

# Кировское областное государственное ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ образовательное бюджетное учреждение

# «Кировский медицинский колледж»

**(отделение по последипломному, дополнительному образованию и профессиональной переподготовке)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **СОГЛАСОВАНО:**  Заместитель директора по последипломному, дополнительному образованию и профессиональной переподготовке  Н.А. Шишкина  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **УТВЕРЖДЕНО:**  Директор В.В. Шубин  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРЕДЦИКЛОВОЙ ПОДГОТОВКИ**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:** Сестринское дело

**ЦИКЛ:** «Современные аспекты сестринского дела при эндоскопии»

**ДОЛЖНОСТЬ:** медицинская сестра эндоскопических отделений (кабинетов)

**ВИД ПОДГОТОВКИ:** повышение квалификации

**ФОРМА ОБУЧЕНИЯ:** заочно-очная

**Киров 2018**

**УВАЖАЕМЫЙ КОЛЛЕГА!**

Для повышения эффективности обучения на цикле «Современные аспекты сестринского дела при эндоскопии» Вам предлагается пакет документов для самостоятельного выполнения домашнего задания.

**Для этого Вам необходимо:**

* решить проблемно-ситуационные задачи (решение оформить на листе (формат А4) или в рабочей тетради), укажите № задачи и Ваше решение);
* ответить на вопросы в тестовой форме (указать № вопроса и цифры всех правильных ответов).

**Все выполненные задания необходимо в письменном виде предоставить куратору цикла в первый день обучения!**

**Желаем Вам успехов в самостоятельном обучении!**

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**При решении задач, указывайте только № задачи и Ваш ответ!**

**Ситуационная задача № 1**

Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области. В анамнезе язвенная болезнь желудка, по поводу чего проводилась консервативная терапия. В приемном отделении у больного возникла обильная рвота алой кровью, появились жалобы на головокружение, общую слабость, ощущение нехватки воздуха.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные, дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, над верхушкой сердца выслушивается систолический шум, АД 100/60 мм рт.ст., пульс 110 в минуту. Живот болезненный в эпигастральной области, Нb 81 г/л, Ht 0,28, эр. 2,6×1012/л. В условиях операционной выполнено экстренное эндоскопическое исследование*,* в желудке найдено большое количество свежей крови.

Ваш предполагаемый диагноз и тактика?

**Ситуационная задача № 2**

У больного, 44 года, при обследовании выявлены ВРВ пищевода III степени, васкулопатия, при инверсионной кардиоскопии ВРВ в кардии нет. В анамнезе отмечено кровотечение из ВРВ пищевода, поступил в клинику с признаками состоявшегося пищеводно-желудочного кровотечения. При обследовании функция печени субкомпенсирована.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Меры профилактики рецидивов кровотечения из ВРВ пищевода?

**Ситуационная задача № 3**

Больной, 63 года, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 мес. сильно похудел и ослаб. Утром появились головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул, кал дегтеобразный. После этого доставлен в хирургическое отделение*.*

1. Чем вызвано подобное состояние больного?
2. С помощью каких исследований можно уточнить диагноз?
3. Что следует предпринять?

**Ситуационная задача № 4**

Женщина 35 лет обратилась с жалобами на боли в верхнем правом квадранте живота после обильного приема пищи. Иногда данные приступы сопровождаются тошнотой и рвотой. На обзорной рентгенограмме брюшной полости обнаружены конкременты желчного пузыря. На УЗИ выявлены конкременты желчного пузыря и нормальных размеров общий желчный проток. Биохимия крови и общий анализ крови без патологии.

Наилучшим тактическим подходом у данного пациента в настоящий момент является?

**Ситуационная задача № 5**

Больному К., 48 лет, проведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита. На третьи сутки после операции у больного развилась желтуха, имеющая тенденцию к быстрому прогрессированию.

Какая из причин возникшего осложнения представляется наиболее вероятной?

**Ситуационная задача № 6**

У больной с острой тонкокишечной непроходимостью выполнена диагностическая лапароскопия. Обнаружена склерозированная прядь большого сальника, фиксированная к стенкам малого таза. Эта прядь сальника сдавливает завернувшуюся петлю подвздошной кишки. Приводящий отдел ее раздут до 5 см. в поперечнике, время от начала заболевания 6 часов.

Какая операция показана?

**Ситуационная задача № 7**

У больного через час после технически трудно удаленного полипа желудка эндоскопическим путем, внезапно появились боли в эпигастрии «кинжального» характера. Объективно резкое напряжение передней брюшной стенки.

Что необходимо предпринять с диагностической целью в первую очередь?

**Ситуационная задача № 8**

Мужчина 32 лет, курит, алкоголь умеренно. Болен 1,5 часа, внезапно возникшая боль в верхнем отделе живота («как ножом ударили»). Бледен, АД 90/50 мм.рт.ст., вынужденное положение, сидит «скрючившись». Рвоты нет, синдром Щеткина-Блюмбера положительный.

Определите неотложное состояние и составьте алгоритм неотложной помощи.

**ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ**

**Ответьте на вопросы в тестовой форме, указывая № вопроса и цифры всех правильных ответов.**

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

1. **К симптомам кровотечения из верхних отделов ЖКТ относятся:**

а) рвота цвета «кофейной гущи»

б) мелена

в) рвота с примесью желчи

г) стул цвета «малинового желе»

д) обильная рвота кровью темно-вишневого цвета

1. **Достаточный объем воды для очистительной клизмы при подготовке пациента к фиброколоноскопии составляет (в литрах):**

а) 1,0

б) 1,5

в) 2,0

г) 6,0

д) 10,0

1. **Для определения пристеночного рН желудка методом хромогастроскопии используют индикатор:**

а) раствор Люголя

б) метиленовый синий

в) индигокармин

г) конго-красный

1. **Стерилизация лапароскопического оборудования проводится:**

а) замачиванием в растворе карболовой кислоты

б) помещением в пароформалиновую камеру

в) автоклавированием

г) погружением в раствор стерилянта

д) 2-х кратным протиранием 70% этиловым спиртом

1. **Для проведения тотальной фиброколоноскопии нормативом времени считается (в минутах):**

а) 30

б) 60

в) 90

г) 100

1. **Раствор, применяемый для стерилизации эндоскопов:**

а) 70% спирт

б) 96% спирт

в) лизоформин-3000

г) аламинол

1. **В набор для остановки кровотечения из верхних отделов ЖКТ входят**

**инструменты:**

а) инъектор

б) корзина Дормина

в) папиллотом

г) электрокоагулятор

д) гибкие щипцы

1. **После стерилизации эндоскоп в неупакованном виде хранят в:**

а) стерильном чехле в вертикальном положении

б) асептическом растворе

в) открытом виде на манипуляционном столике

г) пыленепроницаемом шкафу

д) стерильных стерилизационных коробках, выложенных стерильной тканью

1. **Для премедикации перед бронхоскопией используют следующие лекарственные группы:**

а) холинолитики

б) транквилизаторы

в) миорелаксанты

г) симпатомиметики

д) антибиотики

1. **У больных с нарушенным актом дефекации (длительные запоры) используют следующую схему подготовки к исследованию:**

а) за 2 часа до осмотра очистительная клизма

б) по 1 очистительной клизме на ночь накануне исследования и утром в день

исследования

в) накануне исследования в 16 часов принять 40,0 мл касторового масла

г) накануне исследования в 16 часов принять 40,0 мл касторового масла, утром в день исследования очистительная клизма

д) за 3 дня до исследования бесшлаковая диета, накануне исследования принять 40,0 мл касторового масла, 2 клизмы на ночь и 2 клизмы с утра в день исследования

1. **Для проведения колоноскопа наиболее технически труден отдел толстой кишки:**

а) ректосигмоидный

б) сигмовидная кишка

в) селезеночный угол

г) печеночный угол

1. **Особенности подготовки больных с дивертикулезом толстой кишки к**

**исследованию:**

а) удваивается доза касторового масла

б) в качестве слабительного используется р-р сернокислой магнезии

в) увеличивается количество очистительных клизм в день исследования

г) назначается сифонная клизма

1. **Чаще выявляются инородные тела пищевода на уровне:**

а) входа в пищевод

б) 2-го сужения пищевода

в) пищеводного отверстия диафрагмы

г) 3-го сужения пищевода

1. **Если не удалось осмотреть желудок из-за наличия в нем пищи, повторное исследование необходимо предпринять через (в часах):**

а) 2-3

б) 4-5

в) 6-8

г) 10-12

1. **Опасным периодом для эзофагоскопии после ожога пищевода считаются:**

а) первые 3-5 часов

б) первые сутки

в) от 5 дней до месяца

г) на 7-10 день

д) в течение месяца

1. **Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза является:**

а) обкалывание источника кровотечения кровоостанавливающим препаратом

б) аппликация пленкообразующих полимеров

в) эндоскопическая диатермокоагуляция

г) криовоздействие

д) орошение гемостатическими препаратами

1. **При электроэксцизии полипа основным инструментом считается:**

а) диатермические щипцы

б) диатермическая петля

в) электронож

г) электроножницы

1. **Для извлечения камней из желчных протоков после папиллосфинктеротомии используется инструмент:**

а) петля Дормина

б) папиллотом

в) биопсийные щипцы

г) трехзубый грейфер

1. **Максимальное количество санирующего раствора, которое можно ввести одномоментно в бронхиальное дерево составляет (в мл):**

а) 10

б) 20

в) 30

г) 40

д) 50

1. **Основные части эндоскопического прибора:**

а) осветительная система и волокнистые световоды

б) оптическая трубка с системой линз

в) фотоприставка

г) инструменты-манипуляторы

д) газосмесители

1. **К осложнению щипцовой биопсии бронха относится:**

а) перфорация стенки бронха

б) кровотечение

в) отек слизистой оболочки бронха

г) обострение хронического бронхита

д) пневмомедиастинум

1. **К наиболее распространенным методам стерилизации эндоскопических приборов относятся:**

а) автоклавирование

б) кипячение

в) ультрафиолетовое облучение

г) стерилизация в парах или растворах химических веществ, обладающих спороцидным действием

1. **К инструментам, применяемым для выполнения лапароскопической**

**холецистохолангиографии, относятся:**

а) шприц Жанэ

б) игла Иверсена-Рохольма

в) окончатый мягкий зажим

г) копьевидный скальпель

д) игла пункционная

е) по ситуации

1. **После полипэктомии из желудка установлены стандартные сроки контрольного динамического осмотра через:**

а) 1 неделю

б) 2 недели

в) 3 месяца

г) 6 месяцев

д) 1 год

1. **Наиболее эффективным методом остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода считается:**

а) пероральная тампонада

б) эндоскопическая коагуляция

в) нанесение клеевой пленки

г) использование баллонного зонда типа Блекмора

д) лазерная фотокоагуляция

1. **Эндоскопические исследования, при которых можно пользоваться жесткой конструкцией эндоскопа:**

а) ректороманоскопия

б) гастроскопия

в) колоноскопия

г) эзофагоскопия

1. **Положение больного при бронхоскопии:**

а) сидя

б) лежа на спине

в) лежа на левом боку с опущенным головным концом

г) лежа на правом боку с опущенным головным концом

1. **Положение больного при ректороманоскопии:**

а) лежа на спине

б) лежа на левом боку

в) коленно-локтевое

г) лежа на правом боку

д) лежа на животе

1. **Эндоскопические исследования, перед проведением которых необходима премедикация пациенту:**

а) колоноскопия

б) лапароскопия

в) гастроскопия

г) бронхоскопия

1. **Положение больного при проведении колонофиброскопии:**

а) лежа на спине

б) лежа на левом боку

в) положение может меняться в процессе исследования

г) коленно-локтевое

1. **ЭРХПГ необходимо выполнять в:**

а) эндоскопическом кабинете, оборудованном рентгенотелевизионной

установкой

б) рентгенологическом кабинете

в) рентгенооперационной

1. **Промывные воды после очистки эндоскопа:**

а) вылить в канализацию

б) собрать в емкость, продезинфицировать и вылить в канализацию

в) собрать в емкость, простерилизовать и вылить в канализацию

г) собрать в емкость, пропустить через бактериальный фильтр и вылить в канализацию

1. **RRS (ректороманоскопия) производится через 2 часа после последней**

**клизмы, чтобы:**

а) исчезли или уменьшились явления раздражения слизистой оболочки

б) выделились остатки введенной жидкости

в) пациент успокоился

г) было время для подачи пациента в эндоскопическое отделение и для подготовки эндоскопической аппаратуры

1. **Минимальное количество фрагментов при биопсии желудка:**

а) 3

б) 4

в) 5

г) 6

1. **Использование стерильного эндоскопа является обязательным условием при:**

а) лапароскопии

б) торакоскопии

в) артроскопии

г) колоноскопии

д) дуоденоскопии

1. **Длина пищевода составляет (в см):**

а) 20-22

б) 21-23

в) 22-24

г) 23-25

1. **Расстояние от передних зубов до входа в желудок составляет (в см.):**

а) 38-45

б) 40-42

в) 41-43

г) 42-44

1. **Длина прямой кишки составляет (в см.):**

а) 11-14

б) 12-15

в) 13-16

г) 14-17

1. **Синоним термина перитонеоскопия:**

а) лапароскопия

б) гистероскопия

в) торакоскопия

г) артроскопия

1. **Браш - биопсия выполняется:**

а) щеткой-скарификатором

б) биопсийной иглой

в) гибкими щипцами

г) жесткими щипцами

1. **ДВУ (дезинфекция высокого уровня) достаточно для эндоскопов, используемых при исследовании:**

а) дуоденоскопии

б) фистулоскопии

в) торакоскопии

г) артоскопии

д) ангиоскопии

1. **Для осмотра БДС (большого дуоденального соска) используется:**

а) холедоскоп

б) дуоденоскоп

в) эзофагогастродуоденоскоп

г) лапороскоп

**Семинар на тему:**

### «Актуальные вопросы сестринского дела при эндоскопии»

Рекомендуется продумать вопросы к семинару:

* Организация работы эндоскопического кабинета (отделения)
* Новые технологии
* *Подготовить материал к семинару в виде презентации по теме или видеоролик.*

**Список рекомендуемой литературы**

1. Хрячков, В.В. Эндоскопия. Базовый курс лекций: учебное пособие.

Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И. и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с.

1. Анищук А. А. Эндоскопия. Взгляд изнутри; Медицинское информационное агентство - Москва, 2008. - 240 c.
2. Балига, Ш. Б. Атлас по кольпоскопии /Шакунтала Б. Балига; пер. с англ. З.В. Лохановой; под ред. С. И.Роговской. - М.; ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 250 с.
3. де-Франкис, Р. Капсульная эндоскопия понятным языком рук. / Р. де-Франкис, Б. С. Льюис, Д. С. Мишкин; пер. с англ, под ред. Е. Д. Федорова, Е. В. Ивановой. - М.: Практическая медицина, 2012.- 128 с.
4. Королев, М.П. Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и

желудка: практическое руководство / М.П. Королев, М.В. Антипова. - М.: МИА, 2010.- 128 с.

1. Маршетта, Ж. Кольпоскопия. Метод и диагностика: практ. рук. / Ж. Маршетта, Ф. Декамп; пер. с франц. Е. П. Ивановой ; под общ. ред. В. Н. Прилепской. - 3-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2014. - 200 с.
2. Блашенцева, С.А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта: руководство.

Под ред. С.А. Блашенцевой. 2009. - 520 с.: ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста")

1. Кулаков В. И., Адамян Л. В. Эндоскопия в гинекологии; Медицина - Москва, 2000. - 384 c.