогнутость ногтей), трещины в углах рта; глоссит (боль и жжение языка), блестящий язык, атрофический гастрит, запоры;

постгеморрагическая анемия — клинические проявления основного заболевания (язвенная болезнь, злокачественная опухоль ЖКТ, геморрой, фибромиома матки и др.);

гемолитическая анемия — желтуха, гемоглобинурия; пернициозная анемия (В₁₂-дефицитная) — нарушения желудочно-кишечного тракта в виде ахилии, глоссита, а также невриты, радикулиты, полиневриты и др.;

3. симптомы, связанные с изменениями в крови:

При железодефицитной анемии в анализе крови выявляются гипохромная микроцитарная анемия, анизо- и пойкилоцитоз, лейкопения, увеличение СОЭ, снижение уровня железа в сыворотке крови.

При В₁₂-дефицитной анемии — гиперхромная макроцитарная анемия; анизоцитоз, пойкилоцитоз; наличие мегалобластов; лейко- и тромбоцитопения; повышение уровня билирубина.

Сестринские диагнозы

Слабость; повышенная утомляемость; головокружение; сонливость; бледность; головная боль; одышка; тахикардия, извращение вкуса, обоняния; выпадение волос; ломкость ногтей; трещины в углах рта; запоры.

Уход и лечение

Медицинская сестра обеспечивает: уход за полостью рта, кожей, слизистыми, половыми органами при физиологических отправлениях; четкое

и своевременное выполнение назначений врача; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов; контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧДД, пульса; готовность системы и всего необходимого для переливания крови, взятия крови для анализа из пальца и вены, определение группы крови. Также она проводит: беседы о значении систематического приема антианемических препаратов, о рациональном питании; обучение больных правильному приему антианемических препаратов, контролю ЧДД и пульса.

Режим общий, диета — полноценная, витаминизированная, включающая продукты, богатые железом (говядина, телятина, печень). Предусматривается лечение основного заболевания. При постгеморрагической анемии ликвидируется источник кровопотери (желудочные, пищеводные, маточные, геморроидальные), при В₁₂-дефицитной анемии назначается витамин В₁₂ внутримышечно (по 200—500 мкг и более в сутки).

При апластической анемии проводится лечение опухолевого процесса. Всем больным назначаются препараты, содержащие железо: гемостимулин, гемофер, ферроплекс, конферон, ферамид, ферроцерон, ферро-градумент, тардиферрон, железа лактат, железа закисного сульфат, феррокаль, сироп алоэ с железом, таблетки «Каферид», фитоферролактол, феррум-лек, фенюльс, сорбифер, фенотек, которые принимаются после еды 2—3 раза в день в течение 2—3 месяцев.

При нарушении всасывания железа в ЖКТ или плохой переносимости препаратов парентерально вводят феррум-лек, фербитол, ферковен или венофер. При тяжелой анемии по жизненным показаниям проводится переливание цельной крови, эритроцитарной массы.

Клиническое улучшение при проведении лечения наступает обычно раньше возрастания уровня гемоглобина в крови, которое начинается через 2—3 недели от начала лечения.

Сестринские вмешательства

1. Обеспечить диетическое питание с повышенным содержанием белка и железа
2. Провести беседу с пациенткой и ее родственниками о передачах мясных продуктов
3. Обеспечить свежим воздухом, проветривать помещение, прогулки на свежем воздухе
4. Осуществлять наблюдение за внешним видом, состоянием, пульсом, АД, ЧДД
5. Осуществлять контроль за деятельностью кишечника
6. Проводить уход за полостью рта при приеме препаратов железа и соляной кислоты
7. Своевременно и правильно выполнять врачебные назначения
8. Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям.

2.3. Дидактический материал

Вопросы для фронтального опроса по предыдущей теме: «Сестринский процесс при сахарном диабете»:

1. Дать определение понятия "сахарный диабет".
2. Классификация сахарного диабета.
3. Причины развития сахарного диабета.
4. Клинические проявления сахарного диабета.
5. Методы диагностики сахарного диабета.
6. Лечение сахарного диабета.
7. Сестринская помощь при гипогликемической коме.
8. Сестринская помощь при гипергликемической коме.

9. Возможные проблемы пациентов при сахарном диабете.

10. Принципы сестринского ухода за больными.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Сахарный диабет в современной формулировке – это эндокринное заболевание, характеризующееся хроническим повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина – гормона поджелудочной железы. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ в организме человека, поражению сосудов, нервной системы, почек и других органов и систем.

Определение сахарного диабета ВОЗ звучит следующим образом:

Сахарный диабет (СД)— это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

2. Инсулинзависимый СД 1-го типа (аутоиммунный, идиопатический) развивается вследствие деструкции β -клеток поджелудочной железы, обычно приводящей к абсолютной инсулиновой недостаточности. СД 1-й тип возникает у молодых, в возрасте до 20 лет. При инсулиннезависимом СД 2-го типа развиваются дефект секреции инсулина и резистентность тканей к инсулину, которые имеются у каждого больного, но в разных соотношениях. Развивается СД 2-го типа в возрасте старше 40 лет. При СД 2-го типа нарушена чувствительность клеток организма к инсулину. Сахарный диабет 2-го типа развивается при болезнях печени, когда начинает вырабатываться в избытке инсулиназа — ингибитор инсулина; болезнях поджелудочной железы с гиперпродукцией глюкагона, ожирении, атеросклерозе, ИБС, несбалансированном питании.

К другим типам сахарного диабета относятся: генетические дефекты функции β -клеток, генетические дефекты в действии инсулина, болезни экзокринной части поджелудочной железы (панкреатит, травма, панкреатэктомия, неоплазии, кистозный фиброз, гемохроматоз), гестационный сахарный диабет (диабет беременных) и др.

3. Основной причиной развития сахарного диабета I типа является аутоиммунный процесс, обусловленный сбоем функционирования иммунной системы, при котором в организме человека вырабатываются антитела против собственных клеток поджелудочной железы, что приводит к их разрушению. Главным фактором, провоцирующим развитие диабета I типа, является вирусные инфекции (краснуха, ветряная оспа, вирусный гепатит, эпидемический паротит и др.), протекающие на фоне генетической предрасположенности к сахарному диабету.

Основными факторами, способствующими развитию сахарного диабета II типа, являются ожирение и наследственная предрасположенность.

При наличии ожирения I степени риск развития диабета увеличивается вдвое, при II степени ожирения – в 5 раз, при III степени – более чем в 10 раз. С развитием заболевания чаще всего связана абдоминальная форма ожирения, при которой жир откладывается преимущественно в области живота.

Наследственная предрасположенность также играет важную этиологическую роль в развитии диабета. Так, при наличии сахарного диабета у родителей или ближайших родственников риск развития заболевания возрастает в 2-6 раз.

4. Клиника: в течении сахарного диабета различают три стадии: преддиабет, скрытый диабет (нарушенная толерантность к глюкозе) и явный диабет. Преддиабет — стадия, которая современными методами исследования не выявляется. Это преимущественно лица с отягощенной

наследственностью, женщины, родившие ребенка весом 4,5 кг и более, пациенты с ожирением.

Больные со скрытым диабетом жалоб не предъявляют.

При явном диабете в состоянии компенсации жалобы у пациентов, как правило, отсутствуют. В состоянии субкомпенсации и декомпенсации жалобы полиморфны. Больные отмечают сухость во рту, жажду, полиурию, иногда полифагию, похудание, зуд кожи, зуд промежности, плохой сон, повышенную утомляемость, головную боль, снижение зрения, снижение чувствительности пальцев рук, парестезии.

5. Анализ крови на глюкозу или гликемия натощак - означает уровень глюкозы в крови утром перед завтраком после предварительного голодания в течение более 8 часов. Забор крови производится из пальца, кровь необходимо сдавать натощак. Уровень гликемии натощак должен составлять в норме от 3,3 до 5,5 ммоль/л или от 59 до 99 мг%. При сахарном диабете определяется повышение содержания глюкозы в крови, т.е. гипергликемия.

Проба на толерантность к глюкозе или пероральный глюкозотолерантный тест (ГТТ) – проводится в случае сомнительных значений гликемии для уточнения диагноза. При этом гликемия определяется перед и после пероральной нагрузки глюкозой. С этой целью принимают натощак в течение 3-5 мин около 75г сахара, растворенного в 300 мл воды, затем определяют концентрацию глюкозы в крови через 30 мин, 2 и 6 часов. В день проведения пробы исключается курение, прием некоторых лекарственных средств (аспирина, глюкокортикоидных гормонов и др.), нервные перегрузки. В норме ГТТ составляет не более 6,7 ммоль/л или не более 120 мг%, при сахарном диабете – натощак более 6,1 ммоль/л или более 110 мг%, а через 2 часа после нагрузки глюкозой – более 10 ммоль/л или более 180 мг%.

Анализ мочи на глюкозу и кетоновые тела – при обнаружении в моче кетоновых тел и глюкозы диагноз диабета не вызывает сомнений.

6. Инсулинотерапия является ведущим методом лечения пациентов с сахарным диабетом I типа. Расчет дозы инсулина производится по уровню глюкозы в крови и моче. Суточная доза инсулина распределяется на несколько приемов в зависимости от кратности приемов пищи. Инсулин вводят подкожно, предварительно хорошо массируя место инъекции, рекомендуется ежедневно чередовать места введения инсулина в целях профилактики липодистрофии. Инъекции выполняют с помощью инсулиновых шприцев или шприц – ручек, имеющих ряд преимуществ: они снабжены специальной иглой, что делает инъекцию почти безболезненной, их можно носить с собой просто в кармане, что значительно облегчает проведение лечения. Принимать пищу больной должен не позднее 30 мин после введения инсулина.

Перечень инсулинов, рекомендуемых к применению у больных сахарным диабетом I типа: ультракороткого действия: хумалог, новорапид (начало действия через 15 мин), короткого действия: актрапид, хумулин Р, инсуман-рапид (начало действия через 30 мин), средней продолжительности действия: монотард, протафан, хумулин Н, инсуман-базаль (начало действия в среднем через 1,5-2,5 часа), длительного действия: ультратард (начало действия через 4 часа).

Лечение сахарного диабета II типа проводится с помощью пероральных сахароснижающих препаратов.

Механизм действия пероральных сахароснижающих препаратов:

-препараты сульфанилмочевины (гликлазид, диабетон, гликвидон, глибенкламид, амарил) - стимулируют секрецию инсулина.

-меглитиниды и производные фенилаланина (новоном, старликс, репаглинид) - также стимулируют секрецию инсулина.

-бигуаниды (метформин, сиофор) - снижают продукцию глюкозы печенью.

-глитазоны (пиоглитазон, розиглитазон) - снижают инсулинорезистентность мышечной и жировой ткани.

-ингибиторы глюкозидазы (глюкобай, акарбоза) - снижают всасывание глюкозы в кишечнике.

7. Гипогликемическое состояние: слабость, чувство тревоги, дрожь в руках, потливость, сильное чувство голода, спазмы в желудке, головная боль, двоение в глазах. В тяжелых случаях — возбуждение, дезориентация, оглушенность.

Гипогликемическая кома: внезапная потеря сознания, гипертонус мышц, кожа бледная, влажная, пот; пульс слабый, частый, снижение АД, судороги; в крови уровень сахара меньше 3,3 м моль/л.

Тактика медицинской сестры

1. Успокоить, создать удобное положение
2. Вызвать врача
3. Дать съесть не менее 5 кусков сахара или конфеты, выпить сладкий чай, булку, хлеб, печенье
4. Вызвать лаборанта
5. Обеспечить доступ свежего воздуха, дать увлажненный кислород
6. Провести массаж в области печени и крупных мышц
7. Обеспечить уход за кожей, слизистыми
8. Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД
9. Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты:
 1. систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут;
 2. 40%-ный раствор глюкозы, 0,9%-ный раствор хлорида натрия (500 мл), преднизолон, кислород.

8. Гипергликемическая (диабетическая) кома: кожа бледная, с серым оттенком, сухая, морщинистая, явления дегидратации, тонус мышц резко снижен, рука падает как «плеть». Дыхание глубокое, шумное (Куссмауля), запах ацетона изо рта, глазные яблоки мягкие, при надавливании остается «ямка», зрачок узкий, тахикардия, АД снижено, потеря веса.

Тактика медицинской сестры

1. Вызвать врача и лаборанта
2. Уложить на бок, придать устойчивое положение, подложить под рот лоток или салфетку, вынуть съемные зубные протезы
3. Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД
4. Определить уровень сахара в крови из пальца портативным глюкометром
5. Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты:
 2. систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут;
 3. раствор Рингера, 4%-ный раствор бикарбонат натрия, 5%-ный раствор глюкозы, 0,9%-ный раствор хлорида натрия, инсулин простой; кокарбоксылазу, аскорбиновую кислоту (5% - 5 мл в амп.); 1000 мл теплого 2%-ного раствора гидрокарбоната натрия для клизмы.

9. Сестринские диагнозы (проблемы пациента):

- жажда;
- сухость во рту;
- частое обильное мочеиспускание;
- слабость;
- кожный зуд;
- повышенный или пониженный аппетит;
- похудание.

10. Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при сахарном диабете должны быть направлены на все звенья патогенеза болезни и проводиться с учетом типа, тяжести течения, основных симптомов заболевания, состояния компенсации, побочных эффектов фармакотерапии, возможных осложнений с целью их предупреждения.

Медицинская сестра обеспечивает: выполнение больным назначенных врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием лекарственных препаратов; контроль передач больному продуктов питания; контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела и величины суточного диуреза; подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям (тест толерантности к глюкозе, гликемическая кривая, глюкозурический профиль, УЗИ поджелудочной железы и др.). Также она проводит: беседы о значении режима и диеты в лечении сахарного диабета, о пользе правильного приема лекарственных средств; обучение больных правильному приему инсулина или сахароснижающих препаратов.

Режим назначается свободный, диета № 9. Для предупреждения резких колебаний содержания сахара в крови питание больных диабетом должно быть дробным, не менее 4—6 раз в сутки. Частота приемов пищи зависит от числа приемов инсулина (прием пищи не позднее 15—20 мин после введения инсулина). Рекомендуются продукты с грубой волокнистой клетчаткой, что способствует замедлению всасывания и утилизации углеводов.

3. Заключительная часть

Тестовые задания для закрепления новой темы:

Выберите один правильный ответ:

1. Количество гемоглобина в норме у женщин:

- а. 12 – 16 г/л
- б. 80 – 100 г/л
- в. 120 – 140 г/л
- г. 180 – 200 г/л

2. Количество эритроцитов в норме у мужчин:

- а. $4 - 9 \times 10^9$ /л
- б. $4,5 - 5 \times 10^{12}$ /л
- в. $10 - 14 \times 10^9$ /л
- г. $180 - 320 \times 10^9$ /л

3. Количество лейкоцитов в крови в норме:

- а. $4 - 9 \times 10^9$ /л
- б. $4 - 9 \times 10^{12}$ /л
- в. $12 - 14 \times 10^9$ /л
- г. $180 - 320 \times 10^9$ /л

4. Количество тромбоцитов в норме:

- а. $20 - 30 \times 10^9$ /л
- б. $100 - 120 \times 10^9$ /л
- в. $180 - 320 \times 10^9$ /л
- г. $180 - 320 \times 10^{12}$ /л

5. Анемия Аддисона-Бирмера развивается при дефиците витамина:

- а. В₂
- б. В₁
- в. В₆
- г. В₁₂

6. Основная причина В₁₂ - дефицитной анемии:

- а. атрофический гастрит
- б. кровохарканье
- в. обильные менструации
- г. геморрой

7. Симптомы В₁₂ - дефицитной анемии:

- а. извращение вкуса и обоняния
- б. рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул
- в. отрыжка горьким, боль в правом подреберье
- г. жжение в языке, онемение конечностей

8. Кожные покровы при железодефицитной анемии:

- а. бледные
- б. гиперемированные
- в. бледно-желтушные
- г. цианотичные

9. Заболевания, при котором наблюдается красный «лакированный» язык:

- а. железодефицитная анемия
- б. В₁₂ - дефицитная анемия
- в. острый лейкоз
- г. хронический лейкоз

10. В₁₂ - дефицитная анемия по цветовому показателю:

- а. гипохромная
- б. гиперхромная
- в. нормохромная

11. При В₁₂ –дефицитной анемии в анализе крови наблюдается:

- а. лейкоцитоз, ускорение СОЭ
- б. лейкопения, уменьшение СОЭ
- в. повышение гемоглобина и эритроцитов
- г. повышение цветового показателя, снижение гемоглобина

12. При лечении В₁₂ - дефицитной анемии используется:

- а. адреналин
- б. гепарин
- в. ферроплекс
- г. цианкобаламин

13. Подготовка пациента к анализу крови:

- а. утром с исключением приёма пищи
- б. утром после обильного завтрака
- в. утром и вечером после обильного приёма пищи
- г. вечером с исключением приёма пищи

Эталоны ответов: 1в, 2б, 3а, 4в, 5г, 6а, 7г, 8а, 9б, 10б, 11г, 12г, 13а.

Задание на дом

«Сестринский процесс при анемиях».

Конспект лекции, учебник Е.В.Смолева «Сестринское дело в терапии стр. 198-215.

4. Информационные источники

1. Маколкин В.И., Овчаренко СИ., Семенов Н.Н. Сестринское дело в терапии, АН-МИ - М, 2000.
2. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
3. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
4. Обуховец Т.П., Склярлова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов н/д.: Феникс, 2002.
5. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.
6. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела: Учебник. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
7. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии. Практикум, Феникс, Ростов-на-Дону - 2002.
8. Сестринское дело, учебник /под редакцией Краснова А.Ф., Самара - 1999.
9. Е.В.Смолева «Сестринское дело в терапии» Феникс, Ростов-на-Дону - 2010.

5. Приложение



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
Государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский
колледж им.Р.П.Аскерханова»

Открытое теоретическое занятие

по теме:

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ АНЕМИЯХ

Дисциплина: МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
в терапии
ПМ 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном
процессах»

Специальность: 34.02.01 «Сестринское дело»
Курс: 2,3

Автор – составитель: Садррадинова Н.О.

Махачкала 2021 г.



Цель занятия

- усвоить понятие «анемия»
- изучить принципы сестринского обследования и ухода при железодефицитной и В₁₂-фолиеводефицитной анемиях.

План лекции

- Определение понятия "анемия". Основные группы анемий.
- Причины железодефицитной и В-12-дефицитной анемий.
- Клинические проявления железодефицитной и В-12-дефицитной анемий.
- Нормальные показатели клинического анализа крови.
- Принципы диагностики, лечения и ухода за больными.
- Использование моделей сестринского дела при уходе за пациентами с анемией (Д. Орэм и В. Хендерсон).

Актуальность

- По данным ВОЗ, анемии встречаются у 1,7 млрд населения земного шара, а людей со скрытым дефицитом железа, когда уровень гемоглобина остается еще нормальным, а запасы железа снижены – в 2 раза больше.
- По статистическим данным анемии занимают первое место среди 38 самых распространенных заболеваний человека. В мире анемией страдает около 700 млн человек.



Анемия — патологическое состояние, характеризующееся уменьшением содержания гемоглобина (у мужчин < 130, у женщин < 120 г/л) и количества эритроцитов в единице объема крови. Анемия может быть самостоятельным заболеванием или проявлением других болезней.

Причины анемий

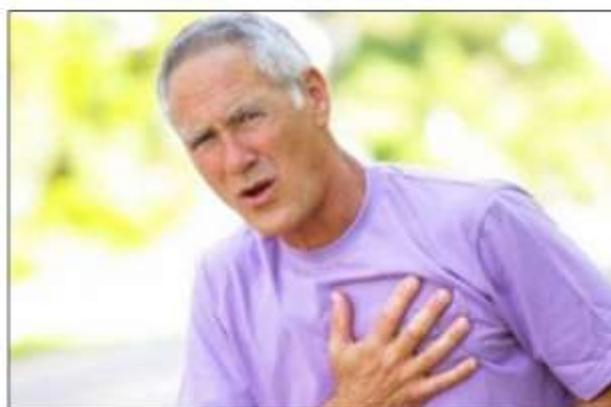
- 
- потеря крови (острые и хронические постгеморрагические анемии),
 - дефицит витамина В₁₂, белков, железа (витаминодефицитные, белководефицитные, железодефицитные),
 - инфекции (постинфекционные),
 - ускоренное разрушение эритроцитов (гемолитические) или нарушение их образования в костном мозге (гипопластические).

Классификация

- В зависимости от этиологического фактора все анемии делятся на три группы:
 - 1) анемии вследствие кровопотери (постгеморрагические);
 - 2) анемии вследствие нарушения кровообразования (железодефицитные, витамин-В₁₂-дефицитные, гипопластические, апластические и др.);
 - 3) анемии вследствие повышенного разрушения эритроцитов (гемолитические).
- При анемиях иногда изменяется размер эритроцитов. По этому признаку анемии бывают нормоцитарные (диаметр эритроцитов нормальный — 7,2 мкм), микроцитарные (диаметр менее 7 мкм), макроцитарные (диаметр 10—20 мкм).
- По концентрации гемоглобина в эритроците анемии подразделяются на гипохромные (цветовой показатель менее 0,86), нормохромные (цветовой показатель в пределах 0,86—1,05), гиперхромные (цветовой показатель больше 1,05).

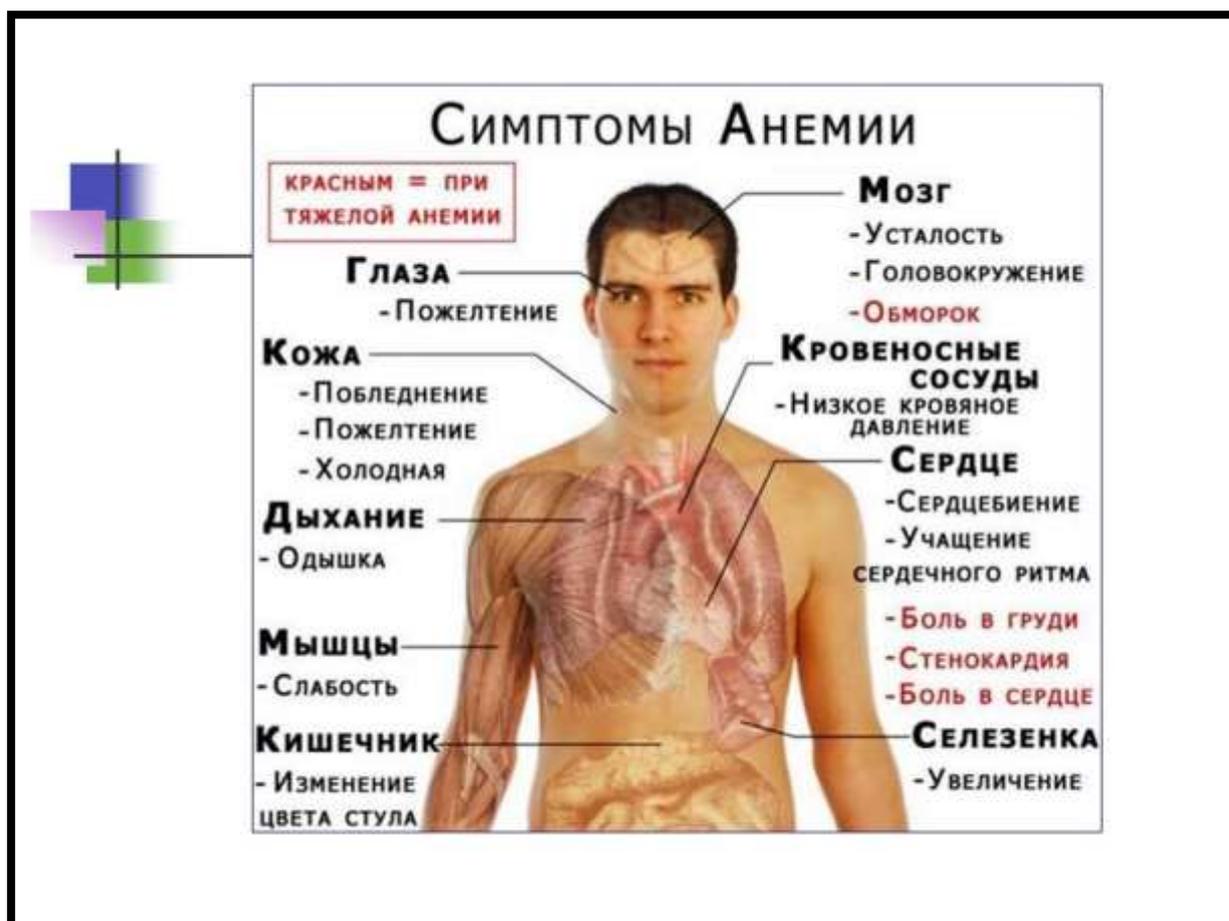
Клиника

- Зависит от формы анемии:
 - (постгеморрагическая, железодефицитная, В₁₂-дефицитная, апластическая, гемолитическая и др.), тяжести течения заболевания (легкая — гемоглобин до 90 г/л, средней тяжести — до 60 г/л, тяжелая — менее 60 г/л).
- 1. Симптомы, общие для всех форм анемий (связаны с гипоксией тканей и изменениями процесса кроветворения) — слабость, повышенная утомляемость, головокружение, сонливость; бледность, головная боль, одышка, тахикардия, шум в голове, боли в области сердца, систолический шум, гипотония.

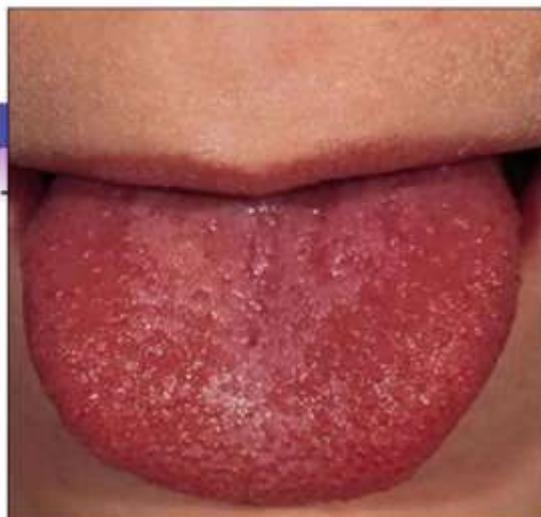


2.Симптомы, свойственные отдельным формам анемий:

железодефицитная анемия — затруднение при глотании, извращение вкуса (потребность есть мел, тесто, крупу, мясной фарш, глину, уголь, землю), обоняния (пристрастие к запаху керосина, ацетона, мазута, выхлопных газов бензиновых и/или дизельных автомобилей, тракторов, резины и др.); сухость кожи и слизистых, выпадение волос, ломкость и исчерченность ногтей, койлонихия (ложкообразная вогнутость ногтей), трещины в углах рта; глоссит (боль и жжение языка), блестящий язык, атрофический гастрит, запоры;

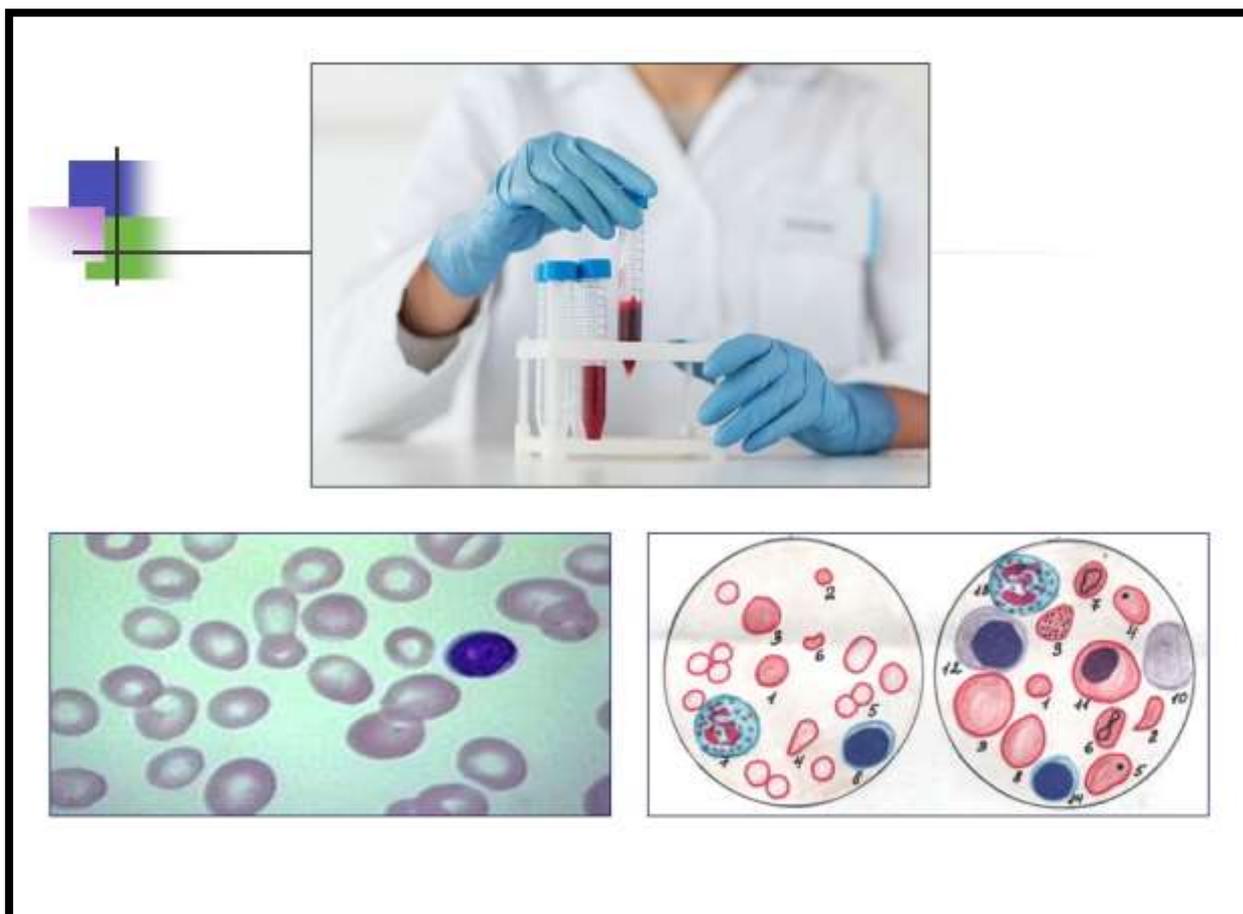


- постгеморрагическая анемия — клинические проявления основного заболевания (язвенная болезнь, злокачественная опухоль ЖКТ, геморрой, фибромиома матки и др.);
- гемолитическая анемия — желтуха, гемоглобинурия;
- пернициозная анемия (В₁₂-дефицитная) — нарушения желудочно-кишечного тракта в виде ахилии, глоссита, а также невриты, радикулиты, полиневриты и др.



ДИАГНОСТИКА

- При железодефицитной анемии в анализе крови выявляются гипохромная микроцитарная анемия, анизо- и пойкилоцитоз, лейкопения, увеличение СОЭ, снижение уровня железа в сыворотке крови.
- При V_{12} -дефицитной анемии — гиперхромная макроцитарная анемия; анизоцитоз, пойкилоцитоз; наличие мегалобластов; лейко- и тромбоцитопения; повышение уровня билирубина.



Сестринские диагнозы

- Слабость;
- повышенная утомляемость;
- головокружение;
- сонливость;
- бледность;
- головная боль;
- одышка;
- тахикардия,
- извращение вкуса, обоняния;
- выпадение волос;
- ломкость ногтей;
- трещины в углах рта;
- запоры.

Уход и лечение

Медицинская сестра обеспечивает:

- уход за полостью рта, кожей, слизистыми, наружными половыми органами при физиологических отправлениях;
- четкое и своевременное выполнение назначений врача;
- своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов, контроль побочных эффектов лекарственной терапии;
- контроль АД, ЧДД, пульса;
- готовность системы и всего необходимого для переливания крови, взятия крови для анализа из пальца и вены, определение группы крови.

Также медсестра проводит: беседы о значении систематического приема антианемических препаратов, о рациональном питании; осуществляет обучение больных правильному приему антианемических препаратов, контролю ЧДД и пульса.

- Режим общий, диета — полноценная, витаминизированная, включающая продукты, богатые железом (говядина, телятина, печень). Предусматривается лечение основного заболевания.
- При постгеморрагической анемии ликвидируется источник кровопотери (желудочные, пищеводные, маточные, геморроидальные),
- при B_{12} -дефицитной анемии назначается витамин B_{12} внутримышечно (по 200—500 мкг и более в сутки).



- При железодефицитной анемии назначаются препараты, содержащие железо: гемостимулин, гемофер, ферроплекс, конферон, ферамид, ферроцерон, ферроградумент, тардиферрон, железа лактат, железа закисного сульфат, феррокаль, сироп алоэ с железом, таблетки «Каферид», фитоферролактол, феррум-лек, фенюльс, сорбифер, фенотек, которые принимаются после еды 2—3 раза в день в течение 2—3 месяцев.
- При нарушении всасывания железа в ЖКТ или плохой переносимости препаратов парентерально вводят феррум-лек, фербитол, ферковен или венофер.
- При тяжелой анемии по жизненным показаниям проводится переливание цельной крови, эритроцитарной массы.



Сестринские вмешательства

- Обеспечить диетическое питание с повышенным содержанием белка и железа.
- Провести беседу с пациенткой и ее родственниками о передачах мясных продуктов.
- Обеспечить свежим воздухом, проветривать помещение, прогулки на свежем воздухе.
- Осуществлять наблюдение за внешним видом, состоянием, пульсом, АД, ЧДД.
- Осуществлять контроль за деятельностью кишечника.
- Проводить уход за полостью рта при приеме препаратов железа и натурального желудочного сока.
- Своевременно и правильно выполнять врачебные назначения.
- Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям.

Профилактика

- Основным средством в профилактике анемии является сбалансированное и богатое витаминами питание.
- В дневной рацион обязательно должны входить все необходимые витамины и микроэлементы. Рацион здорового человека должен содержать в районе 20 мг железа.
- Женщинам нужно обращать больше внимания на уровень гемоглобина, чем мужчинам, так как они в силу физиологии теряют в два раза больше железа.
- Необходимо своевременно лечить хронические заболевания ЖКТ, способствующие развитию анемии.