

Дневник производственной практики по терапии.

Дата	Содержание выполненной работы
18.04.07	<p>На базе первой городской клинической больницы функционирует 535 коек, развернуто 9 клинических и 15 лечебно-диагностических подразделений, 2 межрегиональных центра (оточной и токсикологической), городской травматологический пункт. Профильное отделение: хирургическое, гнойной хирургии, травматологическое, урологическое, отоларингологическое, ЛОР, общее терапевтическое, кардиологическое, токсикологическое, неврологическое. Клиническое отделение в общем терапевтическом, в кардиологическом.</p> <p>Проводил практику в терапевтическом отделении. Курировал Беленюк Беленая Оксана ИБ, 52 года, поступила 11.04. экстренно. Жалобы при поступлении на одышку смешанного характера при легкой физической нагрузке, кашель со скудной серой мокротой возникающий периодически в течение дня. Ан амбул. Курсы в год 25 лет. Страдает хроническим бронхитом. В 1998 г. перенесла туберкулез абсцедирующую верхнедолевую пневмонию справа. Ухудшение состояния с 10.04 когда усилился кашель. Жалобы на момент курации сохраняются одышка смешанного характера при легкой физической нагрузке и кашель со скудной серой мокротой возникающий периодически в течение дня. Велозор. Составлена удовлетворительное ЧДД 20. Доканье легкое, слышимое сухие хрипы над легочными полями, ослабленное везикулярное дыхание в верхней доле справа. ТЭКО Сердце умеренно увеличено. ЧСС 85 в мин. РД 85 удовлетворительного направления и наполнения. АД = 130/80 мм рт.ст. D=S. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Значимой: ХОБЛ средней степени тяжести, обострение ХМ II степени. Sol Euphrasii 24% - 100. Sol Natr.ii chloridi 4,9% - 2000. } 1/10 кап. Tab Bromhexini 1т * 3 раза в день.</p>


Дата	Содержание выполненной работы
	Cefazolinu sodii 1,0 3 раза в день в/м развести в 2 мл 0,5% раствора новокаина
	Данные лабораторного исследования: Вскрыт анализ крови: лейкоцитов $10^9 \times 10^9/l$. СОЭ 3 мм/ч эритроциты $4,92 \times 10^{12}/l$, Hb = 163 г/л
	Будилова Г.В. поступила 18.04.07 в реанимационное отделение в этот же день в тер. отдел. ДС: бронхоэктатическая астма средней степени, обострение хронической астмы на фоне курения ^м судрой касси, гелявудом более давнего характера в язвочковой, лобной области, в области груди. Состояние лёгкой степени тяжести, положение активное $P_2 = 54$ уд/мин АД 110/70 D=5, ЧРД=26/мин, дыхание лёгкое. Тоны сердца ясные, ритмичные
	Лечение 1) ингаляцией глицерина D ₂ 2) Sol Преднизолон 30 мг 4 в су при поступлении, затем через 12 по 6 мг до купирования астматического статуса
	3) Tab Преднизолон 0,005 4 таб при поступлении, затем 4 таб утром, 2 в вечер
	4) Sol Euphyllini 4% 10,0 × 2р в/в кан по ка. физ. раствору 200 мл
	5) Rhebroliglicini 400,0 × 2р в/в кан
	6) Curofloraxoni 100,0 × 2р в/в кан
	7) Kerarini 10 таб ЕД × 2р 2/к

Гр. Будилова

Дата	Содержание выполненной работы
20.04	<p>Проходим практику в терапевтическом отделении Курирова в тяжелых случаях. Больная Борисова Н.Г. 26 лет поступила экстренно 20.04.07 в 10:40 с приступом экспираторного удушья. Приступ был купирован в стационаре 1/8 морфинта введением 1/8 эуфиллина 2,4% 10 мл. Эпизоды возникновения приступа: надсадной малопродуктивной кашле, треску в гле, слезотечении, заложенность носа. Амбулаторно-инвентарный анализ отек легких - инверсия на мочу, проявляется слезотечением заложенностью носа, впервые регистрировалась полгода назад. Выдает себя больной с января 2007г когда после перемещения отек легких надсадной кашле, свист в груди. Легкая амбулаторно - приступы Ангиопатии, метемоксидин, брадикардия с нарастающей аритмией. Осмотр: рост 170, АД = 120/80 Д-С, Рз = 78, ЧДД 21 в мин. Насадчативое жесткое дыхание, свистящие крупнобулбарные хрипы. Дыхание проводится над всеми органами. Вспух сердца. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот безболезненный. Диализ: бронхоэктатическая легкая среднетяжелая впервые выявлена легкая: 1) преджидок 60мл 1/8 сиринга. 2) Sol Euphyllini 2,4% 100 в 1/6 кап. 3) Sol Glucosae 5% 400 в 1/6 кап. 4) 7г5 от кашле (бронхоксил) 5) 1г в 1/6 кап + сир рибинекст.</p> <p>Зрел в день через кевулизеф.</p>
	<p>Больная Малишкова Г.Ю. поступила 20.04. в 13:30. анамнез на момент поступления слабее, ин бал, головную боль, редкий кашель с небольшим количеством мокроты (хорошо отделяемая, слизистая) одностороннего характера, при подъеме на 3 этаж выделение плевочек ног, надсадная сухая во рту. Легкая с 16.03 амбулаторно по поводу хрон обструкт бронхит, от обострения. Во время Ч. бронхит, одностороннего бронхоэктатическая легкая вступились.</p> <p>Осмотр: рост 170, АД = 160/110, Д-С, Рз = 85, ритмичный, удовлетворительного наполнения и наполнения ЧДД = 20. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС = 85. Живот мягкий, безболезненный.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>ленной. Диагноз: Бронхит ХОБЛ стадии обострения, ДН I ст. Бронхиальная астма, смешанного варианта, средней степени тяжести, обострение. Гипертоническая болезнь II ст, риск III. Сахарный диабет II типа, субкомпенсированная форма.</p> <p>Лечение: Флуида №9</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tab Tenoxi 5mg 1 раз в день по 1 таблетке (вечером) 2) Tab Naliprili 1 табл утром 3) Sol Cavintoni 2,0 на 200 ml sol nose 0,9% 4) Tab Siatorgi 0,85 1 табл 4 раз в день
	<p>Д/в/р Анисимов</p>
22.04	<p>Проходил практику в гор. поликлинике. Курировал больного. Больной Волков ДН 36 лет поступил в клинику по поводу 1 сутки после начала заболевания 18.04.07 в 8:15. Жалобы: на кашель с выделением жидкой мокроты, усиливающиеся в правой половине грудной клетки при кашле, вдохе, движении тела до 38°C, одышка смешанного характера при миним. физ. нагрузке. Головокружение, слабость, охриплость голоса. Считает себя больным с 17.04 когда после переохлаждения появились вышесказанные жалобы, оградил крошечный бронхит. Осмотр: состояние тяжелое, окраска кожи бледно-землистая, слизистых бледно-розовая. ЧДД = 18 в мин, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Перкуссия предгрудническая справа по передней: базальной, задней поверхности ниже IV-V ребер. Нижние границы легких в N. Экскурсия легочных краев в N. Аускультативно дыхание жесткое; по передней базальной поверхности справа на уровне IV-V ребер - бронхиальное; в передних и задних отделах ослаблено, здесь не выслушивается крепитация. Тоны сердца ритмичные, приглушены АД = 85/60, ЧСС = 100/8'</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>$P_3 = 100 \text{ в}^1$ слабого наполнения и напряжения, Живот мягкой, безболезненности</p> <p>Болезнь: Внебольшая двусторонняя аудиторская в кишке дна слева, сегментарная в кишке дна слева, темной степени тяжести. Тон: ХОБЛ средней степени тяжести, обследование</p> <p>Лечение: Sol Polidocicini 400,0 x 2p 1/6 капельно Cefazolin 200 } x 2p 1/6 капельно Sol NaCl 0,9% - 2000,0</p> <p>Cefacolini 1,0 x 2p 1/6 Sol Acetylcysteini 0,1% - 3,0 1/6 ср-но Ciprofloxacin 100,0 x 2p 1/6 кап-но Sol Glucosae 5% - 400,0 1/6 кап Sol Acidi ascorbinici 5% - 5,0 1/6 ср-но Sol Coffeini 1,0 1/6</p> <p>Болезнь: Селёнова СВ, 39 лет поступила 10.04 в 16.00 в ДС: Алкогольный цирроз печени в стадии декомпенсации. Сознание и самоубеждение без ориентировки, динамика, динамика не нарастает. Стоян на нижних конечностях. AD = 90/60, ЧСС 74 в', Живот увеличен в объеме за счет асцита. Дышит более свободно. Размеры печени по Курдюку 3,8/4 Лечение: Sol Glucosae 5% - 400,0 1/6 кап Sol Acidi ascorbinici 5% - 5,0 1/6 ср Sol Ryleoxini 2% 10,0 1/6 кап на Sol Glucosae 5% - 400,0 Sol Vitamini Thiamini chloridi 5% 1ml и/к через день Sol Acetylcysteini 400,0 1/6 кап Sol Oxacillini 1,0 x 4p 1/6 Sol Erythromycini 2,4% - 5,0</p> <p>Болезнь: Борелова НГ, 26 лет поступила 20.04. На последний день чувствует себя лучше, прислуш ухаживая не рецидивировала. При осмотре АД 110/70 ЧСС 78 уд в мин, удвоение наполнения и напряжения. Тона сердца ясное, ритмичное</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>Изучение жёсткое, свистящие мелкопузырчатые слышны в шипящих долях обеих лёгких ЧДД 196 мм/с. Вдох удлинён. Живот мягкий, безболезненный. Легкие полные. Дополнительно Betazolini 2,0 x 2 раза в день в/м.</p>
	
24.04.	<p>Проходил консультацию в гор. отделение. Курировал Болонюк Балюк, Попов Г.А. 57 лет поступил экстренно по 1504. Жалобы на приступы удушья ожогового характера до 4 раз в сутки, кратковременно купирующиеся ингаляциями в/агонистами короткого действия. Присутствует сухой непродуктивный кашель. Удушья системного характера при минимальной физической нагрузке. Ан амбул. страдает хр. бронхитом, курирует 40 лет, в 1995г. после перенесённой пневмонии впервые стал отмечать приступы ожогового характера удушья. В 1997г. выставлен Dx: бронхиальная астма. Осмотр: Сознание удовлетворительное. Кожа бледно-розовая, влажная. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные. Все пальцы конечностей участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое; хрипы сухие, свистящие, выходящие над всеми полями лёгких. ЧДД 20 в 1 мин. Тона сердца ритмичные, акцент АД = 140/80 Д=С ЧСС 80 в мин. Живот мягкий, безболезненный. На момент изучения жалобой кашля с высокой серой мокротой, одышка системного характера при физ. нагрузке (подъём на 3 этаж). Ногою был приступ удушья купирувался ингаляцией сальбутамола.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>Легкое: бронхиальная астма, средней степени тяжести, обострение тяжелой степени. Фн: ХОБЛ. Стадия стенокардия I ст.</p> <p>Лечение: Sol Prednizolonі 60mg x 3p 1/6 орально Sol Euphyllini 2,4% - 190 } 1/6 кап Sol NaCl 0,9% - 200,0 } Tab Prednizolonі 5mg 3x 4p, 1x одод Sol Ad sistekni 30mg 1/6 ср</p> <p>Tab Vegarati: 0,08 1x x 3p Tab Enari 0,205 1/2 x 2p</p> <p>Венозной Ваксов 2136 мес с ДС: Введенная двусторонняя пневмония рассеянная судогеморрагическая в ниж доли справа, сегментарная в ниж доли слева тяжелой степени тяжести. Фн: ХОБЛ средней степени тяжести, обострение. Сохраняется малопродуктивная кашля с отделением гнойной мокроты 5-10мл, было в правой половине грудной клетки при глубоком дыхании, кашля температура 37,5°C Создается средняя степень тяжести. Кашля мокрота неоднородная. ЧДД 26 в мин. Аускультативно сохраняется жесткое дыхание, справа в нижней доле ослаблено там же крепитация, слева в ниж доле дыхание ослаблено, там же крепитация.</p> <p>ЧСС 80 в' АД - 110/70 ДС, Тоны сердца резко ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Легкие влажные.</p> <p>Венозной Ваксов Г.Н. Ввиду поступил в больницу номере 2004. Малодоступна одностороннего характера при легкой физической нагрузке, кашля со скудной серой мокротой, сердечной.</p> <p>Ан туби. Курит 30 лет. Обострение следственно до 1-2 раз. Постоянно присутствует бронхообструктивный (бронхит, бронхит). Настоящее ухудшение в течение 1 месяца, когда усилился кашля и нараста одышка. Направлен в тер отдел, госпитализирован.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>Рентген: Состояние зубов Архиссанов и полное пародонто и слизистой ЧДД 24 в.м.м. Формы грудной клетки антропоидная. Все половые органы в норме до начала менструации. Переход ко второй фазе менструального цикла. Артериально высокое давление, единичное раннее сердцебиение. ЧСС 100 в.м.м. Тоны сердца ясные ритмичные P₂ = 120, удары направлены и направлены ритмично. Микст мочевой, безбелочной. Легкие: ХОБЛ легкая степень, обострение. ДН II-III. Легкие: 1 Sol Siphylini 24% 1900 } в/в кап 2 Вегонил 1 мл × 3р. 3 Sol Lincosulini 30% 1,0 × 3р/м. 4 Таблетки от кашля 2 таб × 4р.</p>
26.04.07	<p>Проводил практику в терм. отделении. Курировал больного. Больной Велков ДН 30 лет с ДС: Внебелочная двусторонняя ^{пневмония} суботочная в ниж. доле справа, сегментарная в нижней доле слева тонкой степени тяжести. Фока: ХОБЛ ср ст тяжести, обострение. Скачки на малопродуктивной кашле с отхаркиванием гнойной мокроты 5-10 мл, одышка смешанного характера при незначительной нагрузке. Состояние средней степени тяжести. Клинико пародонто бледно-землисто. ЧДД 24 в.м.м. Артериально высокое давление ЧСС 80 в.м.м. АД = 100/70 Д-С Тоны сердца ясные, ритмичные. Микст мочевой, безбелочной. Легкие: Больной Туранов О.Н. 67 лет доставлен экстренно 18.04. с ДС: Внебелочная пневмония в ниж. доле справа. Микст. На фоне курения</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>предвещает малоды на сухой, редкий кашель, слабость. $t^{\circ}C = 37,8^{\circ}C$ Состояние удовлетворительное. Кожное покровы чистые, Аускультативно дыхание жесткое, эмфиземно-сырва ниже дна лопатки. ЧДД 18 в мин.</p> <p>Тона сердца ритмичное, ясное. ЧСС 78 уд/мин. АД = 150/100 D=S. Пульс мягкий, безволнообразный. DS: Внебольничная пневмококковая пневмония сырва в нижней доле, тяжелой степени.</p> <p>Параназальных синусит. Оксигенативное лечение: Sol Theophyllin 400,0 4/6 кап. Sol Quincedi 400,0 4/6 кап. Sol Glucosae 5% 400,0 4/6 Sol Cotazolini 2,0 x 4p 4/6 Sol Ciprofloxacin 100,0 x 2p 4/6 Tab Lazolvan 903 x 3p</p> <p>Sol Analgini 50% - 2,0 } 4/6 при температуре $t^{\circ}C > 38^{\circ}C$ Sol Dimedrol 1% - 1,0 }</p> <p>Данные лабораторных исследований: Общий анализ крови СОЭ - 60 мм/ч, лейкоцитов $4 \cdot 10^9/l$, Hb - 135 г/l</p>
	<p>Др. Балагур</p>
27.04.07	<p>Проходил практику в тер. отделении Куртирова больницы Балтийского Киргизского ВМ ФБел поступил 25.04. Малоды при поступлении на одышку смешанного характера при максимальном физ. усилии. Малопродуктивный кашель со скудной слизистой мокротой, отек меж конъюктив. Ан туберкулез Куртир 60 лет, ≈ 30 лет назад перенес туберкулез легких. Получает базисную терапию беродуал (эпизодически). Последнее</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>удушение с февраля 2007 обрывается с пер- кейной ОРВИ. <u>Жалобы:</u> Созвездие средней степени тяжести. Сохраняется малоды- но- кашлевая со средней серой мокротой, общую слабость, одышку смешанного характера при миним. физ. нагрузке Кожное покровы бледные, чистые. Увлажнен Форма грудной клетки андроидного типа. Все полевые груд. клетки углублены в акте дыхания симметрично. Перкуторно корово- ной звук. Аускультативно ослабленное везикулярное дыхание над всеми полем. ЧДД 24 в мин. Тона сердца ясные, аритмич- ные - мерцательная аритмия. ЧСС 100 в мин Pz аритмичной 85 уд в мин АД - 160/50 D=5 Пульс удовлетворит. наполнения и напряженности Гливы мягкие, измеренные в прав. подребе Размер печени по Курову 12 x 10 x 10. Диаметр 10 DS: ХОБЛ тяжелой степени, обострение. ДН III. ХСЗ декомпенсация ХСБ. ССС стабильная стенокардия II ф.к ПКС (ИМ 2002г) Фибрилляция предсердий тахисистолия. Лечение: Sol Euphillini 2,4% 100 } 6/8 кап Sol Natrii Chloridi 0,9% 200,0 } Sol Digoxini 0,0256 } Sol Natrii Chloridi 0,9% 200,0 } 6/8 кап Sol Kalii Chloridi 4% 20,0 } Tab Amlodipini 10mg 2x 1кап Tab Verospironi 0,025 2x 3р. Tab Bromhexini 1x 3р. Диетическое питание Больной Казанцев АВ, 33 лет, поступил 24.04. Экстрен- но. Жалобы при поступлении на слабость, отсутствие</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>тошноту, бодрисенную слабость, шум в голове позудана ≈ 25 м, желтушность кожного покрова, Смер. An vitae длительный время закупорива- ет амнионем. <u>Осмотр.</u> Желтуха на выраженную лихорадочную слабость, одышку смешанного характера при ходьбе. Сознание средней степени помрачения. Кожа и склеры желтушного цвета, гисте. ЧДД 20 в мин. Аускультативно местное дощание, сухие свистящие хрипы, тоном сердца ритмичное, систолический шум во всех тогах ЧСС 110 в мин АД=100/50 D-S</p> <p>Живот мягкий безболезненный. Печень 2,0 см из под реберной дуги. 11.10.14. по Курману DS: Хроническая желтуха с выраженными темной степени обесцвечивание</p> <p>Лечение: 1. Переливание эритроцитов 2 Sol Cyanocobalamin 0,1% - 1ml 1 раз в/и 3 Sol Glucosae 5% - 400,0 в/в кап 4 Sol Ascorbinici 5% - 100 в/в струйно</p> <p>Данные лабораторных исследований</p> <p>Мисмограмма: Сывороточное к/ф 33,5 (19,1-24,1% N) липопротеиды 0,5 (0,7-3,1% N), Милле совр. к/ф 0,12 (N 0,5-0,9) лиме/ч 3,0 (4,3-13,7% N) лейко-эритроцитное соотношение 1,6 (2,1-4,5% N) коэффициент гематокрита нормоцитот 20,5 (8,9-16,9% N) сифилозная кармисит 14,5 (0,8-5,6% N) Тип кровотока нормоцитотич. Дегенеративное изменение слезка белого реза (использование к/ф В клетках краевой роста имеют место дегене- ративные изменения в виде аморфности, полихроматизма</p> <p>БХ крови: в-б обилие 30,6 мкл/л креатинин 0,2 мкл/л в-б премои 11,8 непремои 18,8</p> <p>OAK Кб = 49% Ht = 15%</p>
	<p>g/vf Steglov</p>

Дата	Содержание выполненной работы
29.04.07	<p>Проведен краевой в кардиологическом отделении Курякова балонную Евсевиеву ИБ 30 лет доставлена экстренно 24.04. Баллон при поступлении на грудную долю за грудной, иррадирующую в нижнюю долю и левую долю. Великолепного характера, не купирующаяся приёмом нитроглицерина, длительностью более 30 мин, чувство нехватки воздуха, мышечную слабость, головную боль, потливость.</p> <p>Ангиография коронарных артерий выявляет стеноз коронарной и дуги нагрузки. На момент обращения зарегистрирован синусовый ритм, АД 120/80, по ЭКГ признаки острого повреждения миокарда в задне-диафрагмальной области. Малабол на момент осмотра не предвещает. Осмотр: Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обильной влажности, влажная. Грудная клетка правильной формы. Дыхание везикулярное. Перкуторно лёгочная звук ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, соотношение тонов на высоте систолы. Границы сердца не расширены. ЧСС 78 в мин. АД = 120/80. Pz = 78 ударов на протяжении и напряжения.</p> <p>Диагноз: ИБС. Инфаркт миокарда от 24.04.07</p> <p>Лечение: Нерагини 1000 ED 1/6 струйно затем по 1250 ED п/к 2 раза.</p> <p>Prednizoloni 60mg 1/6 струйно</p> <p>Sol Promedoli 2% 1,0 1/6 кап</p> <p>Kotilize 50mg</p> <p>Natrii Chloridi 0,9% 200,0 } 1/6 кап Perlinganiti 4,1% 10,0 } Natrii Chloridi 0,9% 200,0 } 1/6 кап Sol Glucosae 5% 200,0 } Kalii chloridi 4% 100 } 1/6 кап Sol Magnii sulfatis 25% 100 } Insulini 4 ED</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	Tab Aspirini 25 1 табл. Растворять при поступлении заказ по 1/3 таб вечером
	Tab Nitrosorbidi 0,01 1 таб 4 раза
	Tab Phenacetami 0,01 1 таб на ночь
	Tab Corvitol 0,05 по 1/2 таб 2 раза в день
	Tab Lirsimazi 0,02 1 таб вечером.
	Данные лабораторных исследований:
	Липидной фракция крови: ОХС = 3,55 (N < 5), ТНЛ = 1,23
	(N < 2), ЛНП = 1,9 (N < 2,6), ЛВП = 1,09 (N > 1)
	БК крови МВ КФК = 10,7, КФК = 105,8
	Измерены АД, P _s , ЧДД в МЕТ у следующих
	пациентов. Пертшинов 110/80, P _s = 73, ЧДД 24
	Ходжаев 120/80, P _s = 72, ЧДД = 26
	Бурсеев 100/70, P _s = 80, ЧДД = 20.
	Коркина 175/85 на левой руке, 210/100 на правой
	руке, P _s = 77, ЧДД = 18.
	Островская 230/90 на левой руке, 120/80 на правой
	руке P _s = 68 ЧДД = 18
	Вайломишова 150/80 на левой руке, 130/80 на правой
	руке P _s = 77, ЧДД = 28.

(Handwritten signature)

4.05.07 Проходил практику в терапевтическом отделении Курортной больницы. Больной Власов С.С. 53 года, поступил 29.04. В анамнезе при поступлении на ординатуру смешанного характера при малейшей физ. нагрузке, приступообразный кашель с отделением небольшого количества серой мокроты; эмфизематозные булы в периферической области с иррадиацией над левой лопаткой при ходьбе до 50 м, курить не умеет самостоятельно в постель; отеки ног умеренно кол-ва отечественной ноги, выраженную одышку слабее

Дата	Содержание выполненной работы
	<p><u>Ан торт:</u> курит с 12 лет. Длительное время страдает хроническим бронхитом. Жалоба на день курения на одышку смешанного характера при малейшей физической нагрузке, малопродуктивной кашле с выделением мокроты слизистого характера в малом количестве. <u>Возраст:</u> Сознание ясное, ориентированное. Артериальное давление 140/90 мм рт.ст. Дыхание жесткое, единичное слышимое хрипы над нижними долями. Перкуторно коробочный звук. Рентгеновое исследование органов грудной клетки симметричными участками легких, ослаблено. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 90 в.мин. АД = 100/70 Д = 5. Р5 = 90 ритмичная. Легеня увеличена, нижний край возвышается над краем реберной дуги на 5 см. Размеры по Курлову 14:10:9. Весов легкая, безболезненная.</p>
	<p><u>Лечение:</u> УОБЛ теплые ванны, обертывание <u>Ан II-III</u> ХПС деконгестивное ИДБ, ХСН III фк <u>Лечение:</u> Sol Euphyllini 2,4% - 10,0 2 в/в кап Sol Natrii chloridi 0,9% 2000 1 раз в сутки Sol Lasix 0,04 - 0/6 ср 1 раз в сутки Tab Verospironi 0,026 по 2 табл утром Tab Amlodipini 0,05 по 1/2 табл 1 раз в сутки Tab Ambroxoli 0,03 по 1 табл 3 раза в сутки</p>
	<p><u>Данные лабораторных исследований</u> Общий анализ крови НВ = 187 г/л лейкоцитов $5,4 \cdot 10^9$/л</p>
	<p>Общий анализ мочи Ч9 бел 1005 Белочной Муромки В. С 80 лет поступил 25.04. Жалоба при поступлении на боли в груди при дыхании справа, кашлем со скудной серой мокротой одышкой смешанного характера при малейшей физической нагрузке, температура до 39°C, слабость.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>История: курит 20 лет, страдает ХОБЛ базисной терапией не получает. 10 лет работы в котельной. Возникновение заболевания (настольного) связывает с переохлаждением.</p> <p>Жалобы на день курации: на смешанную одышку при физической нагрузке (2-летняя история болезни), общую слабость, снижение аппетита.</p> <p>Осмотр: Сознание удовлетворительное. Вдохание жесткое, ослаблено в нижних отделах. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в мин. Рз 70 в мин, ритмичной, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД = 110/70. D = 5. Аускультация легких безболезненная.</p> <p>Диаметр зрачков зрачковая рефлекторная иннервация в норме. ХОБЛ тяжелой степени, обострение ДН II ХЛС HIIA.</p> <p>Лечение: Sol Euphorbini 0,1 2 раза в день Sol Natrii chloridi 0,9% - 200,0 2 раза в день</p> <p>Sol Euphorbini 2,4% - 100 2 раза в день Sol Natrii chloridi 0,9% - 200,0 2 раза в день</p> <p>Tab Ambroxoli 30 mg 1 таб x 2 раза в день Ing Beroduali 289 x 3 раза в день</p> <p>Данные лабораторных исследований</p> <p>Общий анализ крови: Hb 131 г/л лейкоцитов $14,0 \times 10^{12}/л$ СОЭ 42 палочкоядерных 4/ф 8 сегментоядерных 4/ф 87</p>
	<p>Иванов</p>

Дата	Содержание выполненной работы
5.05.07	<p>Провести практику в кардиологическом отделении Курьерова Беломона Беломон Багрудников 66 лет поступил 27.04. т.е. Беломон Малой при поступлении на нижнее, кончике б.е. в левой половине грудной клетки, слышались 3-5-миг проводящиеся ритм нагрузки, слышны миокардиальные кардиотонии, иррадирующие в левую подмышечную впадину, руку, купирующиеся приемом нитратов, общую слабость, головную боль; одышку смешанного характера при физической нагрузке. <u>Ан амбу</u> Встает себе Беломон около 2х лет, когда впервые стал отмечать появление ангинозных болей на фоне психо-эмоц. напряжения, купирующиеся приемом нитратов. Сколо 5 лет подбора АД до 200 мм рт.ст. Постоянной гипотензивной терапией не нагружает Малой на фоне курения не предвзвешает. <u>Вспомог.</u> Состояние удовлетворительное. Кожа бледная розоватого цвета, губы бледные. Форма грудной клетки нормостеническая. Перкуторно легочной звук. Дыхание везикулярное. ЧДД 18 в. мин. Прекардиальная область не изменена. Верхушечной толчок в 2 см/р на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии.</p> <p>Р5 76 в. мин, удов. наполн и напряжения. Тоны сердца ритмичные акцент II тона на аорте. АД = 110/70 D=8. Живот мягкий безболезненный.</p> <p>Диагноз ИБС. Прогрессирующая стенокардия КIIА ХСН III фк</p> <p>Лечение: Sol Nitroglycerini 0,1% 2,0 2 4/6 кап Sol Natrii chloridi 0,9% 200,0 1 раз 1 день</p>

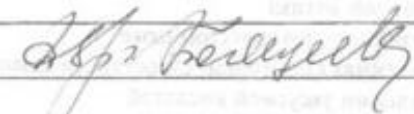
Дата	Содержание выполненной работы	Листы
	Sol Neparini 1000022 1/6 стакана, затем 1/2 стакана по 1000022	
	Tab Aspirini 05- 1 таб. разжевать при поест, затем	
	по 1/4 таб. на ночь	
	Tab Nitrosorbidi 0,01 по 1 таб. 3р/сут	
	Tab Стари 001 по 1 таб. 2 раза в сутки	
	Tab Corvitol 005 по 1/2 таб. 2р/сутки	
	Tab Indapamidi 0,0025 по 1 таб. утром	
	Tab Phepazeram 0,001 по 1 таб. на ночь	
	<u>Данные лабораторий</u>	
	БК крови КФК 89 ЕД/л	
	ЛДЛ КФК 14 ЕД/л	
	ЛДЛ 215 ЕД/л	
	Креатинин 108 мкм/л	
	Глюкоза 7,3 мм/л	
	Болезнь Маляева ГА поступила 2.05 в 12.00, достав	
	лена экстренно. Диагноз при поступлении	
	ССС стабильная синусовая НТБ. Приступ сердеч	
	ной аритмии <u>Малода</u> при поступлении на одностру	
	сленного характера при незначительной	
	физ. нагрузке, усиливается в горизонтальном	
	положении, гурьба дыхания воздуха, удушье	
	в ночное время, отеки на голених, лицевое уве	
	личие в объеме, уменьшение суточного диур	
	еза (≈ 250 мл), кашель с слизистой мокротой	
	Ап-пульс ощущается себя болезнью с 2000г, когда	
	впервые был установлен ДС. ССС ВД005г. перенес	
	стазию по поводу декомпенсар сердечной недостат	
	Принимает периодически иАПФ, диуретики,	
	диуретики. В течение 1 года отмечает увеличение	
	одышки при ходьбе на расстояние до 70 м,	
	слабость, временные перебои в работе сердца	
	Ухудшение 28.04, обратилась в поликлинику	
	по месту жительства, госпитализир 5.05 АД=240/180	
	ЭКГ ритм синусовый, рубцовые изменения в	
	передне-боковой стенке. <u>Малода</u> на момент	
	курации на фоне за грудиной по 5 мин	

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>проводит самостоятельно, незначительную одышку смешанного характера. Систолическое среднее давление 160 мм рт.ст. Артериальное давление до нижней 1/3 голени. Дыхание жесткое ЧДД=19 в мин. Тоны сердца ритмичные, АД=150/80. Пульс увеличен за счет асинхрии. Диурез до 0,5 л. Выявлен <u>DS</u> основной клинической: ИБС, стабильная стенокардия напряжения III ф.к. Риск рубцовые изменения в передне-боковой стенке. Полная блокада левой ножки п. Гиса. Осл: ИДБ, IV ф.к. Приемл. сердечной астма. Застойная пневмония в нижней доли Асимт. Атеросклероз аорты, мозговых артерий. Симптоматическая гипертензия. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. Назначено лечение:</p> <p>Sol Digoxini 0,025% 1,0 } 1/2 кап Sol Natrii chloridi 200,0 } Sol Lasix - 120mg 1/2 кап Sol Cephellini 2,4% 10,0 1/2 кап Sol Cefazolini 1,0 * 2р 1/2 кап Tab Aspirini 0,5 - 1/4 табл на ночь Tab Niteosetidi 0,01 1 табл * 3р Tab Enapi 0,01 1 табл * 2р.</p> <p style="text-align: right;">Dr. Млодт</p>
6.05.07.	<p>Прохожу практику в кардиологическом отделении. Участвовал в утреннем обходе: сбор жалоб, объективной осмотр у следующих больных. Трухин М.П., 61 год, DS клинической: ИБС. Прогрессирующая стенокардия III ф.к. Безболезненная головная боль, редкие кожные боли в прекардиальной области. АД=150/90. Ps 86 уд/мин. наплевенные и наплевенные ЧСС 86. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Абрамов Г.А., 66 лет, DS клинической: ИБС. Повторный инфаркт миокарда в области задней стенки ст</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>25.04.07. Пациентка с артериальной гипертензией (гипертоническая болезнь в тяжелой степени после перенесенного инфаркта миокарда в 1991г) НИА ХСН III фк. Гипертоническая болезнь III ст III ст риск IV</p> <p>Однократно давление более 10 мм утром, самостоятельно купирована двумя дозами нитроглицерина. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах легких жесткой крепитации. ЧДД = 18. Тоны сердца артериальные ЧСС 70 АД = 140/90</p> <p>Диагноз: инфаркт миокарда в передне-верхней области ст 05.07 НИА. Жалобы на одышку смешанного характера при ходьбе по коридору, диффузную и акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах справа не выслушивается (лобжестность), слева в нижних отделах ослабленное. Сухие хрипы на форсированном выдохе. ЧДД 19. Тоны сердца ритмичные ЧСС 100 АД = 90/60. Периферические нет.</p>
	<p>Картина ПП, 50 лет, 85 кг веса ИВС мелкоочаговое инфаркт миокарда в передне-боковой стенке ст 4.05.07. НИА. ХСН III фк. Жалобы на одышку при ходьбе. Периферия отеков нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18. Тоны сердца ритмичные ЧСС = 76 АД = 140/90.</p>
	<p>Курькова Белого Зинаида ДС, 84 года, поступила 2.05. Жалобы при поступлении на одышку смешанного характера в покое, приступы одышки по ночам, отеки до 1/3 голени. Ан амбул. Состояет себя длительно в течение 10 лет, когда ноги беспокоят мышечные боли до грудины при ходьбе, кратковременной, купируются нитроглицерином. АД = 220/120. Инфаркт миокарда отрицается. Диагноз: ИБСМСП в стадии инфаркта, перинфаркт, парез 80 мг</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>Малоды на момент курации. Отмечает в кисти боли в мизинце, двупольно кашмицеобразный сур. Одностороннее при малейшей физической нагрузке сохраняется, не нарастает. Диаметр сосудов среднее склерозирование темноты. Дисциркуляция и артериальная гипертензия до 1/3 голени. Давление артериальное с уша мизинца с обеих сторон 120/80 мм рт.ст.</p> <p>МСС артериальная (мерцательная аритмия) 78 в мин. АД = 110/80. Мизинце увеличен. В правой подмышечной области пальпируется опухолевидное образование до 8x9 см, болезненное. Дисциркуляция не учитывалась. Размеры печени по Курлову 12x11x11.</p> <p>Диагноз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия ИИБ III ф.к.</p> <p>Лечение: Sol Perlinganiti 0,1% 50% / 8 кап. Sol Natrii chloridi 200,0 } 1 раз в день</p> <p>Sol Cordaroni 300 mg } 1/6 кап 1р в день Sol Natrii chloridi 200,0 } Sol Digoxini 0,025% 1,0 } 1/6 кап 1р в день Sol Natrii chloridi 200,0 }</p> <p>Sol Lasixi 40 mg 1/6 струйка</p> <p>Sol Keracini 10000 E.D. 2р в день под кожу</p> <p>Tab Aspirini 0,5 3/4 таб при поступлении, затем по 1/4 таб на ночь</p> <p>Tab Verospironei 20,25 по 3 таб. утром</p> <p>Tab Eupari 0,01 по 1/2 таб 2р в день</p> <p>Tab Nitroglyceridi 0,01 по 1 таб 4р в день.</p> <p>Данное лабораторное исследование в крови: КФК = 228 (N до 190-250) АДГ = 423 (N 450) мкг КФК (до 25 N) = 51 Ед/л.</p> <p>2 Учитывая малоды на фоне курации и вышеуказанное объективное состояние необходимо провести УЗИ органов брюшной полости, обзорную рентгенограмму органов брюшной полости, консультацию хирурга и уролога с целью исключения опухолевидного образования в правой подмышечной области, ДКН, свободной жидкости в брюшной полости.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>УЗИ ОБП: мочевого пузыря переполнен (острая задержка мочи). Свободной жидкостью в брюшной полости не выявлено. Диффузное увеличение печени. Печень увеличена.</p> <p>УЗИ ОБП: На ректенограмме свободного газа над диафрагмой не выявлено. Увеличение объема умеренной пневмопизации без урвнев жидкости.</p>
	<p>Осмотр уролога: ^{DS} ДППЖ II ст. с Хронич. неполная задержка мочи. Моча выведена по катетеру насыщенного цвета $\approx 0,8$ л.</p>
	<p>Снято и расшифровано ЭКГ: пациент Ходжаев 51 год ритм синусовой, ЧСС 75, I, II, aVF Q, S сформированной QT в V5 V6, дельта ST на II, III, aVF. Завл. задне-диафрагмальной транмуральной ИМ с переходом на ЭКГ в V5 V6.</p> <p>Пациент Дамширенов (ЭКГ от 5.05): ритм синусовой, ЧСС 100 в V III волевой R, во всех отведениях волевой треугольной R (R-ритма) в V3-V6 отриц. равнодур T. Завл. инфаркта правого желудочка и правого предсердия, мелкокамерной передне-базальной ИМ. Заполнение дельта-волны куррируемой базальной.</p> <p style="text-align: right;">И. М. Маму</p>
<p>7.05.07</p>	<p>Прождал практику в терапевтическом отделении. Куррировал базальной. Стариков А.С. 53 года, поступил 23.04 экстренно через 1 мес. после начала заболевания с DS: Внебелочная среднезвездчатая пневмония справа.</p> <p>Анамнез при поступлении: на одышку смешанного характера в покое, темнее в правом подреберье, отеки нижних конечностей, АП 170/90. Считает себя базальной с марта 2007 когда резко</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>паросла одышка, набухшие отеки ног и конечностей, перебои в работе сердца, слабость, похудание, маловозрастная на момент обращения на ЭКГ-исследованию смешанного характера при ходьбе на 100 м.</p> <p>Осмотр: состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная, диатезной и акроцианоз. Дыхание жесткое, справа ниже угла лопатки не прослушивается ЧДД 18 в 1. Тоны сердца артериальные за счет мерцания аритмии, ЧСС 110. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Куршову 7,7 x 15 x 13. Желудок x 1 см в сутки. Отеки ног и конечностей до 1/3 голени.</p> <p>Диагноз: Внезапная среднетяжелая правая сердечная недостаточность. Паранефрозный плеврит справа.</p> <p>Фон: ХОБЛ. Средней степени тяжести. Единичные ИИТ. Мерцание предсердий, тахикардия ЧИВ ХСН III фаз.</p> <p>Лечение: S. Strophantini 0,025% 1,0 } 1/6 кап S. Glucosae 5% 200,0 } 1 раз Sol. Kalii chloridi 4% 200,0 } Sol. Euphyllini 2,4% 5,0 1/6</p> <p>Sol. Furosemidi 40 mg 1/6 2/3 день Cetotaxini 1,0 1/6 4 раза в день Tab. Espari 2,5 mg 1 табл 2 раза в день Tab. Verospironi 25 mg 3 табл утром Tab. Bromelini 8 mg 2 табл 4 раза в день Tab. Corvitali 50 mg 1/2 табл x 2 раза в день Tab. Cytostomycini 0,25 1 табл 4 раза в день.</p> <p>Большая кашлеухаживающая ВН 53 года. Жалобы на кашель, перебои в работе сердца, слабость, головная боль. Осмотр: состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание жесткое. Дыхание жесткое, справа ниже угла лопатки не прослушивается. ЧДД 18 в 1. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 78 в 1. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Желудок в норме.</p> <p>Диагноз: Внезапная среднетяжелая правая сердечная недостаточность.</p> <p>Расшифровано ЭКГ пациента Савицкого АС. 53 года. Синусовый ритм. ЧСС 110. В III волевый R, V4-V5 глубокий S. Во II между QR 3 зубца P.</p> <p>Заключение: мерцание предсердий, тахикардия, тахисистолия правого желудочка.</p>
	

Субординатор:

Врач:

Дневник производственной практики по хирургии.

73 00.

Дата	Содержание выполненной работы
13.03	<p>Проводим обход в палатах. Поступил больной В Згода с диагнозом язвенная болезнь желудка, обострение (кровотечение от 13.03.07). План обследования: общий анализ мочи, крови, б/х крови, ФГДС, УЗИ абдоминальное, рентгеноскопия желудка. Жалобы на тошноту, рвоту, кофейной гущей, слабость, снижение слуха после кровотечения. Ответивно: состояние средней степени тяжести. АД = 90/60 на обеих руках ЧДД 19 в. мин ЧСС 74 уд/мин $t^{\circ}C = 36,5^{\circ}C$. Необходимо дифференцировать с легочным, ишемическим кровотечением, язвой ДПК (кровотечение). В перевязочной проводим перевязку ранок. Присутствовал на УЗИ больного 354 года с диагнозом острый панкреатит, стено-белевая форма. Дальнейшая тактика ведения больного интубационная терапия, соблюдение режима (голод, холод, покой), анальгезия, прием ингибиторов протонной помпы: Contrical 20000ED подготовка к операции. Оперативное лечение: удаление некротизированных тканей желудка, дренирование фронтальной полости, забрюшинного пространства, саллинсаевой сумки, наложение холестомостомии. В процедурном кабинете выполнили 15 внутримышечных инъекций:</p> <p>Sol. Papaverini 2% 2ml Sol. Platyphyllylini 0,2% 1ml Ampricillin: patzii 0,5</p> <p>Присутствовал при инструментальной пункции у больного Г Згода с ДС: гематома. Запомнил врачебные истории болезни (данное осмотра больного).</p> <p>Присутствовал на операции у больного М Згода с ДС: Острый панкреатит, стено-белевая форма. Произведена верхнесрединная лапаротомия. Визуализация органов фронтальной полости. Во всех отделах фронтальной полости геморрагической</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>Ванот. Саломникова еушка возбужает. Подмелууог ная жлеза уплотнена, не смекена в размерах Произведено дренирование фронтальной полости, задерживающего пространства Вскрыта саломникова еушка - выделены геморрагические ванот Произведено дренирование саломниковой еушки ПХВ трубками. Наложена гемостазическая По кле- циспозителем темная жлеза Передняя фронтальная стенка послойно введена до места выведе- ния дренажей Присутствовал на УЗИ органов фронтальной полости у больного А с ДС: ЖКБ, обострение Дальнейшая тактика - оперативное лечение - колеситогонение Присутствовал на обзорной рентгенографии органов фронтальной полости у больной Н с ДС: острая кишечная непроводи- мость В палате № 502 проведение санитарно-просве- тительную беседу на тему: "Токсический гепатит на фоне приема алкоголя" Участвовал при произведении желудка через назогастральный зонд у больного А 37 года с ДС: язвенная болезнь желудка, обострение, субкампенированная стенка привратника Присутствовал на операции по поводу проникающего ранения пищевода у больного С 30 лет. Цель операции: удаление инородного тела Произведено наложение сквозного шва на пищеводе Ушивание осуществлено двурядным швом с дополнительными привре- щением швов швом, квадратной. У больного У 62 года с ДС при поступлении опухоли того- го кишечника произведена сифонная клизма Проводит забор крови у больного К 29 лет с ДС: ЖКБ, обострение на диетическое исследование: Билирубин, АСТ, АЛТ, АЛГ, мочевины, сахар, а белок</p>

Дата	Содержание выполненной работы
25.03	<p>Присутствовал на операции резекции желудка у больной Н. Зюдова с ДС: двукная болздно желудка, обдереме способем водонного - фине терера. Произведена резекция 2/3 желудка, уште прорвет кривот желудка по малой кривизне с порупнением её в виде кша в прорвет кривот и калонием козадисдерогного гастронтераналгамога. Присутствовал на операции по поводу ущемлённой каровой гротми у больной Г. Эмет. Произведено кослоичное рассечение могок тканей до алоствороа нардиной косой мшицы. Стенку гротмевго мешка захватывают двумя пинцетами и соторонно всарывают прорвет разрез сверху ногте до его шейки. Рассечение ущемляющего кривца произведено впереди во избекание ранения нижних нагревных сосудов, расположенных кнутри от шейки гротмевго мешка. После всаротия гротмевго мешка произведён осмотр гротмевго содержимого. Важно до рассечения гротмевго кольца удерживать гротмевреодержимое, чтобы избекать укамезания ущемлённого органа в фрощную полост. Ущемлённый орган (кишка) осмотрена на ранение огатов ишечие. Произведена пластика гротмевых ворот и кослоично всезанв мешка передняя фрощная сенок. В переведотном кабинете участвовал в перевезде кослоичерационных больных. Присутствовал на ГМ органов фрощной полости у больной Н. Зюмет с ДС: жкб, обдереме болонейшая тактива ведения больной канароскомическая колецигоктення. Осмариван болоную Я. Чмет</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>с ДС. Вскрыт панарейон, светло-белая форма</p> <p>Объективно: Состояние средней степени тяжести ЧСС 92/мин ЧДД 20/мин АД = 120/80 на обеих руках. $t^{\circ}C = 37,2^{\circ}C$ Дыхательная жесткая везикулярная белочная, парарезонансная, индурционная теракция, дезинтоксикационная терапия Оперативное лечение: Верхнесредняя лан- ротомия, дренажирование бронхиальной каверны, задренирование пространства, вскрытие сало- никовой сумки, дренажирование слонисковой сумки, наложение компрессионного. В про- цедурном кабинете произвел при ингаляции Sol Analgini 25% 2ml Sol Dimedroli 1% 1ml Подкожно ffel Sol Insu- lini 4ED. Определил групповую принадлежность крови с помощью скарилонов Присутствовал на ФГДС с целью биопсии у больного ввиду с ДС Желт. желудка. В калите 515 проводил саногарно-проводительскую беседу на тему: Внимание алкоголя на развитие звучной болезни желудка и острого панкре- атита В ординаторской заполнил врачебную историю болезни (данные осмотра больного) Присутствовал при катетеризации больного к с ДС: ДГПК 2ml с Участвовал в переливании эритроцитарной массы больному к 28 лет с ДС: Звучная болезнь ДПК, световые криво- течение темной стенки / проводимые пробн на совместимость - холодовая / групповая совме- стимость), тепловая проба на индивидуальную в совместимость, биологическая проба - наблюде- ние за реакцией пациента на переливание эритроцитарной массы: почасовая термометрия ЧСС = 75/мин, ЧДД 18/мин</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>Проводил осмотр поступившего больного Б с ДС: Тупая травма живота, гипоперитонеум, разрыв селезенки. Объективно: состояние тяжелое. АД=140/80 на обеих руках ЧДД 16/мин. ЧСС 80/мин $t_{с} = 36,6^{\circ}C$ План обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия, биохимическое исследование крови. В приемном отделении амбулировал совместно с врачом поступившего больного Д с ДС при поступлении. Наблюдая у него План обследования: УЗИ мочевого пузыря. Объективно: Состояние удовлетворительное. ЧСС 68/мин. ЧДД 18/мин. АД=110/70 на обеих руках. Пульс 68/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. Дыхание верхнегрудное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий без болезненности. При поступлении пациент предъявил жалобы на увеличение мочевого пузыря. Необходимо дифференцировать с опухолью мочевого пузыря, туберкулезом мочевого пузыря. Проводил осмотр больного В с ДС при поступлении: ЖКБ, обследование. Объективно: состояние средней степени тяжести. АД=160/90 на обеих руках ЧСС 70/мин ЧДД 20 $t_{с} = 36,4^{\circ}C$. Дыхание верхнегрудное. Тоны сердца ясные ритмичные, соотношение тонов не нарушено. Пульс 70/мин; Удовлетворительного наполнения и напряжения. Положительные симптомы Кера, Орнера-Грекова, Мюсси-Георгиевского. Живот мягкий, локальная болезненность при пальпации в точке проекции желчного пузыря, напряжение мышц передней брюшной стенки нет. Размеры печени по Курлову 9x8x7. Край печени острой, гладкой, эластичной.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>При поступлении больная в предвела жалобы на боли умеренные, ноющего характера в правой подреберье, не irradiиру, срот</p> <p>План обследования: общий анализ крови и ора моче, УЗИ органов брюшной полости, биохимическое исследование крови (АСТ, АЛТ, билирубин прямая и непрямая фракции, ЩФ)</p> <p>Проводим осмотр больного Д Влет. ДС при поступлении сердечной аппендицит. Ответивно: жалобы на боли в эпигастральной области постоянного характера. Сознание среднее степени тяжести. Положение вынужденное АД = 140/70 на обеих руках ЧСС 85/мин ЧДД 19/мин. РС 85 удовлетворительного напряжения, полной, одинаковой на обеих руках. Докладе верхушечные Тоны сердца ритмичные. Шумы при пальпации: напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Ситковского. План обследования: общий анализ крови и ора моче, УЗИ органов брюшной полости. Присутствовал на диагностической лапароскопии: левая индифференциальная киста параэпидимальной области, Sol No 105aini 0,5%; Sol Promedoli 1% 1ml п/к; оперативный доступ Били; иной Верисса создаём инвазивноперитонеум во избежание сильного повреждения органов; троакаром прокалываем брюшную стенку, через троакар вводим лапароскоп. Червеобразной отросток инвертирован, увеличен в размерах. Цель: эндоскопическое удаление острого аппендицита от мочекаменной болезни и перфоративной язвы желудка. Тактика: аппендэктомия.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>В приёмном отделении осматриваю больного С 35 лет с ДС: усиленная левосторонняя жилая паровая гротма. Жалобы на боли в каровой области при ходьбе, кашле, дыхании. Состояние удовлетворительное. АД = 110/70 на обеих руках ЧДД 18/мин ЧСС 75/мин. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. Пульс 75 уд/в. напряженный и наполненный. Размеры печени по Курлову 9*8*7. Живот мягкий, безболезненный. Увеличение мочевого пузыря - формировалась паровая гротма. План обследования: УЗИ органов брюшной полости. Тактика: гротма сечение. Курсовое лечение паровой гротмы. Болюсу м: Sol Valgini 5,0; Sol No-grad 2% 1ml. Осматриваю больного Т 48 лет с ДС: острая кассетная перфорация желудка. Состояние удовлетворительно. Жалобы на постоянные, неинтенсивные боли в эпигастрии и левой боковой области. Задержка стула. Метеоризм. Состояние средней степени тяжести. ЧСС 65 ЧДД 18/мин. Пульс 65 удовлетворительный напряженный, слабо наполненный. АД = 110/70 на обеих руках t°С = 36,6°С. Живот вздут, ассиметричен. Перистальтика ослаблена. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову 9*8*7. Дальнейшая тактика: УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенограмма ОБП, обязательная клизма, лабораторное исследование флоры крови, флоры мочи, б/х крови. Присутствовал на операции по поводу прободной язвы желудка у больного В</p>

Дата	Содержание выполненной работы	
	<p>50 лет. Произведена верхняя срединная лапаротомия. Увеличившееся жировое содержимое удалено салфетками. Место расположения зуба ограничено салфетками. Перфоративное отверстие ушито рядом с другой машинной швов. Мимия швов расположена попеременно к оси органа. При забивании швов края зуба инвазирована. Произведена перитонизация зуба: к ушитой шве подшит салник на носке. Брюшина полости осушена салфетками и введен антибиотик. Произведено дренирование брюшной полости, большого сальника, задаточного пространства. Передняя брюшная стенка полностью восстановлена. В ординаторской записке в краткой истории болезни (данное осмотра больного) произведен переводку послеоперационной болезни с ДС: Ветрой аппендицит и с ДС: Острая кишечная непроходимость. Выполнены 5 внутримышечных инъекций: Sol Analgini 25% 2ml, Sol Dimedoli 1% 1ml, Sol Prednizoloni 40 mg болонкой Д, у которой упало АД до 40/0 после быстрого введения гипотензивной смеси. Приготовил на ФТДС у больного Б 58 лет с ДС: эрозивной газетой, составившее кровоизлияние средней степени тяжести. Дальнейшая тактика ведения больного: консервативное лечение - голод, анальгетики, инфузионная терапия профилактика повторных кровоизлияний. Приготовил на УЗИ у больного К с ДС: инвазивная правая грыжа; на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости у больной О, с ДС: острая кишечная непроходимость.</p>	

Дата	Содержание выполненной работы
	<p> Осматриваю поступившего больного С с ДС: Взгляд кисельная непрозрачность. Объективно: Малобит на вздохе живота, боли в животе Мезоэпидим, Задержку стула. Сознание сред- ней степени тяжести. При осмотре живота живот вздут, мягкий при пальпации, болез- ненность в левой подвздошной и ...чуждой. областях. Симптомы раздражения брюшины нет. ЧСС 75/мин ЧДД 19/мин АД 110/70 на обеих руках, $t^{\circ} = 36,4^{\circ}\text{C}$ Дыхание местное (ХОБЛ средней степени тяжести) Тоны сердца легкие ритмичные. В нижних отделах легких волеу шаваются сухие свистящие хрипы. Пульс 75/мин, удовлетворительного напряжения и наполнения. Присутствовал на операции ушивания раног печени, Френкирование брюшной полости у больного А 20 лет с ДС, проксимальная колото-резаная ранение брюшной полости с ранением печени. Операция нагата с верхней срединной лапаротомией. Доступ расширен вправо под прямой мышцей (доступ Черни). Кровоте- чение раны временно остановлено сдави- нием пеленочно-двууденальной салфетки. В ране кровотоечение остановлено захватом кровоостанавливающих сосудов кровоостанавливающими зажимами, в рану введен свинец на кон- ке Наложены П-образные швы, края раны сближены и вторично заведена. Выполнен плавильной туалет брюшной полости. На- ложено послераное швы на переднюю брюш- ную стенку. Присутствовал на ФГДС у больного 46 лет с ДС: Язвенная болезнь желудка, </p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>состоявшееся кровоотечение. В кардинальной гвозди желудка обнаружена язва 1×0,5 см с кровоотражением сосудом. Дальнейшая так- тика ведения больного: резекция желудка пришивании кровоотражающей язва. В ординатор- ской запилел фрагмент историче белодни (данное осморо Белодни). Выполним 5 внутре- мышечных инъекций: Ampicillini-natrii 0,5; Sol. Insulini 3ED подкожно.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>Ванот. Сальниковая сушка возбужает. Подмышечная железа уплотнена, не изменена в размерах. Произведено дренирование фронтальной полости, забрюшинного пространства. Вскрыта саломасовая сушка - виден желтый геморрагический ванот.</p> <p>Произведено дренирование саломасовой сушки ПВХ трубками. Наложена желцевого тела. По желцевого тела тонкая желчь. Передняя брюшная стенка полностью восстановлена до места введения дренажей. Присутствовал на УЗИ органов брюшной полости у больного А с ДС: ЖКБ, обострение. Дальнейшая тактика - оперативное лечение желцевого тела. Присутствовал на обзорной рентгенографии органов брюшной полости у больной Н с ДС: очаг кишечная непроходимость. В палате № 502 проводил санитарно-просветительную беседу на тему: "Токсический гепатит на фоне приема алкоголя". Участвовал при прошивании желудка через назогастральный зонд у больного А 49 года с ДС: язвенная болезнь желудка, обострение, субкапсулярной стеной привратника. Присутствовал на операции по поводу проникающего ранения пищевода у больного С 30 лет. Цель операции: удаление инородного тела. Произведено наложение сводного шва на пищеводе. Ушивались существенно двухрядными швом с дополнительной прищипкой швов шеврой, диафрагмой. У больного у 62 года с ДС при поступлении опухоли толстого кишечника произведена сифонная клизма.</p> <p>Проводил забор крови у больного К 29 лет с ДС: ЖКБ, обострение на биохимическое исследование: билирубин, АСТ, АЛТ, ЛДГ, мочевины, сахар, а белок</p>

Дата	Содержание выполненной работы
25.03	<p>Присутствовал на операции резекции желудка у больной И Зягода с ДС: дуоденная гастродуоденальная патология, обострение спондилоартрита - Фибригера. Произведена резекция 2/3 желудка, шиповидный отросток желудка по малой кривизне с погружением её в виде клона в шиповидный отросток и каломением позадиободричного гастроэктранастомоза. Присутствовал на операции по поводу ущемлённой паховой грыжи у больного Г Зялет. Произведено косое рассечение мышц живота до апоневроза наружной косой мышцы. Сверху грыжевого мешка захватывают двумя пинцетом и осторожно вскрывают проводя разрез сверху почти до его шейки. Рассечение ущемляющего кольца производится впереди во избежание ранения шиповидных надгретых сосудов, расположенных внутри от шейки грыжевого мешка. После вскрытия грыжевого мешка произведён осмотр грыжевого содержимого. Важно до рассечения грыжевого кольца удерживать грыжевое содержимое, чтобы избежать ущемления ущемлённого органа в брюшную полость. Ущемлённый орган (кишка) осмотрена на наличие очагов ишемии. Произведена пластика грыжевых ворот и косое восстановление передней брюшной стенки. В переведенном кабинете участвовал в перевязке послеоперационных больных. Присутствовал на УЗИ органов брюшной полости у больной И Зялет с ДС: жел. обострение. Дальнейшая тактика ведения больной. Лапароскопическая холецистэктомия. Осматривал больную Я Зялет</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>с ДС: Везной панкреатит, сегно-белевая форма</p> <p>Объективно: Состояние средней степени тяжести ЧСС 92/мин ЧДД 20/мин АД = 140/80 на обеих руках. $t^{\circ}C = 37,2^{\circ}C$ Дальнейшая тактика ведение Белковой: парентеральная, инфузионная терапия, дезинтоксикационная терапия</p> <p>Оперативное лечение: Верхнесредняя лапаротомия, дренирование брюшной полости, задренирование пространства, вскрытие саломозовой сумки, дренирование саломозовой сумки, наложение холестазостомы. В процедурном кабинете произвел при инъекции SSD Analgini 25% 2ml Sol Dimedroli 1% 1ml. Подкожно Infil Sol Insulini 4ED. Определил групповую принадлежность крови с помощью цитологов. Присутствовал на ФГОС с присяжной присягой у больного в 64 года с ДС Желудка. В калате 515 проводил санитарно-просветительскую беседу на тему: Влияние алкоголя на развитие язвенной болезни желудка и острого панкреатита. В ординаторской заполнил врачебную историю болезни (данные осмотра больного). Присутствовал при катетеризации больного к с ДС: ДГПЖ II ст. Участвовал в переживании эпидемиологической массы больному к 28 лет с ДС: Язвенная болезнь ДПК, состоявшееся кровоизлияние стенки (проводились пробы на совместимость - холодная / чужеродная совместимость), тепловая проба на индивидуальную совместимость, биологическая проба - наблюдение за реакцией пациента на переживание эпидемиологической массы: позасовая термометрия ЧСС = 75/мин, ЧДД 18/мин</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>Проводил осмотр поступившего больного Б с ДС: Тупая травма живота, гемоперитонеум, разрыв селезенки. Субъективно: состояние тяжелое. АД=100/60 на обеих руках ЧДД 16/мин ЧСС 80/мин $T_c = 36,5^{\circ}C$ План обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия, биохимическое исследование крови в приемном отделении осматривал совместно с врачом поступившего больного Д с ДС при поступлении. Начевая точка</p>
	<p>План обследования: УЗИ мочевого пузыря. Субъективно: Состояние удовлетворительное ЧСС 68/мин ЧДД 18/мин АД=110/70 на обеих руках Пульс 68/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий безболезненный. При поступлении пациент предъявил жалобы на увеличение мочевого пузыря. Необходимо дифференцировать с опухолью мочевого пузыря, травмой мочевого пузыря. Проводил осмотр больной В с ДС при поступлении: ЖКБ, обследование. Субъективно: состояние средней степени тяжести АД=160/90 на обеих руках ЧСС 70/мин ЧДД 20 $T_c = 36,4^{\circ}C$ Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные ритмичные, соотношение тонов не нарушено. Пульс 70/мин; Удовлетворит. наполнение и напряжения. Положительное симптом Керра, Орнера-Грекова, Мюсси-Гершицкого. Живот мягкий, локальная болезненность при пальпации в точке проекции желчного пузыря, напряжение мышц передней брюшной стенки нет. Размеры печени по Курлову 9x8x7 Край печени острой, мягкой, эластичной.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>При поступлении больная в предлежала жалоб на боли умеренные, ноющего характера в правой подреберье, но irradiируется в эпигастрий.</p> <p>План обследования: общий анализ крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, биохимическое исследование крови (АСТ, АЛТ, билирубин креатинин и некреатинин фракции, ЩФ)</p> <p>Проводил осмотр больного Д. Влет. ДС при поступлении с острой аппендицит. Субъективно: жалобы на боли в эпигастральной области постоянного характера. Сознание среднее степени тяжести. Положение вынужденное. АД = 140/70 на обеих руках. ЧСС 85/мин. ЧДД 19/мин. РД 85 удовлетворительного напряжения, полной, одинаковой на обеих руках. Аускультация легких без хрипов. Тоны сердца ритмичные. Шум в животе при пальпации: напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность в эпигастрии, Щеткина-Блимерда, Воскресенского, Ситковского. План обследования: общий анализ крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости. Присутствовал на диагностической лапароскопии: легкая интраабдоминальная анестезия параумбиликальной области, Sol Novocaini 0,5%; Sol Promedoli 1% 1ml п/к; оперативной доступ Били; шной вершина создаём пневмоперитонеум во избежание спяного кровоизлияния органов; троакаром прокалываем брюшную стенку, через троакар вводим лапароскоп. Червеобразной слепки гипертензиван, увеличен в размерах. Цель: эндоскопическая резекция слепки с червеобразной слепкой и червеобразной слепкой желудка. Тактика: аппендэктомия.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>В приёмном отделении обследовал больного С 35 лет с ДС: ущемлённая левосторонняя коронарная грона. Жалобы на боли в каровой области при ходьбе, кашле, дефекации. Субъективно: состояние удовлетворительное. АД = 110/70 на обеих руках ЧДД 18/мин ЧСС 75/мин. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные ритмичные, соотношение тонов не изменено. Пульс 75 уд/в. напряжён и наполнен. Размеры печени по Курлову 9*8*7. Живот мягкий, безболезненный. Увеличение мочевого пузыря - сформировалась каровая грона. План обследования: УЗИ органов брюшной полости. Тактика: грона сечение. Курирован присутствием почечной колики. Болеющему и: Sol Baralgin 5,0; Sol No-Spa 2% - 2ml. Осмотрел больного Т 48 лет с ДС: острая кишечная непроходимость. Субъективно: Жалобы на постоянные, не интенсивные боли в правой и левой боковой областях. Задержка стула. Метеоризм. Состояние средней степени тяжести. ЧСС 65 ЧДД 18/мин. Пульс 65 удовлетворит. напряжён, слабо наполнен. АД = 110/70 на обеих руках t°С = 36,6°С. Живот вздут, ассиметричен. Периметалитика ослаблена. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову 9*8*7. Дальнейшая тактика: УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенограмма ОБП, обязательная клизма, лабораторное исследование ф/а крови, ф/а мочи, б/х крови. Присутствовал на операции по поводу прободной язвы желудка у больного В</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>50 лет Произведена верхняя срединная лапаротомия. Извлеченное желчное содержимое удалено салфетками. Место расположения зуба ограничено салфетками. Перфоративное отверстие ушито рядом с наружно-материнскими швами. Линия швов расположена поперечно к оси органа. При зашивании швов края зуба инвагинированы. Произведена перитонизация зуба: к ушной зубе подшит саленник на коже. Брюшина полости осушена салфетками и введен антибиотик. Произведено дренирование брюшной полости, большого сальника, заднего пространства.</p> <p>Передняя брюшная стенка полностью восстановлена. В ординаторской записке врачебные истории болезни (данное выписка больного) Произведен переводку послеоперационной больному с ДС: острой аппендицит и с ДС: острой кишечная непроходимость. Выполнен 5 внутримышечных инъекций: Sol Analgin 25% 2ml; Sol Dimedrol 1% 1ml; Sol Prednisolon 40 mg больной Д, у которой упало АД до 40/0 после быстрого введения гипоксид-новокаиновой смеси. Приготовлена на ФДС у больного Б 58 лет с ДС: эрозивной гастрит, свежее кровотечение средней степени тяжести. Дальнейшая тактика ведения больного: консервативное лечение - голод, анальгетики, инфузионная терапия профилактика повторных кровотечений</p> <p>Приготовлена на УЗИ у больного К с ДС: интименная пилорическая грыжа; на обзорной рентгенографии органов брюшной полости у больной О. с ДС: острой кишечная непроходимость</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p> Осматриваю поступившего больного С с ДС: Вздох кишечная непроходимость. Объективно: Абдомен на вздохе твёрдый, боли в животе Мезоэпидурма. Задержку стула. Созревшие сред- ней степени перистальтика. При осмотре живота живот вздут, мягкий при пальпации, болез- ненность в левой подвздошной и ...чуждой- областях. Симптомы раздражения брюшины нет. ЧСС 75/мин ЧДД 19/мин АД 140/70 на обеих руках, $t^{\circ} = 36,4^{\circ}C$. Фокусное твёрдое (ХОБЛ средней степени тяжести) Тоны сердца ясные регулярные. В нижних отделах лёгких выслу- шиваются сухие свистящие хрипы. Пульс 75/мин, удовлетворительного напряжения и наполнения. Присутствовал на операции ушивания раны печени, Френкировании брюшной полости у больного А 20 лет с ДС, происходящая колото-резаная ранение брюшной полости с ранением печени. Операция начата с верхней срединной лапаротомии. Доступ расширен вправо под прямой мышцей (доступ Черни). Кровоте- чение раны временно остановлено сдави- нием печёчно-двуденальной связки. В ране кровотечение остановлено захватом кровоотводящих сосудов кровоостанавливающими зажимами, в рану введён тампон на поч- ке. Наложены П-образные швы, края раны сближены и осторожно завязаны. Выполнен печёчно-двуденальной связки брюшной полости. Напо- ложено послейное швы на переднюю брюш- ную стенку. Присутствовал на ЧДС у больного 46 лет с ДС: Эпидурная болезнь желудка, </p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>состоявшиеся кровоотемне. В кардиальной части желудка обнаружена язва 1×0,5см с кровоотгашим сосудом. Дальнейшая так- тика ведения больного: резекция желудка сшиванием кровоотгашей язвы. В ординатор- ский запасник вразебные историе болезни (данное осмота беломом). Выполнили 5 внутре- шних инъекций: Ampicillini-natrii 0,5; Sol. Insulini 3ED подкожно.</p>

Дневник производственной практики по акушерству.

1.06.2016г. (В первом дне прохождении практики мы указываем куда и в какое отделение, и описываем структуру роддома и отделения.)

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

Приступила к прохождению практики в родильном отделении городского родильного дома №1.

Ознакомилась с работой и устройством отделения. Родильное отделение включает в себя предродовые палаты (палату), палату интенсивной терапии, родовые палаты (залы), комнату для новорожденных, операционный блок (большая и малая операционная, предоперационная, комната для хранения крови, переносной аппаратуры), кабинеты и комнаты для медперсонала, санузлы и т.п.

Предродовые и родовые палаты могут быть представлены отдельными боксами, которые при необходимости можно использовать в качестве малой операционной или даже большой операционной при наличии в них определенного оборудования. Если же они представлены отдельными структурами, то должны быть в двойном наборе, чтобы чередовать их работу с тщательной санитарной обработкой (работа не более трех суток подряд).

В *предродовой* необходима централизованная подводка кислорода и закиси азота и соответствующая аппаратура для обезболивания родов, кардиомониторы, аппараты для УЗИ. В предродовой соблюдают определенный санитарно-эпидемический режим: температура в помещении +18°C — +20°C, влажная уборка 2 раза в сутки с использованием моющих средств и 1 раз в сутки — с дезинфицирующими растворами, проветривание помещения, включение бактерицидных ламп на 30-60 минут.

Каждая роженица имеет индивидуальную кровать и судно. Кровать, судно и скамейка для судна имеют один и тот же номер. Кровать накрывают только при поступлении роженицы в предродовую палату. После перевода на роды белье с кровати снимают и помещают в бак с полиэтиленовым мешком и крышкой, кровать дезинфицируют. Судно после каждого использования промывают проточной водой, а после перевода роженицы в родильный зал его дезинфицируют.

В предродовой палате у роженицы берут кровь из вены для определения времени свертывания и резус-фактора. Врач и акушерка ведут постоянное наблюдение за роженицей, течением I периода родов. Каждые 2 часа врач производит запись в истории родов, в которой отражает общее состояние роженицы, пульс, АД, характер схваток, состояние матки, сердцебиение плода (в I периоде его выслушивают каждые 15 минут, во II периоде — после каждой схватки, потуги), отношение предлежащей части ко входу в малый таз, сведения об околоплодных водах.

В родах проводят медикаментозное обезболивание с помощью спазмоаналгетиков, транквилизаторов, ганглиоблокаторов, нейролептиков, наркотических средств и др. Обезболивание родов проводит врач анестезиолог-реаниматолог или опытная сестра-анестезист.

Влагалищное исследование обязательно производят дважды: при поступлении в родильный дом и после излития околоплодных вод, а дальше — по показаниям. В истории родов обязательно указывают эти показания. Влагалищное исследование проводят с соблюдением всех правил асептики и антисептики с взятием мазков на флору. В

предродовой роженица проводит весь I период родов. При наличии условий разрешено присутствие мужа.

Палата интенсивной терапии предназначена для беременных, рожениц и родильниц с тяжелыми формами гестоза и экстрагенитальными заболеваниями. Палата должна быть оснащена необходимыми инструментами, медикаментами и аппаратурой для оказания неотложной помощи.

В начале II периода родов роженицу переводят в *родильный зал* после обработки наружных половых органов дезинфицирующим раствором. В родильном зале роженица надевает стерильную рубашку и бахилы.

12: 00 Совместно с врачом провела сбор анамнеза у поступившей роженицы. Анамнез жизни включает в себя:

Наследственные заболевания.

Условия труда и быта.

Перенесенные общие (в детстве, взрослой, в т.ч. операции), проведенное лечение (какое, где, исход), венерические заболевания, заболевания во время беременности.

Перенесенные гинекологические заболевания (в детстве, взрослой, в т.ч. операции), проведенное лечение (какое, где, исход).

Аллергологический анамнез.

Гемотрансфузионный анамнез.

Гормональная терапия (проводилась, нет; когда, чем, по какому поводу).

Вредные привычки.

Профессиональные вредности.

Дотестовое консультирование (по обследованию на ВИЧ-инфекцию).

Эпиданамнез (по ВИЧ-инфекции).

Менструальная функция (менархе, характер, особенности).

Половая функция (с какого возраста, брак, методы контрацепции, интимные проблемы).

Детородная функция: беременности в хронологическом порядке, течение, исход.

Секреторная функция (бели, характер). Функция соседних органов (мочевой пузырь, кишечник).

02.06.16 г

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

10: 00 Совместно с врачом провела сбор анамнеза и наружное акушерское обследование путем осмотра, пальпации, аускультации и измерения. У данной пациентки:

Осмотр: Форма живота оvoidная. Молочные железы увеличены, мягкие, соски увеличены, пигментированы. Характер роста волос на лобке и белой линии живота без особенностей.

Измерение живота: Окружность живота — 101, высота стояния дна матки — 36.

Пальпация живота :

1 прием Леопольда- Левицкого. Ладонные поверхности обеих рук располагаем таким образом, чтобы они охватывали дно матки, определяем ВСМ, форму и часть плода, которая там находится. У данной пациентке на дне матки тазовый конец. Тазовый конец — крупная, но менее плотная и округлая часть, чем головка.

2 прием: Определяем положение, позицию и вид. Опускаем руки со дна матки на ее боковые поверхности, осторожно надавливая определяем с одной стороны спинку (гладкая и широкая), а с другой ручки и ножки. У данной пациентки продольное положение (ось плода совпадает с осью матери), первая позиция (обращение спинки плода к левой стороне матки), и передний вид (спинка обращена несколько кпереди).

3 прием: Определение предлежащей части. Головка крупная, округлая, баллотирующая. Тазовый конец- крупный, мягкий, не баллотирующий. Для этого приема охватывается предлежащая часть и пальпируется. У данной пациентки головное предлежание.

4 прием: Позволяет определить не только предлежащую часть, но и отношение к входу в малый таз. Для этого врач охватывает предлежащую часть и пытается соединить пальцы

между собой если удастся соединить между подлежащей частью и лонными костями, то над входом в малый таз, если нет, то подлежащая часть прижата ко входу. У данной пациентки подлежащая часть-головка, прижата ко входу в малый таз.

При исследовании данной пациентки было установлено: Положение плода продольное (situs longitudinalis), первая позиция (position prima), передний вид (visus anterior), прилежащая часть головки (praesentatio capitis) прижата ко входу в малый таз в состоянии сгибания.

Измерение таза.

Distacia spinarum-расстояние между передневерхними осями подвздошных костей. Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. В норме 25-26 см. У данной пациентки 26.

Distancia cristarum—расстояние между наиболее удалёнными точками гребней подвздошных костей. Норма 28-29 см. У пациентки 29.

Distancia trochanterica-расстояние между большими вертелами бедренных костей. Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговицы тазомера. В норме 30-31 см. У пациентки 35

Conjugata externa-наружная конъюгата, т.е. прямой размер таза. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают. Пуговицу одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимают к надкрестцовой ямке. В норме 20-21 см. У пациентки 20.

Крестцовый ромб представляет собой площадку на задней поверхности крестца: верхний угол ромба составляет углубление между остистым отростком 5 поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня; боковые углы соответствуют задневерхним осям подвздошных костей: нижний-верхушка крестца; сверху и снаружи ромб ограничивается выступами больших спинных мышц, снизу и снаружи выступами ягодичных мышц. Форма правильная, когда вертикальный размер 10 см., поперечный 10 см. У данной пациентки соответствует нормальным значениям.

Индекс Соловьёва-измерение окружности запястья сантиметровой лентой даёт представление о толщине костей таза в норме он составляет 14-16 см. У пациентки 16 см.

Длина плода, предполагаемый вес плода:

Длина плода измеряется тазометром. В данном случае 50 см.

Предполагаемый вес плода-окружность живота в см. по уровню пупка множимая на высоту стояния матки над лоном. В данном случае приблизительная масса плода 4100 гр.

Аускультация плода:

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 141 ударов в минуту, выслушивается слева ниже пупка.

13:00 Присутствовала на родах у пациентки К.

03.06.16г.

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

10: 00 Совместно с врачом провела сбор анамнеза и наружное акушерское обследование путем осмотра, пальпации, аускультации и измерения. У данной пациентки:

Форма живота оvoidная. Молочные железы увеличены, мягкие, соски увеличены, пигментированы. Характер роста волос на лобке и белой линии живота без особенностей.

Окружность живота — 101, высота стояния дна матки — 36.

При исследовании данной пациентки было установлено: Положение плода продольное (situs longitudinalis), первая позиция (position prima), передний вид (visus anterior), прилежащая часть головки (praesentatio capitis) прижата ко входу в малый таз в состоянии сгибания.

Измерение таза.

Distacia spinarum— 26. Distancia cristarum— 29. Distancia trochanterica— 35. Conjugata externa-21. Крестцовый ромб 10 на 10. Индекс Соловьёва-14

Длина плода 50 см. Предполагаемый вес плода-4150.

Аускультация плода: Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту, выслушивается слева ниже пупка.

12:00 Совместно с врачом провела Внутреннее акушерское обследование: наружные половые органы без особенностей, влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сглажена, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел, оболочки умеренно плотные, количество передних вод достаточное. Предлежащая часть-головка, прижата ко входу в малый таз. Верхний край лобкового симфиза, мыс крестца, безымянная линия таза достижимы, емкость таза достаточная. *Conjugata diagonalis* 13см. *Conjugata vera* 11 см.

14:00 Присутствовала на родах у пациентки С.

04.06.16г

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

11: 00 Присутствовала на родах у пациентки Б., совместно с врачом провела осмотр последа. Послед кладут на ровную поверхность материнской стороной вверх, ватным тампоном удаляют сгустки крови и внимательно осматривают его целостность и структуру. В норме поверхность долек гладкая и блестящая, дольки плотно прилегают друг к другу). Переворачивают послед и осматривают плодовую часть плаценты, обращая внимание на место прикрепления пуповины (центральное, краевое, оболочечное). Осматривают оболочки и определяют их целостность. Для этого послед приподнимают за пуповину. У данной пациентки послед без изменений.

14:00 Присутствовала на родах у пациентки Р. В14 25 в правильном биомеханизме родов в переднем виде затылочного предлежания родился живой доношенный мальчик массой 3600г, ростом 54 см, окружность головки 36 см, окружность груди 35 см. Закричал сразу после пережатия пуповины. Оценка по шкале Апгар 7/10 баллов.

05.06.2016г.

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

10: 00 Присутствовала на родах у пациентки Э., совместно с врачом провела осмотр последа. Заключение Послед большой 28 x 25 см, с петрификацией оболочек, хорошо видны борозды между дольками плаценты.

13:00 Совместно с врачом провела сбор анамнеза и наружное акушерское обследование путем осмотра, пальпации, аускультации и измерения. У данной пациентки: Форма живота оvoidная. Молочные железы увеличены, мягкие, соски увеличены, пигментированы. Характер роста волос на лобке и белой линии живота без особенностей.

Окружность живота — 111, высота стояния дна матки – 37.

При исследовании данной пациентки было установлено: Положение плода продольное (*situs longitudinalis*), первая позиция (*position prima*), задний вид (*visus anterior*), прилежащая часть головки (*praesentatio capitis*) прижата ко входу в малый таз в состоянии сгибания.

Distacia spinarum— 27. *Distancia cristarum*— 29. *Distancia trochanterica*—

34. *Conjugata externa*-21. Крестцовый ромб 10 на 11. Индекс Соловьёва-16.

Длина плода 56 см. Предполагаемый вес плода-4050.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту, выслушивается слева ниже пупка.

06.06.2016г.

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

9:30 Присутствовала на родах у пациентки А. Совместно с врачом провела первичный туалет новорожденного, алгоритм: новорожденного принимают в стерильную нагретую пеленку и укладывают на грудь матери, затем проводят обработку и перевязку пуповины (пережатие пуповины 2 зажимами, между которыми пересекают). После ребенка

кладут на пеленальный столик, над которым располагается мощная лампа. Салфеткой смоченной в спиртовом растворе, аккуратно протирают пуповину, затем накладываеся скоба Роговина, через 1,5 см от нее отсекается. После следует обработка кожи, удаление с нее слизи. После проводится профилактика гонобленореи, для этого используют 1% тетрациклиновую мазь (закладывается в конъюнктивальный мешок, растирается). После проводится антропометрия: взвешивание, измерение роста, окружность головы, окружность груди. После на ручки и ножки накладываются бирочки с указанием ФИО матери, полной даты рождения, рост, пол, вес.

10:00 Измерение АД и термометрия пациенток в раннем послеродовом периоде.

11:00 Совместно с врачом провела сбор анамнеза и наружное акушерское обследование путем осмотра, пальпации, аускультации и измерения.

Форма живота оvoidная. Молочные железы увеличены, мягкие, соски увеличены, пигментированы. Характер роста волос на лобке и белой линии живота без особенностей.

Окружность живота — 110, высота стояния дна матки — 35.

При исследовании данной пациентки было установлено: Положение плода продольное (situs longitudinalis), первая позиция (position prima), задний вид (visus anterior), прилежащая часть головки (praesentatio capitis) прижата ко входу в малый таз в состоянии сгибания.

Distacia spinarum— 27. Distancia cristarum— 29. Distancia trochanterica—

33. Conjugata externa-21. Крестцовый ромб 10 на 11. Индекс Соловьёва-16.

Длина плода 56 см. Предполагаемый вес плода-4050.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту, выслушивается слева ниже пупка.

14:00 Присутствовала на родах у пациентки С. В 14 15 в правильном биомеханизме родов в переднем виде затылочного предлежания родился живой доношенный мальчик массой 4100г, ростом 41 см, окружность головки 36 см, окружность груди 34 см. Закричал сразу после пережатия пуповины. Оценка по шкале Апгар 7/10 баллов.

07.06.16г

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

11: 00 Присутствовала на родах у пациентки Б., совместно с врачом провела осмотр последа. Послед кладут на ровную поверхность материнской стороной вверх, ватным тампоном удаляют сгустки крови и внимательно осматривают его целостность и структуру. В норме поверхность долек гладкая и блестящая, дольки плотно прилегают друг к другу). Переворачивают послед и осматривают плодовую часть плаценты, обращая внимание на место прикрепления пуповины (центральное, краевое, оболочечное). Осматривают оболочки и определяют их целостность. Для этого послед приподнимают за пуповину. У данной пациентки послед без изменений.

13:00 Присутствовала на проведении эпидуральной анестезии пациентки К.

14:30 Присутствовала на родах у пациентки А. Совместно с врачом провела первичный туалет новорожденного. Наблюдала за проведением мероприятий по борьбе с маточным кровотечением: Оxytocini 10 ЕД внутримышечно.

08.06.16г

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

10: 00 Совместно с врачом провела сбор анамнеза и наружное акушерское обследование путем осмотра, пальпации, аускультации и измерения. У данной пациентки Форма живота оvoidная. Молочные железы увеличены, мягкие, соски увеличены, пигментированы. Характер роста волос на лобке и белой линии живота без особенностей.

Окружность живота — 110, высота стояния дна матки — 35.

При исследовании данной пациентки было установлено: Положение плода продольное (situs longitudinalis), первая позиция (position prima), задний вид (visus anterior), прилежащая часть ягодицы.

Distacia spinarum— 27. Distancia cristarum— 29. Distancia trochanterica— 33. Conjugataexterna-21. Крестцовый ромб 10 на 11. Индекс Соловьёва-16.

Длина плода 56 см. Предполагаемый вес плода-4050.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту, выслушивается слева выше пупка.

Дневник производственной практики по ГИНЕКОЛОГИИ.

1.06.2016г. (В первом дне прохождении практики мы указываем куда и в какое отделение, и описываем структуру роддома и отделения.)

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

Приступила к прохождению практики в гинекологическом отделении женской консультации.

Ознакомилась с работой и устройством отделения.

9:30 — 15 00 Совместно с врачом сбор анамнеза, осмотр и написание историй:

1) Больная П., поступила в гинекологическое отделение. Клинический диагноз: дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте.

План обследования и лечения:

1. Лабораторное обследование (анализы крови, мочи, мазок на гонорею из уретры и цервикального канала, мазок на онкоцитологию, кровь на RW, групповую и резус-принадлежность, кольпоскопия, УЗИ органов малого таза).
2. Раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Описание операции выскабливания матки и цервикального канала

В асептических условиях, под местным (общим — указать каким конкретно) обезболиванием шейка матки обнажена в зеркалах и фиксирована щипцами Мюзо за переднюю губу. Длина матки по зонду 9 см. Кюреткой N 1 произведено выскабливание цервикального канала. Затем канал расширен расширителями Гегара до N7. Кюреткой N4 произведено выскабливание матки. Получен обильный соскоб, который послан на гистологическое исследование. Стенки матки гладкие. После снятия щипцов Мюзо шейка матки обработана йодной настойкой.

2) Больная И., поступила в гинекологическое отделение. Клинический диагноз: двухсторонний подострый аднексит, цервицит.

План обследования и лечения.

1. Лабораторное и клиническое обследование (анализы крови, мочи, мазок на гонорею из уретры и цервикального канала, мазок на онкоцитологию, кровь на RW, групповую и резус-принадлежность, кольпоскопия, УЗИ органов малого таза).
2. Медикаментозная терапия:

- а) антибактериальная терапия
- б) иммунотерапия
- в) местное лечение.
- г) физиотерапевтическое лечение

2.06.2016г.

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

9:30 — 15 00 Совместно с врачом сбор анамнеза, осмотр и написание историй:

1) Больная А., клинический диагноз: Дисфункциональное маточное кровотечение, репродуктивного периода.

План обследования: Общий анализ крови. Исследование флоры влагалища, цервикального канала, уретры. Цитологическое исследование влагалищного мазка. УЗИ органов малого таза. Раздельное диагностическое выскабливание матки, с последующим гистологическим исследованием соскоба. Исследование крови на ВИЧ-инфекцию, RW, HBS-антиген.

Лечение:

Консервативное лечение: 1. Средства, повышающие тонус матки: иптин по 0.05 гр. 3 раза в день, эрготал по 1 мг. 3 раза в день.

2. Средства, влияющие на свёртываемость крови – викасол 3.0 мл в/м.

3. Антибактериальные средства – доксицилин 1 капсула 2 раза в день, трихопол 0.25 x 3 раза в день, нистатин 0.5 x 4 раза в день, как антикандидозное средство.

2) Больная С., клинический диагноз: Миома матки (субмукозный рождающийся узел). Нарушение менструального цикла. Железодефицитная анемия II степени.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

1. Клинический анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Биохимический анализ крови.

4. Кровь по Сухареву.

5. Протромбиновый индекс.

6. RW.

7. Форма N 50.

8. ФЛГ.

9. Бактериологическое исследование кала на дизентерийную и тифо-паратифозную группы.

10. Анализ кала на я/глист.

11. ЭКГ.

12. Исследование мазков на гонококки.

13. Мазок из шейки, цервикального канала.

14. Определение группы крови и Rh принадлежности.

15. УЗИ.

16. Консультация анестезиолога.

План лечения: 1. Радикальное хирургическое лечение — оперативное вмешательство в объеме экстирпации матки. Противопоказаний нет.

2. Активная противоанемическая и антигеморрагическая терапия.

3.06.2016г.

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

9:30 — 15 00 Совместно с врачом сбор анамнеза, осмотр и написание историй:

1) Больная С., клинический диагноз: Миома матки, интерстициально-субсерозная форма. Поликистозная дегенерация левого яичника.

План обследования

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Кал на Я/Г

4. Кровь на RW

5. Кровь на ВИЧ

6. Кровь на HbsAg

7. Кровь на группу и резус фактор

8. Биохимический анализ крови (показатели белкового обмена, азотистые шлаки, пигменты сыворотки крови, минеральный обмен, сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки)

9. Коагулограмма (ПТИ, фибриноген, фибриноген Б, этаноловый тест)

10. ЭКГ
11. Флюорограмма органов грудной клетки
12. Кал на я/г
13. Расширенная кольпоскопия
14. Мазок на онкоцитологию
15. Мазок на кольпоцитологию
16. Мазок из цервикального канала, уретры, rectum на микрофлору, трихомонады, гонококк
17. УЗИ органов малого таза
18. Гистероскопия
19. Гистеросальпингография
20. Раздельное диагностическое выскабливание
21. Консультация терапевта и анестезиолога перед операцией

План лечения данной больной:

Перед тем как доставить больную в операционную необходимо выполнить бинтование нижних конечностей эластичным бинтом, т.к. у пациентки имеется варикозное расширение вен нижних конечностей. Влагалище и шейку обрабатывают этиловым спиртом. Во влагалище вводят стерильный тампон, выступающий наружу, конец которого берут на зажим удаляют перед вскрытием влагалища. В мочевом пузыре оставляют постоянный катетер.

Проведена операция: Лапаротомия. Extirpatio uter cum tubaria. Резекция левого яичника.

Премедикация: Sol. Promedoli 20 mg

Sol. Suprastini 20 mg в/м за 30 минут до операции

Sol. Metacini 0,5 ml

После операции:

1) Sol. Aetamsilati 12,5%-2 ml

d.t.d. N 5 in amp

D.S. по 2 мл внутримышечно

2) Sol. Papaverini hydrochloridi 2%-2 ml

d.t.d. N 5 in amp

D.S. по 2 мл внутримышечно

3) Sol. Dibazoli 1%-1 ml

d.t.d. N 5 in amp

D.S. по 4 мл внутримышечно

Реабилитация:

1 этап: комплекс раннего восстановительного лечения

Восстановление ОЦК

Sol. NaCl 0,9%-200,0

Sol. Riboxini 3%-10,0 в/в капельно № 5

Sol. NaCl 0,9%-200,0

Sol. Acidi ascorbinici 5% 10,0 в/в капельно № 5

Антибактериальная терапия Benzylpenicillini-natrii 1000000 Ед внутримышечно через 6 часов в течение 3 дней.

Коррекция болевого синдрома Baralgin 5 ml в/м 2 p/сутки.

3.06.2016г.

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

9:30 — 15 00 Совместно с врачом сбор анамнеза, осмотр и написание историй:

1) Больная Х., клинический диагноз: Миома матки, киста левого яичника.

План обследования

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Биохимический анализ крови
4. Трансвагинальное УЗИ
5. Консультация терапевтом
6. ЭКГ

Учитывая, что у данной больной имеется сочетание миомы матки с кистой левого яичника – консервативное лечение ей противопоказано, поэтому встает вопрос о радикальном лечении данной патологии в объеме надвлагалищной ампутации или экстирпации матки. В данном случае, учитывая климактерический возраст пациентки и состояние поражение матки и левого яичника, рекомендуется надвлагалищная ампутация матки с придатками.

Была выполнена

Нижнесрединная лапаротомия, супрацервикальная ампутация матки с придатками.

2) Больная П., клинический диагноз: Наружный эндометриоз средней степени тяжести (эндометриоз левого яичника 2 ст, эндометриоз брюшины, прямокишечно-маточного углубления, воронко-тазовых связок, крестцово-маточных связок).

План обследования :

1. Лабораторное обследование (анализы крови, мочи, мазок на гонорею из уретры и цервикального канала, мазок на онкоцитологию, кровь на RW, групповую и резус-принадлежность, кольпоскопия, УЗИ органов малого таза).

Лечение: Лапароскопия (цистэктомия слева, термокоагуляция очагов эндометриоза).

Двухсторонняя стерилизация маточных труб.

Предоперационная подготовка:

1. Sibazoni 0,5% — 2,0 внутримышечно
2. Atropini sulfatis 0,1% — 1,0 внутримышечно

Терапия после операции:

1. Холод на низ живота в течение 6 часов — для снижения постоперационного отека и боли
2. Analgini 3,0 внутримышечно — для снижения постоперационных болей
3. Lincomicini hydrochloridi 30% — 1,0 внутримышечно 3 раза\ день — для профилактики инфекционных осложнений

Гормональная терапия после операции

1. Эстроген-гестагенные препараты в течение 6 мес -1 года — они подавляют выработку гонадотропных гормонов, в результате чего не происходит созревания фолликулов. В эндометрии развиваются атрофические процессы. Даназол 2-4 таблетки по 200мг в течение 6 месяцев. Гестринон

2. Чистые гестагены пролонгированного действия угнетают гипоталамо- гипофизарную гонадотропную функцию, что приводит к аменорее.

Медроксипрогестерона ацетат 200 мг в\м в месяц. Дюфастон

3. Агонисты гонадолиберина — вызывают медикаментозную гипофизэктомию Золадекс, декапептил, нафарелин, бусерилин. Курс лечения — 6 месяцев

Физиотерапия (одновременно с гормонотерапией)

Электрофорез йодида калия, цинка, амидопирина, сульфата магния — для профилактики образования спаек.

3.06.2016г.

8:45 Присутствовала на утренней врачебной конференции, прослушала отчеты дежурных врачей.

9:30 — 15 00 Совместно с врачом сбор анамнеза, осмотр и написание историй:

1) Больная Н., клинический диагноз: Доброкачественное новообразование левого яичника (цистаденома левого яичника гигантских размеров).

План обследования и лечения:

1. Лабораторное обследование (анализы крови, мочи, мазок на гонорею из уретры и цервикального канала, мазок на онкоцитологию, кровь на RW, групповую и резус-принадлежность, кольпоскопия, УЗИ органов малого таза).
2. Раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Лечение:

Гентамицина Сульфат (Gentamycini sulfas) – 0,08 г (+2 мл стерильной воды для инъекций)
3 раза в день, внутримышечно.

Лизиноприл (Lisinopril). 1-[N-[S]-1-Карбокси-3-фенилпропил]-L-лизил]- L-пролин – по ½
таблетки 1 раз в день. (Tab. Lisinoprii 0,05)

Ибупрофен (Ibuprofenum). d, 1-2-(4-Изобутилфенил)-пропионовая кислота – по 2 таб. 3
раза в день.

Феназепам (Phenazepaitium) – по 1 таб. (0,00025 г.) 1 раз в день, на ночь.

2) Больная Н., клинический диагноз:

Дневник производственной практики по терапии.

27.06.16г.

8 : 15 — 16:00

Поступила на практику в ГУЗ ГKB №1 в кардиологическое отделение.

Прослушала инструктаж по работе на производственной практике в кардиологическом
отделении. Заведующий отделением ХХХ. Прикреплена к ХХХ. Курирую 1 палату, на
данный момент в ней находится 4 пациента. Познакомилась с пациентами, на
проведенном обходе расспросила жалобы, анамнез, посмотрела объективно больного.
Познакомилась с имеющейся историей болезни, анамнезом, результатами
инструментальных методов диагностики. Ознакомилась с лечением в «листе назначений».

1) Больной А.А.А, 60 лет.

DS. Основной: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. ПИКС (ИМ в 2007 году рубцовые
изменения передней стенки, верхушки, боковой и задней стенок). АКШ в 2008 году.

Хроническая постинфарктная аневризма левого желудочка .

Осложнения: ХСН2А, ЗФК.

Фоновые: Гипертоническая болезнь IIIст,3ст, риск 4.

Сопутствующие: Атеросклероз аорты, мозговых артерий.

План обследования. ОАК, ОАМ, Б/Х крови, кал я/г, кровь RW, АТ ВИЧ, рентген ОГК, УЗИ
абдоминальное, ЭКГ, ЭхоКГ, холтерЭГ.

План лечения: режим-2, диета-Овд.

1. Sol.Isoceti 0,1% — 5 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9 % — 200ml

смешать, вводить в.в. кап.

2. Sol. Нерагiни 5000 Ед 4 раза в день подкожно

3. Tab. Aspirini 0,5 1 таблетка при поступлении, затем 1/4 в день вечером

4. Tab. Zilt 0,075 4 таблетки при поступлении, далее 1 таблетка в день, вечером.

5. Tab. Metoprololi 0,05 по 1/4 таблетки 2 раза в день.

6. Tab. Carptoprii 0,025 по 1/4 таблетки 3 раза в день

2) Больной Ю.Ю.Б, 60 лет.

DS. Основной: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Умеренный риск по Timi 4 балла.

Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. CHA2DS2VASc — 3 балла, HAS-BLED —
1 балл. Пароксизм от 28.06.16г.

Осложнения: ХСН2А, ЗФК.

Фоновые: Гипертоническая болезнь IIIст,3ст, риск 4.

Сопутствующие: Атеросклероз аорты, мозговых артерий.

План обследования. ОАК, ОАМ, Б/Х крови, кал я/г, кровь RW, АТ ВИЧ, рентген ОГК, УЗИ абдоминальное, ЭКГ, ЭхоКГ, холтерЭГ.

План лечения: режим-2, диета-Овд.

1. Sol.Cordaroni 0,3
Sol. Natrii chloridi 0,9 % — 200ml
смешать, вводить в.в. кап.
2. Sol. Непарини 5000 Ед 4 раза в день подкожно
3. Tab. Aspirini 0,5 1 таблетка при поступлении, затем 1/4 в день вечером
4. Tab. Zilt 0,075 4 таблетки при поступлении, далее 1 таблетка в день, вечером.
5. Tab. Metoprololi 0,05 по 1/4 таблетки 2 раза в день.
6. Tab. Captoprili 0,025 по 1/4 таблетки 3 раза в день
7. Tab. Cordaroni 0,2 по 1 таблетки 3 раза в день
8. Tab. Atoris 0,02 1 таблетка вечером

3) Больной С.Ю.Б, 70 лет.

DS. Основной: ИБС. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. CHA2DS2VASc — 3 балла, HAS-BLED — 3 балл. Пароксизм от 22.06.16г.

Осложнения: ХСН2А, ЗФК.

Фоновые: Гипертоническая болезнь IIIст,3ст, риск 4.

Сопутствующие: Атеросклероз аорты, мозговых артерий.

План обследования. ОАК, ОАМ, Б/Х крови, кал я/г, кровь RW, АТ ВИЧ, рентген ОГК, УЗИ абдоминальное, ЭКГ, ЭхоКГ, холтерЭГ.

План лечения: режим-2, диета-Овд.

1. Sol.Cordaroni 0,3
Sol. Natrii chloridi 0,9 % — 200ml
смешать, вводить в.в. кап.
2. Sol. Непарини 5000 Ед 4 раза в день подкожно
3. Tab. Aspirini 0,5 1 таблетка при поступлении, затем 1/4 в день вечером
4. Tab. Zilt 0,075 4 таблетки при поступлении, далее 1 таблетка в день, вечером.
5. Tab. Atorvastatini 0,04 1 таблетка вечером
6. Tab. Cordaroni 0,2 по 1 таблетки 3 раза в день

4) Больной С.А.Е, 50 лет.

DS. Основной: ИБС. Подострый инфаркт миокарда в области задней стенки от 19.06.16г

Осложнения: ХСН2А, ЗФК.

Фоновые: Гипертоническая болезнь IIIст,3ст, риск 4.

Сопутствующие: Атеросклероз аорты, мозговых артерий.

План обследования. ОАК, ОАМ, Б/Х крови, кал я/г, кровь RW, АТ ВИЧ, рентген ОГК, УЗИ абдоминальное, ЭКГ, ЭхоКГ, холтерЭГ.

План лечения: режим-2, диета-Овд.

1. Sol. Непарини 5000 Ед в/в струйно однократно при поступлении, затем 4 раза в день подкожно
2. Sol/ Clexani 0,6 2 раза в день.
3. Sol.Asparcamii 10.0
Sol. Natrii chloridi 0,9 % — 200ml
смешать, вводить в.в. кап.
4. Tab. Atoris 0,02 1 таблетка вечером
5. Tab. Aspirini 0,5 1 таблетка при поступлении, затем 1/4 в день вечером
6. Tab. Zilt 0,075 4 таблетки при поступлении, далее 1 таблетка в день, вечером.

Оформила на выписку больного ХХХ, хх лет. Написала выписной эпикриз, справку на амбулаторное лечение и наблюдение.

DS. Основной: гипертоническая болезнь: II стадия, 3 степень, риск 4 (ассоциированная ИБС: аритмический вариант (мерцательная аритмия: тахисистолическая форма, желудочковая тахисистолия); ожирение; генетическая предрасположенность;)

Осложнения: НК IIA

Сопутствующие заболевания: Хронический обструктивный бронхит, фаза неполной ремиссии, пневмофиброз, эмфизема, ДН II; легочное сердце (фаза декомпенсации)

Расшифровала за рабочий день : ЭКГ — 3, ОАМ — 3, ОАК — 3, Б/Х — 3.

28.06.16.

8:15 — 16:00

Постпил больной, оформление истории.

1. Больной С.А.Е, 50 лет.

DS. Основной: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4. ИБС: стенокардия напряжения II ФК.

Осложнения: Гипертонический криз от 11.06.2015. Пароксизмальная форма мерцательной аритмии.

План обследования. ОАК, ОАМ, Б/Х крови, кал я/г, кровь RW, АТ ВИЧ, рентген ОГК, УЗИ абдоминальное, ЭКГ, ЭхоКГ, холтерЭГ.

План лечения: режим-2, диета-Овд.

Гипертоническая болезнь

1. Бета-адреноблокаторы. Эгилок 50 мг 1 раз в день.
2. Ингибиторы АПФ Пролонгированного действия. Рамиприл 10 мг 1 раз в день.
3. Блокаторы кальциевых каналов.
4. Антагонисты (блокаторы) рецепторов ангиотензина. Лозартан 50 мг. 1 раз в день.
5. Молсидамин 2 мг. 2 раза в сутки.
6. Диуретики. Фуросемид 20 мг. 1 раз в день утром.

ИБС

7. Нитроглицерин 0,5–1 мг на прием под язык.
8. Бета-адреноблокаторы. Эгилок 50 мг 1 раз в день.
9. Статины. Аторвастатин 10 мг 1 раз в сутки.

Мерцательная аритмия.

10. Амiodарон 600 мг. в сут. 14 дней.
11. Пропранолол в/в струйно 1 мг в течение 1 мин, при необходимости повторно с интервалом в 2 мин (под контролем ЭКГ и АД). Максимальная доза — 10 мг.
12. Аспирин 75 мг/сут, в качестве антиагреганта .

Постпил больной, оформление истории.

1. Больной С.А.Е, 50 лет.

DS. Основной: ИБС. Острый повторный инфаркт миокарда от 5.10.96.

Постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда от 5.10.92).

Осложнения: ХСН IIA, 3 ФК.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь III ст., мягкая артериальная гипертензия. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей; ампутация левого бедра от 1994 г.

План обследования. ОАК, ОАМ, Б/Х крови, кал я/г, кровь RW, АТ ВИЧ, рентген ОГК, УЗИ абдоминальное, ЭКГ, ЭхоКГ, холтерЭГ.

План лечения: режим-2, диета-Овд.

1) Tab.Nitroglicerini 0,0005

D.t.d.N.40 стенокардии

S.По 1 таблетке под язык

2) Tab.Nitrosorbidi 0,005

D.t.d.N.50

S.По 1 таблетке 2-3 раза в день

3) Sol. Heparini 5 ml(25000 ED)

D.S.По 1 мл п/к 4 раза в день

4) Tab.Phenigidini 0,01

D.t.d.N.50

S.По 2 таблетки 3 разав день

5) Tab.Acidi ascorbinici 0,1

D.t.d.N.20

S.По 1 таблетке 2-3 раза в день

Расшифровала за рабочий день : ЭКГ — 4, ОАМ — 10, ОАК — 10, Б/Х — 6.

28.06.16.

8:15 — 16:00

Постпил больной, оформление истории.

1. Больной С.А.Е, 50 лет.

DS. Основной: ИБС. Прогрессирующая стенокардия напряжения с исходом в стенокардию напряжения III ФК. Атеросклероз аорты, кальциноз кольца аортального клапана, недостаточность аортального клапана и митрального клапана. Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень. Риск 4. Гипертонический криз 12.11.2004. Политопная экстрасистолия, пароксизм фибрилляции предсердий от 18.11.04.

Осложнения: ХСН IIA, 3 ФК.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь III ст., мягкая артериальная гипертензия. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей; ампутация левого бедра от 1994 г.

План обследования. ОАК, ОАМ, Б/Х крови, кал я/г, кровь RW, АТ ВИЧ, рентген ОГК, УЗИ абдоминальное, ЭКГ, ЭхоКГ, холтерЭГ.

План лечения: режим-2, диета-Овд.

1. Sol.Cordaroni 0,3
Sol. Natrii chloridi 0,9 % — 200ml
смешать, вводить в.в. кап.
2. Sol. Heparini 5000 Ед 4 раза в день подкожно
3. Tab. Aspirini 0,5 1 таблетка при поступлении, затем 1/4 в день вечером
4. Tab. Zilt 0,075 4 таблетки при поступлении, далее 1 таблетка в день, вечером.
5. Tab. Metoprololi 0,05 по 1/4 таблетки 2 раза в день.
6. Tab. Captoprili 0,025 по 1/4 таблетки 3 раза в день
7. Tab. Cordaroni 0,2 по 1 таблетки 3 раза в день
8. Tab. Atoris 0,02 1 таблетка вечером

Постпил больной, оформление истории.

2) Больной С.А.Е, 50 лет.

DS. Основной: ИБС. Прогрессирующая стенокардия, ПИКС (2000, 2002). Блокада передне-верхней ножки пучка Гиса.

Сопутствующие заболевания: Хроническая аневризма передней стенки левого желудочка. НК I.

Фон: Гипертоническая болезнь III стадия, 3ст, риск 4. Атеросклероз аорты. Ожирение II ст.

Сопутствующие заболевания: Аспириновая астма, легкого течения. Стадия ремиссии.

План обследования. ОАК, ОАМ, Б/Х крови, кал я/г, кровь RW, АТ ВИЧ, рентген ОГК, УЗИ абдоминальное, ЭКГ, ЭхоКГ, холтерЭГ.

План лечения: режим-2, диета-Овд.

1. Sol.Isoceti 0,1% — 5 ml
Sol. Natrii chloridi 0,9 % — 200ml
смешать, вводить в.в. кап.
2. Sol. Heparini 5000 Ед 4 раза в день подкожно
3. Tab. Aspirini 0,5 1 таблетка при поступлении, затем 1/4 в день вечером
4. Tab. Zilt 0,075 4 таблетки при поступлении, далее 1 таблетка в день, вечером.
5. Tab. Metoprololi 0,05 по 1/4 таблетки 2 раза в день.
6. Tab. Captoprili 0,025 по 1/4 таблетки 3 раза в день

Расшифровала за рабочий день : ЭКГ — 4, ОАМ — 10, ОАК — 10, Б/Х — 6.

Дневник по производственной практике 1 курса

«Помощник младшего медицинского персонала»

1. 06. 17.

Поступил на практику в ГГБ №1 города _____, отделение кардиологии. Отделение находится на ___ этаже, содержит в себе следующие помещения: _____. Отделение рассчитано на ___ палаты, в каждой по ___ койки. Зав. отделением _____, руководитель производственной практики _____. Время прохождения с ___ по _____.

8:30 Провел обработку рта тяжелобольному К. палата 30.

Техника проведения:

1. Медицинская сестра моет руки с мылом.
2. Голову пациента приподнимают с помощью функциональной кровати или дополнительных подушек. Грудь закрывают полотенцем, в руки дают почкообразный тазик (или его держит санитарка у подбородка пациента).
3. Берут пинцетом ватный шарик так, чтобы острые концы пинцета были погружены в вату. Смачивают шарик раствором калия перманганата (или другими дезинфицирующими средствами).
4. Просят пациента открыть рот.
5. В левую руку берут шпатель, оттягивают пациенту щеку и протирают ватным шариком наружную поверхность коренных зубов, жевательную поверхность, внутреннюю, часто меняя шарики (один шарик на два-три зуба) во избежание переноса инфекции с одного зуба на другой.
6. В конце процедуры дают пациенту прополоскать рот кипяченой водой или раствором калия перманганата.
7. Если пациент не может сам прополоскать рот, то следует оросить ему полость рта из резинового баллончика или шприца Жане.

Манипуляцию совершают в следующей последовательности:

- голове пациента придают возвышенное положение, чтобы он не захлебнулся;
 - поворачивают голову набок;
 - подстилают под щеку полотенце, к углу рта подставляют почкообразный тазик;
 - набирают в баллончик или шприц один из указанных дезинфицирующих растворов;
 - просят пациента открыть рот;
 - орошают внутреннюю часть противоположной щеки струей из баллончика;
 - поворачивают голову пациента на другую сторону и, зайдя с другой стороны кровати, повторяют процедуру.
8. При обнаружении налета на языке пациента просят высунуть язык. Пальцами левой руки салфеткой берут язык за кончик. Шпателем, взятым в правую руку, снимают налет. Берут пинцетом ватный шарик, смоченный раствором антисептика, и обрабатывают язык. Берут чистый шарик, смачивают глицерином или вазелиновым маслом, или бурой в глицерине и смазывают язык.

9. Если на губах или углах рта обнаружены трещины, то красную кайму губ и углы рта нужно также смазать глицерином или вазелиновым маслом, или бурой в глицерине.

Примечания. Чтобы микрофлора полости рта не привыкла к одному антисептику, его нужно периодически менять. Кроме перечисленных антисептиков можно использовать раствор фурацилина 1:5000, минеральную воду.

Пациентам на полупостельном режиме рекомендуется чистить зубы утром и вечером, а после каждого приема пищи полоскать рот одним из перечисленных антисептиков.

10:00 Транспортировка пациента с приемного отделения в отделение кардиологии.

10:30 Сопровождение пациента на плановое УЗИ ОГК.

11:00 Генеральная уборка процедурного кабинета под присмотром процедурной мед. сестры.

12:30 Транспортировка документов.

12:50 Транспортировка пациентов с приемного отделения.

14:30 Уход домой.

02.06.17

8:30 Измерение давления пациентам в отделение. Техника выполнения:

- 2.1. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца.
- 2.2. Наложить манжету тонометра на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки — один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки. (при необходимости фиксировать руку с помощью младшего медицинского персонала)
- 2.3. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей тонометра до исчезновения пульса (исчезновение пульса фиксируется исследователем пальпаторно). Этот уровень давления, зафиксированный на шкале тонометра, соответствует систолическому давлению.
- 2.4. Спустить воздух из манжеты тонометра и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха.
- 2.5. Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но, не прилагая для этого усилий.
- 2.6. После фиксации мембраны быстро накачать манжету до уровня, превышающего полученный результат на 30 мм рт.ст.
- 2.7. Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст. за секунду. При давлении более 200 мм рт.ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт.ст. за секунду.
- 2.8. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона — это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем.
- 2.9. Отметить по шкале на тонометре прекращение громкого последнего тона — это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.

3. Окончание процедуры

- 3.1. Сообщить пациенту результат измерения артериального давления.
- 3.2. Обработать мембрану фонендоскопа антисептическим или дезинфицирующим средством.
- 3.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3.4. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления у пациента — сообщить врачу.

10:00 Транспортировка пациентов.

12:30 Помощь в кормлении тяжелобольных пациентов.

14:00 Уход домой

03.06.17

8:30 Постановка холодного компресса.

Для постановки холодного компресса следует:

- смочить кусок полотенца в свинцовой примочке или холодной воде;
- хорошо отжать ткань;
- приложить полотенце к больному месту;
- при согревании полотна снова смочить его в свинцовой примочке или воде и приложить к больному месту;
- менять примочку через каждые 2-3 мин.

10:30 Подача судна.

Подача судна выполняется следующим образом:

1. Надеть перчатки.
2. Резиновое судно (применяется у особо ослабленных больных с пролежнями и недержанием мочи и кала) надуть не слишком туго, металлическое ополоснуть теплой водой, оставив в нем немного воды.
3. Помочь больному слегка повернуться набок, немного согнув ноги в коленях.

4. Подвести судно под ягодичы больного, уложить его на спину так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна, поправить подушки, чтобы больной мог находиться в положении полусидя.
5. По окончании дефекации слегка повернуть больного набок, осторожно убрать судно, вытереть область анального отверстия туалетной бумагой, вылить содержимое судна в унитаз.
6. Подставить больному чистое судно, подмыть его, тщательно осушить промежность, убрать судно, клеенку, ширму, помочь удобно лечь.
7. Обработать судно дезинфицирующим раствором, снять перчатки, вымыть руки.

13:00 Участие во взятии мазка из зева

При подозрении на дифтерию или ангину материал берут из зева или носоглотки. Перед взятием мазка больной не должен полоскать горло дезинфицирующими растворами. Не берется мазок из-за опасности рвоты сразу после еды. Для взятия мазка прижимают язык шпателем и берут отделяемое с помощью стерильного ватного тампона, который затем опускают в закрытую стерильную пробирку. Желательно, чтобы время между взятием материала и посевом не превышало 5-6 часов во избежание высыхания тампона.

Дневник по производственной практике 2 курса «Помощник палатной медсестры»

1. 06. 17.

Поступил на практику в ГГБ №1 города ____, отделение кардиологии. Отделение находится на __ этаже, содержит в себе следующие помещения: _____. Отделение рассчитано на __ палаты, в каждой по __ койки. Зав. отделением _____, руководитель производственной практики _____. Время прохождения с ____ по ____.

8:30 Провел обработку рта тяжелобольному К. палата 30.

Техника проведения:

1. Медицинская сестра моет руки с мылом.
2. Голову пациента приподнимают с помощью функциональной кровати или дополнительных подушек. Грудь закрывают полотенцем, в руки дают почкообразный тазик (или его держит санитарка у подбородка пациента).
3. Берут пинцетом ватный шарик так, чтобы острые концы пинцета были погружены в вату. Смачивают шарик раствором калия перманганата (или другими дезинфицирующими средствами).
4. Просят пациента открыть рот.
5. В левую руку берут шпатель, оттягивают пациенту щеку и протирают ватным шариком наружную поверхность коренных зубов, жевательную поверхность, внутреннюю, часто меняя шарики (один шарик на два-три зуба) во избежание переноса инфекции с одного зуба на другой.
6. В конце процедуры дают пациенту прополоскать рот кипяченой водой или раствором калия перманганата.
7. Если пациент не может сам прополоскать рот, то следует оросить ему полость рта из резинового баллончика или шприца Жане.

Манипуляцию совершают в следующей последовательности:

- голове пациента придают возвышенное положение, чтобы он не захлебнулся;
- поворачивают голову набок;
- подстилают под щеку полотенце, к углу рта подставляют почкообразный тазик;
- набирают в баллончик или шприц один из указанных дезинфицирующих растворов;
- просят пациента открыть рот;
- орошают внутреннюю часть противоположной щеки струей из баллончика;

— поворачивают голову пациента на другую сторону и, зайдя с другой стороны кровати, повторяют процедуру.

8. При обнаружении налета на языке пациента просят высунуть язык. Пальцами левой руки салфеткой берут язык за кончик. Шпателем, взятым в правую руку, снимают налет. Берут пинцетом ватный шарик, смоченный раствором антисептика, и обрабатывают язык. Берут чистый шарик, смачивают глицерином или вазелиновым маслом, или бурой в глицерине и смазывают язык.

9. Если на губах или углах рта обнаружены трещины, то красную кайму губ и углы рта нужно также смазать глицерином или вазелиновым маслом, или бурой в глицерине.

Примечания. Чтобы микрофлора полости рта не привыкла к одному антисептику, его нужно периодически менять. Кроме перечисленных антисептиков можно использовать раствор фурацилина 1:5000, минеральную воду.

Пациентам на полупостельном режиме рекомендуется чистить зубы утром и вечером, а после каждого приема пищи полоскать рот одним из перечисленных антисептиков.

10:00 Транспортировка пациента с приемного отделения в отделение кардиологии.

10:30 Сопровождение пациента на плановое УЗИ ОГК.

11:00 Генеральная уборка процедурного кабинета под присмотром процедурной мед. сестры.

12:30 Транспортировка документов.

12:50 Транспортировка пациентов с приемного отделения.

14:30 Уход домой.

02.06.17

8:30 Измерение давления пациентам в отделение. Техника выполнения:

2.1. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца.

2.2. Наложить манжету тонометра на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки — один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки. (при необходимости фиксировать руку с помощью младшего медицинского персонала)

2.3. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей тонометра до исчезновения пульса (исчезновение пульса фиксируется исследователем пальпаторно). Этот уровень давления, зафиксированный на шкале тонометра, соответствует систолическому давлению.

2.4. Спустить воздух из манжеты тонометра и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха.

2.5. Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но, не прилагая для этого усилий.

2.6. После фиксации мембраны быстро накачать манжету до уровня, превышающего полученный результат на 30 мм рт.ст.

2.7. Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст. за секунду. При давлении более 200 мм рт.ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт.ст. за секунду.

2.8. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона — это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем.

2.9. Отметить по шкале на тонометре прекращение громкого последнего тона — это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.

3. Окончание процедуры

3.1. Сообщить пациенту результат измерения артериального давления.

3.2. Обработать мембрану фонендоскопа антисептическим или дезинфицирующим средством.

3.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3.4. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления у пациента – сообщить врачу.

10:00 Транспортировка пациентов.

12:30 Помощь в кормление тяжелобольных пациентов.

14:00 Уход домой

03.06.17

8:30 Постановка холодного компресса.

Для постановки холодного компресса следует:

- смочить кусок полотенца в свинцовой примочке или холодной воде;
- хорошо отжать ткань;
- приложить полотенце к больному месту;
- при согревании полотна снова смочить его в свинцовой примочке или воде и приложить к больному месту;
- менять примочку через каждые 2-3 мин.

10:30 Подача судна.

Подача судна выполняется следующим образом:

1. Надеть перчатки.
2. Резиновое судно (применяется у особо ослабленных больных с пролежнями и недержанием мочи и кала) надуть не слишком туго, металлическое ополоснуть теплой водой, оставив в нем немного воды.
3. Помочь больному слегка повернуться набок, немного согнув ноги в коленях.
4. Подвести судно под ягодицы больного, уложить его на спину так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна, поправить подушки, чтобы больной мог находиться в положении полусидя.
5. По окончании дефекации слегка повернуть больного набок, осторожно убрать судно, вытереть область анального отверстия туалетной бумагой, вылить содержимое судна в унитаз.
6. Подставить больному чистое судно, подмыть его, тщательно осушить промежность, убрать судно, клеенку, ширму, помочь удобно лечь.
7. Обработать судно дезинфицирующим раствором, снять перчатки, вымыть руки.

13:00 Участие во взятии мазка из зева

При подозрении на дифтерию или ангину материал берут из зева или носоглотки. Перед взятием мазка больной не должен полоскать горло дезинфицирующими растворами. Не берется мазок из-за опасности рвоты сразу после еды. Для взятия мазка прижимают язык шпателем и берут отделяемое с помощью стерильного ватного тампона, который затем опускают в закрытую стерильную пробирку. Желательно, чтобы время между взятием материала и посевом не превышало 5-6 часов во избежание высыхания.

Дневник производственной практики 5 курс. Помощник врача амбулаторно- поликлинического учреждения.

10.02.2016 г, приступил к прохождению практики в ГУЗ «Поликлиническое подразделение №5». Заведующая отделением ХХХ. Был распределен на участок №5 к терапевту-участковому ХХХ. В данной поликлинике осуществляются все необходимые виды врачебной и доврачебной помощи, предусмотренные действующим законодательством в области здравоохранения населения. В поликлинике ведут прием все профильные специалисты –кардиолог, уролог, ЛОР- врач, онколог, невролог, онколог, эндокринолог, офтальмолог и собственно терапевты. Работает кабинет Рентгенологии, проводятся физиотерапевтические процедуры, функционирует кабинет ЛФК, а также проводят все необходимые виды исследований- лабораторных и функциональных. В составе

поликлинике есть отделения: ЖК, Стоматологическая поликлиника, Травмпункт.
Знакомство с врачом терапевтом-участковым, установка графика работы и плана работы,
знакомство с работой врача терапевта, знакомство с документацией.
Присутствовал на приеме. Расшифровка ЭКГ, разбор лабораторных исследований: ОАМ и
ОАК.

11.02.16г

16:00-20:00 Работа на приеме, было принято 15 больных, из них с диагнозами ОРВИ-15.
Заполнение 4 листка нетрудоспособности.

Rp: Tab. Paracetamoli 0,5 №20

D.S. по 1 таблетке 4 раза в день

Rp: Caps. Arbidoli 0,1 №10

D.S. по 1 капсуле 4 раза в день.

20:00 Уход домой

12.02.16г

16:00-20:00 Работа на приеме, было принято 11 больных, из них с диагнозами ОРВИ-10, 1
пациент с ИБС стабильная стенокардия напряжения 2 ФК.

Rp: Tab. Paracetamoli 0,5 №20

D.S. по 1 таблетке 4 раза в день

Rp: Caps. Arbidoli 0,1 №10

D.S. по 1 капсуле 4 раза в день.

Rp: Tab. Nitroglicerini 0.0005 №10

D.S. по 1 таблетки под язык при боли в сердце.

20:00 Уход домой

13.02.2016г

16 00 — 20 00 Работа на приеме, было принято 9 больных, из них с диагнозами ОРВИ-8, 1
пациент с Остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Заполнил 1 листок
нетрудоспособности., 1 направление к невропатологу.

Rp: Tab. Paracetamoli 0,5 №20

D.S. по 1 таблетке 4 раза в день

Rp: Caps. Arbidoli 0,1 №10

D.S. по 1 капсуле 4 раза в день.

Rp: Tab. Diclofenaci 0,05 №20

D.S. по 1 таблетке 2 раза в день

Rp: Caps. Omeprazoli 0,02 №30

D.S. по 1 капсуле 2 раза в день, после приема диклофенака.

20:00 Уход домой

14.02.2016г.

16 00 — 20 00 Работа на приеме, было принято 5 больных, из них с диагнозами ОРВИ-5.
Заполнил 2 листка нетрудоспособности.

Rp: Tab. Paracetamoli 0,5 №20

D.S. по 1 таблетке 4 раза в день

Rp: Caps. Arbidoli 0,1 №10

D.S. по 1 капсуле 4 раза в день.

20:00 Уход домой

15.02.2016г.

16 00 — 20 00 Работа на приеме, было принято 17 больных, из них с диагнозами ОРВИ-
15. У 1 пациента : ГБ 2 стадия, 2 ст., риск 3. У 1 пациента : Остеохондрозом шейного
отдела позвоночника. Торакалгия.

Rp: Tab. Paracetamoli 0,5 №20

D.S. по 1 таблетке 4 раза в день
Rp: Caps. Arbidoli 0,1 №10
D.S. по 1 капсуле 4 раза в день.
Rp: Tab. Diclofenaci 0,05 №20
D.S. по 1 таблетке 2 раза в день
Rp: Caps. Omeprazoli 0,02 №30
D.S. по 1 капсуле 2 раза в день, после приема диклофенака.
20:00 Уход домой

16.02.2016г.

16 00 — 20 00 Работа на приеме, было принято 5 больных, из них с диагнозами ОРВИ-4. У 1 пациента Хронический рецидивирующий холецистит, обострение средней степени тяжести. Заполнил санитарно-курортную карту, 1 листок нетрудоспособности.

Rp: Tab. Ciprofloxacini 0,25 №10
D.S. по 1 таблетке 2 раза в день
Rp: Tab. Allocholi №50
D.S. по 2 таблетке 4 раза в день
Rp: Tab. Drotaverini 0,04 №50
D.S. по 2 таблетке 3 раза в день
Rp: Tab. Niperteni 0,0025 №10
D.S. по 2 таблетке 1 раза в день
Rp: Tab. Atorvastatini 0,02 №100
D.S. по 1 таблетке 1 раза в день
20:00 Уход домой

17.02.2016г.

16 00 — 20 00 Работа на приеме, было принято 13 больных, из них с диагнозами ОРВИ-10. У 1 пациента язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хроническая форма, рецидивирующее течение, фаза ремиссии.

ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК. ХСН 2А, 2ФК.

Остеоартроз, быстро прогрессирующий с преимущественным поражением тазобедренных суставов, 3 стадия рентгенологических изменений, с частыми и длительными обострениями, выраженный болевой синдром.

Расшифровка ЭКГ, разбор ОАМ и ОАК, выписал направление на стационарное лечение в отделение травматологии.

Rp: Tab. Amoxicilini 0,25 №10
D.S. по 1 таблетке 2 раза в день
Rp: Caps. Omeprazoli 0,02 №30
D.S. по 1 капсуле 2 раза в день
Rp: Ketoroli 0,01
D.t.d. №10 in amp.
S. внутримышечно 2 раза в день
20:00 Уход домой

18.02.2016г.

16 00 — 20 00 Работа на приеме, было принято 14 больных, из них с диагнозами ОРВИ-10. У 1 пациента ИБС стабильная стенокардия напряжения 2 ФК.

У 1 пациента — Внебольничная нижнедолевая пневмония справа, неосложненное течение.

У 1 пациента — ГБ 2 стадия, 2 ст., риск 3.

Расшифровка ЭКГ, разбор ОАМ и ОАК.

Rp: Tab. Amoxicilini 0,25 №10
D.S. по 1 таблетке 2 раза в день
Rp: Tab. Bisoprololi 0,005 №10

D.S. по 1 таблетке 1 раза в день
Rp: Tab. Cycloferoni 0,15 №20
D.S. по 3 таблетке 1 раза в день
20:00 Уход домой

Характеристика по производственной практике

**Дана студенту ХХХ проходившего практику с
01.06.2016 г по 20.06.2016 г с 8:30 до 15:30 в
родильном отделении Городского родильного
дома №1 в качестве помощника врача.**

Показал себя как внимательный, ответственный, коммуникабельный медицинский работник. С пациентами вежлив, соблюдает все правила этики и диетологии. Врачебные указания выполняет безукоризненно, быстро обучается, хорошо применяет теоретические знания на практике. В круг его обязанностей входило: самостоятельный сбор и проведение наружного акушерского обследования, наблюдение за пациентками в раннем послеродовом периоде. Совместно с врачом проводил внутреннее акушерское обследование, осмотр последа и присутствовал на первичном туалете новорожденного. Присутствовал на всех родах.

За время прохождения практики не было замечаний, оценка «отлично».

**Дана студенту ХХХ проходившего практику с
01.06.2016 г по 20.06.2016 г с 8:30 до 15:30 в
отделении патологии беременности
Городского родильного дома №1 в качестве
помощника врача.**

Показал себя как внимательный, ответственный, коммуникабельный медицинский работник. С пациентами вежлив, соблюдает все правила этики и диетологии. Врачебные указания выполняет безукоризненно, быстро обучается, хорошо применяет теоретические знания на практике. В круг его обязанностей входило: самостоятельный сбор и проведение наружного акушерского обследования. Совместно с врачом проводил внутреннее акушерское обследование, заполнял медицинскую документацию, под наблюдением врача заполнял истории.

За время прохождения практики не было замечаний, оценка «отлично».

Характеристика

За время прохождения производственной практики в

_____ студент _____ проявил себя дисциплинированным, стремящимся к получению знаний, навыков и умений, необходимых в данной области деятельности. Основной задачей его практической работы стало

Под руководством _____, начальника отдела _____ изучил

Несмотря на короткий срок прохождения практики _____ проявил себя активным, дисциплинированным студентом, смог охватить очень большой объем необходимой информации. Помог оформить множество документов различного характера и уровня: (письма, претензии, договоры, соглашения....) Изучал основы работы с информационно-правовой системой «Гарант» и «Консультант».

Ко всем заданиям своей производственной практики _____ относится очень ответственно, поручения с документами выполняет аккуратно. Практическая работа _____ заслуживает отличной оценки.

Начальник отдела кадров

подпись

П.П.Петров

Глава Администрации

подпись, печать

И.И.Иванов

Дневник производственной практики по акушерству.

Дата	Содержание выполненной работы
15.08.09 15.08.09	<p>Принимала и принимала родильниц в приемном покое родильного отделения родильного больницы Перинатального центра и в ЦРБ.</p> <p>Родильниц с ВМД по поводу ВД: Железницкая Татьяна Александровна, Киселькова Юлия Викторовна, родильниц с ВД по г. Сургутской.</p> <p>Принимала родильниц (СРБ) родильниц на 1 этапе, выноса в себе: приемниц и родовых. Прием - Приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна.</p> <p>III - Приемниц с ВМД - приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна.</p> <p>IV - Приемниц с ВМД - приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна.</p> <p>V - Приемниц с ВМД - приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна.</p> <p>С учетом ВМД приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна.</p> <p>1) Приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна.</p> <p>Клиника: приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна.</p> <p>Диагностика: приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна.</p> <p>Результаты: приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна, приемниц с ВМД: Кисельницкая Татьяна Ивановна.</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>Бомб; Аэрометр 100В; 1.08.09г - микрометрический аэрометр на высоте 8-9 м, после аэрометра возмущения ветра промежуточные измерения. Временность - 1</p> <p>Объект: состояние условий (температура, влажность, взвесь, состояние осадков), полевые измерения. РВ = 66 В, ДД 42/10 мм РБС ЧСВ = 19 В</p> <p>Р.К.: Научились пользоваться таблицей формирования тра- ектории, обследовали по линии маршрута, различные часы, часы в виде конической формы, высота 10 метров, высота увеличена до 8 м, высота, ко- личество, обьекты (края, края объектов, времена без объектов), форма промежуточные измерения. ДБ / Крайне высокие температуры после микрометри- ческого аэрометра - 1.08.09г.</p> <p>Обследование: высота (промежуточные измерения в конце пути, по мере пути высота), аэро- метр (1.08.09г - микр аэрометр на высоте 8-9 м, после аэро- метра промежуточные измерения), объектно (линия уве- личена до 8 м, высота, количество, форма измерения, промежуточные)</p> <p>Виды обследования: 1) вертикально-горизонтальное об- следование, 2) микр на фн, РВ</p> <p>Виды измерения: 1) температурные измерения по линии, 2) высота вертикально-горизонтально.</p> <p>3) Т, ДД, высота, форма ДД с ДД / Условно-горизонтально измерения по высоте при вертикальном измерении, вертикальном измерении, высота, форма, форма РБС, измерения по высоте, в виде ДД, ДД, ДД Высота по высоте вертикально, высота, форма Аэрометр, измерения: вертикально измерения, по вы- сотам, высота, форма, высота, форма, форма Ветер, в том числе 3-й раз, по измерениям не измерения, временность 1-е, форма измерения</p>

Дата	Содержание выполненной работы
	<p>к 1/2 - 28-30 нед, по 3/4 - 30 нед.</p>
	<p>Объемы: 1) сечение трубчатых стержней, сечение конических стержней. $R_s = 68 \text{ кг/см}^2$, $R_D \text{ до } 2 = 110 / \text{толщ ст}$ $R_{св} = 12 \text{ кг/см}^2$. $S_{нн} = 14 \text{ см}^2$, $S_{внн} = 34 \text{ см}^2$. Вычислены площади сечения, вычислены коэффициенты сжатия-растяжения, сечения трубчатых стержней. $R_{св}$: коэффициент сжатия сферических стержней.</p>
	<p>Объемы по численному ряду, вычислены трубы, конические стержни, стержни, вычислены, при радиальном сжатии до 2° см до вычисления; конические стержни до 30 нед, в центре; вычислены без сжатия стержней, вычислены - конические стержни, сечения стержней, сечения стержней.</p>
	<p>1) Трубы сферических стержней с радиусом R_D на сжатие 30 нед сферических стержней, $R_{св}$: коэффициент сжатия стержней, $R_{св}$: коэффициент сжатия стержней, $R_{св}$: коэффициент сжатия стержней, $R_{св}$: коэффициент сжатия стержней.</p>
	<p>Объемы: 1) конические стержни (вычислены коэффициенты сжатия), вычислены (вычислены коэффициенты сжатия 3° см), вычислены (конические стержни до 30 нед, в центре, конические стержни конические стержни).</p>
	<p>1) вычислены коэффициенты сжатия: 1) конические стержни, 2) сферические стержни, 3) сферические стержни, 4) сферические стержни, 5) сферические стержни, 6) сферические стержни, 7) сферические стержни.</p>
	<p>1) вычислены стержней: 1) сжатие - сжатие с сферическими стержнями ($R_s = 68$), вычислены сферические стержней, сжатие стержней сферическими стержнями, сжатие стержней сферическими стержнями, сжатие стержней сферическими стержнями, сжатие стержней сферическими стержнями.</p>
	<p>1) сжатие - сжатие с сферическими стержнями ($R_s = 68$), вычислены сферические стержней, сжатие стержней сферическими стержнями, сжатие стержней сферическими стержнями, сжатие стержней сферическими стержнями, сжатие стержней сферическими стержнями.</p>

конус с осью

Дата	Содержание выполненной работы
	Скены - 1 шт. Метрическое устройство 1,0 в/в
	Зеркала - Вексель в двукратном с диаметром 50 Формы, диаметральная обработка 210,0
	Формочки (шт. Кирпич) 4% - 2,0 в/в колесо на 0,5% - 400,0 мм 1р в.р.м.
	2) Фаб. Кирпич 0,005 * 3р м.г.с
	3) Фаб. Фарфоровый 2% - 2,0 в/в 2р
	4) Фаб. Керамический 0,09 * 3р м.г.с
	5) Фаб. Керамический 0,02 * 3р м.г.с
	6) Фаб. 0,2 * 1р м.г.с
	4) Ф. 43 г. композиция с теплообменом на площадке для сканирования, проектируемые вращательные механизмы для сканирования, в.т.т.; Проектирование элементов для сканирования учета скелетов в 3-10 мм, точность для сканирования составляющих в 0,5 мм, в 0,5 мм и в 1 мм в зависимости от сложности вращательных механизмов механизм 4: 1) 2008 - м.г. в.р.м. 2, 2500; 2) 2008 - м.г. в.р.м. 4, 2500; 3) 2008 - м.г. в.р.м. на скелет 4-5 мм; 4) 2008 - керамический, составление / скелетные удовлетворяет требованиям длина, пропорциональные скелетам, Рг 228, 20 до 1 - 225/10 мм в.р.м. в.р.м 15 г.
	Р.х / Проектирование механизмов сканирования вектора, обнаружение в желаемой форме, вращательные скелет, индикаторы при сканировании скелет, скелет, устройство, скелетные скелетные до 15 мм, вращательные, составление / скелетные скелетные, скелетные скелетные, составление, вращательные - проектирование, Рг / скелетные составление, в.т.т.м.г.р.м.
	Ф / Проектирование сканирования скелетных 12 мм в.р.м. в.р.м.м.г.р.м.
	Описание: скелет / скелетные скелетные, скелетные.

Дата	Содержание выполняемой работы
	используя выделенные из раствора металлы), окисление (время t_{0B, O_2} , восстановление с T_{O_2}), окисление (металл уменьшается за 12 часов, в основном, восстановлением, выделенных металлов).
	Ионы серебра (1) классический способ восстановления, 2) способ на Fe, Al
	Ионы золота: 1) классический, 2) способ восстановления Fe, Al
	Задачи: 1) $Vol. AgNO_3$ в 5% - 2,0 г/л Fe
	2) $V. H_2O_2$ в 1% Fe
	3) $Vol. NaNO_2$ в 0,02 г/л Fe
	4) $Vol. EtOH$ в 12,5% - 2,0 г/л
	5) Fe, FeO , карбонаты Fe с Fe , выделенные из раствора серебра - сульфиды металлов, восстановленные металлы восстановлены.
	Металлы на основе восстановленного металла, для выщелачивания.
	А. м.: Ионы серебра и восстановление с Fe, O_2 . Принципиальная схема восстановления, термический эффект. Образование в Fe , для восстановления на гальваническом. Металлы металлов с FeO_2 , в основном металлы с FeO_2 . Фазы восстановления Ag . Восстановление Ag в растворе Fe . В основном металлы восстановленные металлы. г/л $AgNO_3$.
	Fe (с $AgNO_3$): структура металлов восстановленных металлов (в основном металлы Ag , восстановленные металлы). Металлы восстановленные металлы в основном металлы (2,2 г/л).
	Структура металлов восстановленных металлов.
	Окисление: Состояние удовлетворительное, основное металлы, восстановленные металлы. $PS = 0,56$, $AD 120/100$ $AgNO_3$ $1,56$. Кристаллический металл, металл.
	Р. V.: Зарядка металлов сферическими металлами.

1. Анализ языка поэзии слова.

- 1) Форма: 0, 10, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
- 2) ...
- 3) ...
- 4) ...

2. Анализ поэзии: ...

- 2) ...
- 3) ...
- 4) ...

3. Анализ поэзии: ...

4. Анализ поэзии: ...

5. Анализ поэзии: ...

Дата	Содержание выполненной работы
	Слева укажите пробной работы. Численно оценить (или вычисления).
	<u>Вопросы - вопросы:</u>
	1. Выр не Аргументы Тодомтэйи 50 мг по киты и 1 по пою, 5-7 гней
	2. Тоб. Метриковской 0,25 x 3р
	3. Тоб. Дидаси 15 x 2р 3гней
	4. Коса на шир пилота 10 Били мг 15-20 '9р,
	5) Д. 3-я, каррела Тоб с ДА: Функциональ
	Крине оцениваются пробные. Временность
	на свои условия 10-12 гней. Показан 1988,
	Лес Тоб БА, оставилась форма, риниле, Во-
	лотный риниле. Времены вышло все поимено
	уликобыт. Жалоб, 1 на свои условия,
	Косили слыта, великие или многоразово-
	ной парфумилье. При поименно море на на-
	вои свои или функциональ, на свои - функциональ,
	Отсутствие: Составил подтверждающие, Времены
	време, поименно слыта. Рг 20 x 1' 20-100/20
	мл. р с РАС, Длинны величия, 20 рин
	на 200 10 x 1'
	Р.У: Функция слыта моря публич. подтвер
	обращении на площадь пилот. Времены слыта
	Силье слыта функциональ форм, слыта,
	море слыта 20 10-10 гней. В соответствии,
	Аргументы, Времены слыта море слыта
	на 1-3 см слыта. Функция слыта, 1. 2: 10-
	Земе слыта, по функциональ.
	Времены: Времены слыта слыта слыта,
	Времены: слыта (на свои условия, слыта
	смы), слыта (особенно или многоразово-
	ной парфумилье, при поименно слыта слыта -
	смы или функциональ), отсутствие (Времены

Дата	Содержание выполненной работы
3	Таб. Галерея С.Г. * 3р м.с.с
4	Таб. Ассиметри С.Г. * 3р м.с.с
10.07.09	Формы входов компримента, Формы в
8 ⁰⁵ 15 ⁰⁵	ссылка на форму входы
	Формы в входы, кривые, кривые, кривые
	жесткая, сформирована пестром:
	1) 3, 23Г, кривые, так в Ф.1: Беремешной 31-
	32мм, Ован Беремешной 25, КВМ, сформиро-
	ванная форма, КВМ, РЛ-сформированная
	форма, А.Т. А.Т.
	Формы, по связи по связи.
	А.Т. А.Т.: связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,
	связи, связи, связи, связи, связи, связи,

Дата

Содержание выполненной работы

клетка, диффузия кровью закисляется, при избытке
кислоты её коррекция, диффузия диффузиями крови
фруктовой мякоти мякоти, (средств) стерилизации
фруктовой мякоти мякоти.

Экстракт - смесь за сбалансированным (PS, AS),
кислот, смесь за сбалансированным мякоти и фруктами
клетки мякоти, диффузиями закисляется простот-
кислоты диффузиями закисляется - для 10-
диффузиями закисляется 1,0 1/2

Экстракт - смесь в равных частях с другими сред-
ствами закисляется закисляется 300,0.

Витаминный состав:

- 1. Sol. Ascorbic acid 25% - 20,0 } 1/2 ml
- Sol. Nicotin chloridi 0,5% - 400,0 }
- 2. Sol. Riboflavin 2,5% - 10,0 1/2
- 3. Sol. Pantothenic 0% - 1,0 } 1/2 ml
- Sol. Nicotin chloridi 0,5% - 400,0 }
- 4. Sol. Vitamin B12 0,05% 1p
- 5) Sol, Sol, закисляется B12 и B1, закис-
ляется закисляется?

Витамин не только сам закисляется, закисля-
ется закисляется из закисляется закисляется.

Состав: 1/2 10,00, закисляется закисляется
закисляется, закисляется закисляется 10,00, закис-
ляется закисляется закисляется закисляется.

Состав: закисляется закисляется закисляется, закисля-
ется закисляется закисляется. Закисляется закисляется, закис-
ляется закисляется закисляется в закисляется закисляется. 10 10,00
10 10,00 закисляется закисляется 10 10,00.

Р. 1: Закисляется закисляется закисляется закисляется закисля-
ется, закисляется закисляется закисляется закисляется. Закисляется закисляется
закисляется, закисляется закисляется закисляется закисляется. Закисляется закисляется
закисляется закисляется, закисляется закисляется закисляется закисляется.

Контроль. Проверено качество выполнения
Пл: Силиконовый картон, 100 г/м² масса изделия.
Защитный слой полиэтиленовый плб. Висcosity
элементов отбора

Технология на 2-м этапе работы:
д. из 2-х Берлинских 4-х
Код маркировки: Оваролинии - Vol. Кетанин
8/8

Внешний вид изделия. Имеет четкий вид
объемиста при помощи урана. Вязка по длине
цилиндра и вращению. Избирательное покрытие
поверхности (6 мм). Распространение цвета -
матовый вид. Распространение цвета за 12
размера (примерно сбалансировано между Берлин-
скими). Избирательное влияние - отрицательное, отри-
цательное влияние цвета. Контроль качества по
картонной и д. Отсутствует контроль качества
отражений. Поверхность ровная в среднем 45
минут по длине, отсуд на длину изделия.

д) 2, 28 г, Берлинских 4-х
Код маркировки: Оваролинии - Vol. Кетанин
8/8. Избирательное покрытие. Избирательное влияние
поверхности (6 мм). Избирательное покрытие
поверхности (6 мм). Вязка по длине цилиндра
и вращению. Избирательное покрытие
поверхности (6 мм). Распространение цвета -
матовый вид. Распространение цвета за 12
размера (примерно сбалансировано между Берлин-
скими). Избирательное влияние - отрицательное, отри-
цательное влияние цвета. Контроль качества по
картонной и д. Отсутствует контроль качества
отражений. Поверхность ровная в среднем 45
минут, длина по длине изделия. Избирательное влияние

Handwritten signature or initials
16

Дата	Содержание выполняемой работы
16.07.09 12.05.09	<p>Изучено состояние изуродованной брачной территории. Изучена вода, качество воды. Известно с браком пролет себе, птицы в состоянии потемнения, бракованности и перелетывания, сформирована 10, 11, сформирована отпрыска рожденья. Изучено состояние территории, переделано ее разграничение или охраняется. Контракт составил:</p> <p>1) Ф, 237. Территория от 12.07.09, высота на территории удовлетворительная. АД 110/70 мм рт.ст. Р 83 мм с'. Молодые птицы мелкие, сформированы, сформированы птицы. Птицы мелкие, птицы сформированы в зоне птиц, не брызг. Мать птицы на все птицы птицы, птицы сформированы. Робота суча. Мотивациями птицы, суча, суча. Птицы суча.</p> <p>2) Ф, 241. Территория от 10.07.09, высота на территории удовлетворительная. АД 120/80 мм рт.ст. Р 84 мм с'. Молодые птицы мелкие, сформированы, сформированы птицы. Птицы мелкие, птицы сформированы в зоне птиц, не брызг. Мать птицы на все птицы птицы, птицы сформированы. Робота суча. Мотивациями птицы, суча в птицы. Птицы суча.</p> <p>Изучено состояние птиц и птицы птицы.</p> <p>3) Ф, 227. Территория от 14.07.09, высота на территории удовлетворительная. АД 120/80 мм рт.ст. Р 85 мм с'. Молодые птицы мелкие, сформированы, сформированы птицы. Птицы мелкие, птицы сформированы в зоне птиц, не брызг. Мать птицы на все птицы птицы, птицы сформированы. Робота суча. Мотивациями птицы, суча в птицы. Птицы суча.</p>

20 см, при этом с учетом массы воды вытесненной
жидкостью 1,5 см. Водный уровень при из-
менении массы, меняется по закону биссектрисы, сре-
дней прямой чисел в изотермическом режиме, когда по-
добраны подопытные, теплоотвод выключен, с диа-
метр $d_{\text{жид}} \geq 12,5 \text{ см}$. Выделили - смещение.

Время прохождения воды по трубам: $n/m = 3 \text{ мин}$,
но 4 минуты - 38-39 мин, выработка - 38 мин.

Время прохождения массы воды: по формулам
 $= \text{ВДМ} + \text{СМ} = 3026 \text{ г}$, по формуле $= (\text{ВДМ} - 1) \times 155 =$
 3585 г , по формуле: $(\text{ВДМ} + \text{СМ} + m \text{ жидкости } 6 \text{ кг} +$
 $\text{рот измерения } 6 \text{ см}) \times 10 = 3559,5$. Средний $\approx 3300 \text{ г}$.

Результат работы: работа была 30 мин, но 16-го
июня, части, измерения, корректировки,
качались в 4 ч утра 18.04.09.

В: Предоставили работу при температуре 38 мин,
СВ. Ввиду риска работы подопытных. Гравитационный
механизм.

Ввиду наличия температуры, по данным опыта со-
здания массы сбалансированной при отводе энергии
иной величины выработка, компьютерные
создания для корректировки стандартного метода
корректировки.

18.04.09 Присланы данные по формулам работы по формулам
5⁰⁰ 15⁰⁰ Присланы данные по формулам работы.
Сделано с учетом работы с водой измерения в ор-
дере работы. Присланы данные по формулам работы,
сделано, при этом АД, РТ, оформлены измерения,
формула работы с компьютерными измерениями
в работе в 19, Остаток работы по формулам работы
поставлена, измерения по формулам работы.

Крем от фаски на фаску отшлифованной детали

Образована шероховатость на двух поверхностях, обработанных в бочке. Проверка диаметра отверстий на пределе допуск - разница между $\phi_{\text{н}} \pm 0,01$ и $\phi_{\text{ф}} \pm 0,01$ на средней линии $\pm 0,01$ мм. Проверка шероховатости - проверка шероховатости R_a на поверхности - проверка шероховатости R_a на поверхности - проверка шероховатости R_a на поверхности.

Проверка диаметра отверстий $\pm 0,01$ мм. Проверка шероховатости R_a на поверхности.

Проверка диаметра отверстий $\pm 0,01$ мм. Проверка шероховатости R_a на поверхности.

Проверка диаметра отверстий $\pm 0,01$ мм. Проверка шероховатости R_a на поверхности.

Проверка диаметра отверстий $\pm 0,01$ мм. Проверка шероховатости R_a на поверхности.

Проверка диаметра отверстий $\pm 0,01$ мм. Проверка шероховатости R_a на поверхности.

Проверка диаметра отверстий $\pm 0,01$ мм. Проверка шероховатости R_a на поверхности.

Проверка диаметра отверстий $\pm 0,01$ мм. Проверка шероховатости R_a на поверхности.

Дата	Содержание выполненной работы
	3. функции вертлеса ω и ω^2
	4. примеры функций ω и ω^2
	Векторная запись
	Связь с функцией ω и ω^2 (обозначение)
	матрица - матрица и матричная запись
	и запись, запись матричной записи
	, ω и ω^2 , запись матричной записи
	, ω и ω^2 - запись и все
	