

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ
КОЛЛЕДЖ»

АЛГОРИТМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ

ПМ 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационных процессах
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
(Сестринское уход в неврологии)
для обучающихся специальности
34.02.01 «Сестринское дело»

сведения о сертификате ЭЦ

Ставрополь, 2021 г.

Владелец: Кандаурова Наталья
Владимировна, директор
Сертификат:
0298d2a100a6b37d85433743564d5a7918
Действителен: с 01.12.2025 12:39:11 по
01.03.2027 12:49:11

Алгоритмы манипуляций составлены в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 «Сестринское дело», и ПМ 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

Составитель: Санько Ю.П.

Рассмотрено на заседании методического объединения укрупненных групп специальностей 34.00.00 Сестринское дело, протокол № 7 от «25» мая 2021 г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе Методическим советом СМК, протокол № 5 от «27» мая 2021 г.

1. Действия, выполняемые медицинской сестрой для удовлетворения потребности больного в питании с помощью ложки.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, салфетка для пациента, столовые приборы, посуда, пища.

Ход манипуляции:

1. Выбрать сведения из истории болезни, доставить заявку, составить список диет пациентов отделения.
2. Предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и получить его согласие.
3. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке или прикроватном столике.
4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.
5. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть его грудь салфеткой, вымыть и осушить руки.
6. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть горячими (60°C), холодные - холодными.
7. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.
8. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти.
9. Предложить выпить несколько глотков жидкости.
10. Кормить медленно:
 - называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту;
 - наполнять ложку на 2/3 твердой (мягкой) пищей;
 - коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот;
 - прикоснуться ложкой к языку, оставить пищу и извлечь пустую ложку;
 - дать время прожевать и проглотить пищу;
 - предложить питье после нескольких ложек твердой (мягкой) пищи.
11. Промокнуть (при необходимости) губы салфеткой, предложить пациенту прополоскать рот водой после еды.
12. Убрать после еды посуду и остатки пищи, вымыть и осушить руки.

2. Действия, выполняемые медицинской сестрой для удовлетворения потребности больного в питании с помощью поильника.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, салфетка для пациента, поильник, пища, стакан с водой.

Ход манипуляции:

Цель: · удовлетворение потребности пациента в пище.

Показания: · невозможность самостоятельно принимать пищу.

Противопоказания: · невозможность осуществлять глотательные движения (заболевания полости рта, пищевода).

Этапы	Обоснование
1. Протереть прикроватный столик ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Рассказать пациенту, какое блюдо приготовлено для	Обеспечение права пациента на

него	выбор. Возбуждается аппетит
3. Вымыть и осушить руки (лучше, если пациент будет видеть это)	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу (согласно диете)	Возбуждается аппетит
5. Переместить пациента на бок или в положение Фаулера (если позволяет его состояние)	Создается физиологическое положение при глотании. Уменьшается опасность асфиксии
6. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой	Исключается загрязнение одежды
7. Кормить пациента из поильника небольшими порциями (глотками) Примечание: в течение всей процедуры кормления пища должна быть тёплой и выглядеть аппетитно	Исключается поперхивание
8. После кормления дать пациенту прополоскать полость рта водой	Уменьшается рост бактерий во рту
9. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента	Исключается попадание пищи в постель
10. Помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечение необходимого комфорта
11. Убрать остатки пищи. Поильник подвергнуть дезинфекции. Протереть столик (тумбочку) ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, двукратно. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности

3. Действия, выполняемые медицинской сестрой для удовлетворения потребности больного в питании с помощью назогастрального зонда или воронки.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, салфетка для пациента, штатив, шприц Жанэ, зажим, лоток, полотенце, салфетки, чистые перчатки, фонендоскоп, воронка, питательную смесь (температура 38°C), кипяченую воду 100 мл.

Ход манипуляции:

1. Выбрать сведения из истории болезни, доставить заявку, составить список диет пациентов отделения.
2. Предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и получить его согласие.
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Ввести назогастральный зонд.
5. Проверить правильность положения зонда в присутствии лечащего врача:
 - над лотком наложить зажим на дистальный конец зонда;
 - снять заглушку зонда;
 - набрать в шприц 40 мл воздуха;
 - присоединить шприц к дистальному концу зонда;
 - снять зажим;
 - надеть фонендоскоп;
 - поместить головку фонендоскопа над областью желудка;

- вывести через зонд воздух из шприца;
 - наложить зажим на дистальный конец зонда, отсоединить шприц.
 - 6.Присоединить к зонду воронку, налить в воронку, находящуюся наклонно на уровне желудка пациента, питательную смесь.
 - 7. Медленно поднять воронку выше уровня желудка пациента на 1 м, держа ее прямо.
 - 8. Как только питательная смесь дойдет до устья воронки, опустить воронку до уровня желудка пациента.
 - 9. Использовать все количество приготовленной питательной смеси.
 - 10.Налить в воронку 50-100 мл кипяченой воды.
 - 11.Отсоединить воронку от зонда и закрыть заглушкой его дистальный конец.
- Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой.
- 12. Помочь пациенту занять комфортное положение.
 - 13. Вымыть и осушить руки.
 - 14. Сделать запись о проведении процедуры, реакции пациента.
 - 15. Промокнуть (при необходимости) губы салфеткой.
 - 16. Убрать после еды посуду и остатки пищи, вымыть и осушить руки.

4. Действия медицинской сестры при уходе за кожей тяжелобольного

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, перчатки, фартук, моющий раствор, одноразовые чистые салфетки, емкость с дезинфектантом, емкость с моющим раствором.

1. Подготовка к процедуре:

- подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности;
- объяснить пациенту ход и цель процедуры, если пациент в бессознательном состоянии - дать необходимые разъяснения его представителям (родственникам);
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- надеть одноразовый фартук;
- раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней.

2. Выполнение процедуры:

- в моющем растворе для обработки кожи пациента смочить одноразовую салфетку и протереть лицо в следующей последовательности: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок, а также шею;
- полотенцем обернуть кисть своей руки и ладонной поверхностью вытереть лицо и шею пациента;
- положить пациенту на грудь и под руку с противоположной от медицинского работника стороны чистое полотенце;
- взять чистую салфетку, вымыть ею руку пациента с противоположной от медицинского работника стороны. Мытье начинать с пальцев кисти, поддерживая ее снизу своей рукой. Затем вымыть руку выше, до подмышечной впадины, и вытереть насухо;
- то же повторить с другой рукой;
- скатать простыню, лежащую на груди пациента. Протереть чистой салфеткой грудь и живот сверху вниз, до паховой области. Во время мытья следить за тем, чтобы не сместить и не намочить любые повязки, дренажи, канюли. Затем вытереть насухо грудь и живот, накрыть сухой простыней;
- повернуть пациента поочередно на левый и правый бок, обтереть и просушить кожу спины;
- обнажить нижнюю часть туловища. Подложить один конец полотенца под ногу пациента с противоположной от медицинского работника стороны, а другим концом

накрыть вторую его ногу и область гениталий. Начинать мытье ноги с противоположной от медицинского работника стороны, продвигая салфетку от области коленного сустава вверх;

- перейти к мытью ноги от колена вниз, к лодыжке. Вымыть стопу и межпальцевые промежутки. Ногу при мытье приподнять, чтобы не оставалось недоступных мест, необходимо поддерживать ее в области лодыжки. Заменить салфетку.

- вытереть насухо ногу от бедра до лодыжки; повторить те же манипуляции на другой стороне.

3. Окончание процедуры:

- надеть на пациента чистое нательное белье;
- придать пациенту удобное положение в постели;
- накрыть пациента одеялом;
- поместить использованное белье в непромокаемый мешок;
- снять фартук, убрать в емкость для дезинфекции;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

5. Действия медицинской сестры по перемещению тяжелобольного в постели

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, антисептик для рук, салфетка для рук, перчатки, пеленка

Ход процедуры.

1. Подготовка к процедуре:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании);
- надеть перчатки;
- отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.

2. Выполнение процедуры:

2.1. Перемещение пациента к изголовью кровати на невысокой кровати (выполняют два человека):

- помочь пациенту сесть: одна медицинская сестра поддерживает пациента, другая может подложить подушку. Встать с обеих сторон кровати, лицом друг к другу, близко к кровати и немного сзади пациента так, чтобы плечи были вровень со спиной пациента;

- положить на край кровати пеленку;

- встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пеленке вдоль края кровати и придвинув голень как можно ближе к пациенту. Нога, стоящая на полу, является точкой опоры при поднятии пациента;

- подвести плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и к туловищу пациента. Кисть этой руки подводится под бедра пациента. Пациент кладет свои руки на спину медицинским сестрам. В том случае, если невозможно подвести плечо к подмышечной области пациента, или пациент не может положить руку медицинской сестре на спину, необходимо расположить руку между туловищем и плечом пациента. Кисть этой руки располагается под бедрами пациента;

- опереться рукой, расположенной ближе к изголовью, в кровать сзади пациента (локоть согнут). Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, ближе к ягодицам, медицинские сестры берут друг друга за запястье;

- приподнять пациента, переместить его на небольшое расстояние и опустить его на постель, сгибая ногу, расположенную ближе к изголовью, и руку, обеспечивающую опору. Повторять перемещение до расположения пациента в заданном месте.

2.2. Перемещение пациента к изголовью (выполняется одной медицинской сестрой):

- вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон;

- убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально;
- встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой;
- скатать простыню около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы был в состоянии помочь;
- взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх;
- согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной;
- предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению.
- предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати;
- положить подушку под голову пациента, расправить простыню.

2.3. Перемещение пациента к краю кровати (выполняется одной медицинской сестрой):

- убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально;
- встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. Согнуть колени;
- попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти;
- подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую – под верхнюю часть его спины;
- отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины;
- поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую - под бедра пациента;
- также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть туловища пациента;
- подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе;
- приподнять голову пациента и подложить под нее подушку.

3. Окончание процедуры:

- убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати;
- подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик;
- снять перчатки;
- вымыть, просушить и обработать руки антисептическим раствором;
- сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

6. Действия медицинской сестры при подготовке и смене постельного белья тяжелобольному

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, антисептик для рук, перчатки, комплект чистого белья, мешок для грязного белья.

Ход манипуляции:

1. Подготовка к процедуре:

- объяснить цель и ход процедуры пациенту (если это возможно), получить его согласие;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного;
- надеть перчатки.

2. Выполнение процедуры:

- опустить поручни, оценить положение и состояние пациента;
- снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья;

- повернуть пациента на бок по направлению к себе;
- осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку.

Грязную наволочку поместить в мешок для белья;

- скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту.

Если белье сильно загрязнено, положить на валик пеленку;

- положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больного стороны;

- помочь больному перекатиться через валик на чистую сторону;

- скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья;

- расправить чистую простыню и заправить ее под матрас с другой стороны постели;

- осторожно поместить подушку обратно;

- надеть чистый пододеяльник. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт.

3. Окончание процедуры:

- поместить грязный пододеяльник в мешок для белья;

- удобно расположить пациента в постели;

- протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью;

- снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции;

- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);

- сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

7. Действия медицинской сестры при смене одежды тяжелобольному

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, антисептик для рук, перчатки, комплект чистого нательного белья и одежды, мешок для грязного белья, чистая ветошь, емкость с дезраствором.

1. Подготовка к процедуре:

- объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить его информированное согласие;

- приготовить комплект чистого нательного белья и одежды;

- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);

- надеть перчатки.

2. Выполнение процедуры:

- опустить поручни, оценить положение и состояние пациента;

- помочь пациенту сесть на край кровати;

- помочь пациенту снять рубашку. Если одна рука повреждена, или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно проносить рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав;

- помочь пациенту снять нижнюю рубашку (майку, бюстгальтер);

- помочь больному надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность;

- помочь пациенту снять носки;

- помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню;

- помочь пациенту снять брюки, нижнее белье;

- помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки.

3. Окончание процедуры:

- поместить грязную одежду в мешок для белья;
- протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье ветошью;
- снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции;
- удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

8. Алгоритм исследования менингеальных симптомов

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, антисептик для рук, перчатки.

Цель исследования – обнаружить симптомы раздражения мозговых оболочек, выявление которых позволяет объективно оценить тяжесть состояния больного, т.к. эти симптомы появляются только при достаточно тяжелых состояниях, требующих неотложной интенсивной терапии, как правило, в условиях специализированного стационара

Ход исследования симптома Кернига

- 1 Уложить больного на спину на кушетку или кровать
- 2 Правой рукой ногу больного в области голеностопного сустава, а левую руку расположить в области коленного сустава
- 3 Согнуть ногу больного в коленном и тазобедренном суставах под 90 градусов
- 4 Попытайтесь разогнуть ногу в коленном суставе
- 5 Если не удастся разогнуть ногу в коленном суставе, то это указывает на наличие симптома Кернига
- 6 Симптомы проверяют на обеих ногах

Исследование ригидности мышц затылка

- 1 Уложить больного на спину
- 2 Положить свою руку на затылок больного и попытайтесь наклонить голову больного вперед так, чтобы подбородок коснулся груди
- 3 Если голову наклонить вперед не удастся, это признак ригидности мышц. Если удастся, но не до конца, проверьте, на сколько поперечных пальцев не достает подбородок до груди – указывает на выраженность ригидности мышц затылка

ВНИМАНИЕ! ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ НЕЛЬЗЯ ФОРСИРОВАТЬ РАЗГИБАНИЕ НОГИ ИЛИ НАКЛОН ГОЛОВЫ.

9. Алгоритм исследования симптомов острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, антисептик для рук, перчатки.

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить ОНМК.

- Острое нарушение сознания (кома, сопор) или нарастающее угнетение сознания
- Тошнота, рвота без облегчения
- Кратковременные судороги или другие гиперкинезы
- Пульс- изменение частоты пульса (брадикардия, реже тахикардия), дыхание шумное, редкое
- Артериальное давление – повышение или понижение артериального давления
- Очаговые неврологические симптомы: параличи, парезы, нарушение чувствительности, речи, глотания и т.д.

Тактика медицинской сестры

Действия	Обоснование
1. Вызвать врача или неотложную медицинскую помощь	Контроль состояния Профилактика асфиксии

2. Измерить АД и пульс	Профилактика асфиксии Устранение гипоксии Устранение гипоксии
3. Снять зубные протезы	
4. Предупредить или устранить западание языка	
5. Провести ИВЛ при угрожающей остановке дыхания	
6. Дать увлажненный кислород	

Подготовить аппаратуру и инструментарий:

- Шприцы, иглы

Оценка достигнутого:

- Состояние стабилизировалось, ухудшения нет.
- Состояние ухудшилось, остановка дыхания, сердцебиение – действия по стандарту «клиническая смерть»

10. Алгоритм действия медицинской сестры при профилактике контрактур

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, антисептик для рук, перчатки.

Контрактуры образуются в мышцах, связках, сухожилиях при длительном отсутствии движения в конечностях в результате фиксации конечностей при травме, при параличах. Они препятствуют как активным, и так и пассивным движениям конечностей, в результате чего значительно затрудняют и снижают эффективность реабилитации больных. Поэтому начинать профилактику контрактур следует с первого дня появления параличей. Правильную укладку конечностей проводят с первых дней, а ЛФК и массаж не ранее десятого дня заболевания.

Позиционирование. Позиционирование – придание правильного положения больного с целью предотвращения развития контрактур и профилактики осложнений с целью предотвращения развития контрактур и профилактики осложнения со стороны системы дыхания

Главные признаки позиционирования

1. Максимально возможная симметричность ключевых точек(плечи, лопатка, таз)
2. Поддержка всех сегментов тела
3. Бережное отношение к плечу паретичной руки
4. «Золотое правило» - пациент лежит на любом боку, но не на спине

Правильное положение пациента в постели

При положении пациента на здоровом боку следует убедиться, что:

1. голова пациента находится на одной линии с туловищем;
2. пациент лежит полностью на боку, а не повернут на 1/4;
3. тело не изогнуто;
4. поражённое плечо вынесено вперёд, рука поддержана по всей длине;

При позиционировании пациента на «больном» боку следует убедиться, что:

1. больное плечо вынесено вперёд;
2. больная нога выпрямлена в тазобедренном суставе и чуть согнута в коленном;
3. ничего не лежит в больной руке или на ладони;
4. больная стопа ни во что не упёрта;
5. голова находится на одной линии с туловищем.

11. Определение состояния сознания больного проводится по шкале Глазго на основании оценки реакции пациента на некоторые раздражители по стандарту

Определение состояния сознания

	Этапы	Обоснование
--	-------	-------------

п/п	Исключите контакт с кровью и другими выделениями пострадавшего	Обеспечение личной безопасности
.	Громко обратитесь к пострадавшему с каким-либо вопросом	Определение реакции пострадавшего: - на слуховые раздражители
.	Сожмите предплечье пострадавшего	- на тактильные раздражители
.	Сдавите мочку уха	- на болевые раздражители
.	Разведите веки и осмотрите зрачки (если зрачки расширены, реакция отсутствует)	Проверка реакции на свет
.	Отсутствие каких-либо реакций со стороны пострадавшего означает отсутствие сознания	

Оценка состояния сознания производится в баллах. Сумма баллов: 15 – ясное сознание, 13 – 14 – оглушение, 9 – 12 – сопор, 9 – кома. **При нарушении сознания появляется беспомощность больного.**

2. Наличие афазии, амнезии достаточно легко обнаружить в беседе с больным. Для выявления **апраксии** можно предложить пациенту произвести какое-либо несложное действие, например, достать что-либо из тумбочки. Наличие апраксии указывает на значительный дефицит самообслуживания пациента.

3.Нарушения глотания можно выявить путём опроса пациента или предложить ему сделать глоток воды, чтобы обнаружить поперхивание при глотании или его отсутствие. Наличие поперхивания указывает на риск аспирации пищи или слюны, нарушение приёма пищи.

4.Для определения наличия параличей или парезов проверяем объём активных и пассивных движений. Для этого предлагаем пациенту поочерёдно поднять руки вверх, вытянуть вперёд, развести в стороны. Аналогично проверяем объём движений в суставах ноги. Для определения силы мышц предлагаем пациенту согнуть руки в локтевых суставах и удерживать их в этом положении, а сами пытаемся разогнуть их, оценивая силу сопротивления пациента. Аналогично проверяем силу мышц – разгибателей, а также силу мышц-разгибателей на руке и на ноге. Отсутствие активных движений указывает на наличие паралича, а снижение силы, ограничение объёма активных движений на наличие пареза. Наличие описанных нарушений указывает на ограничение подвижности и дефицит самохода.

5.Для исследования статики и координации движений проверяем:

- Пробу Ромберга: предлагаем пациенту встать, поставить ноги вместе, руки вытянуть вперёд, сохранять такое положение 1 – 2 минуты. Пробу проводим с открытыми и закрытыми глазами. При этом может наблюдаться пошатывание, неустойчивость, что указывает на высокий риск падения, поэтому всегда пациента нужно страховать, стоя рядом с ним.

- Пальце – носовую пробу: предлагаем пациенту вытянуть руки вперёд, а затем кончиком указательного пальца коснуться кончика носа поочерёдно обеими руками.

- Пяточно-коленную пробу: предлагаем пациенту в положении лёжа пяткой одной ноги попасть в колено другой ноги и провести ногой вниз по голени.

При выполнении этих проб можно обнаружить промахивание и (или) дрожание конечностей при выполнении движений. Оба нарушения указывают на нарушение координации движений, дефицит самообслуживания и необходимость специального ухода.

12. Основные симптомы (синдромы) и сестринский уход

/п	Основные симптомы и синдромы	Возможные осложнения и проблемы	Необходимый уход
	Амнезия антероградная	<p>1.1.Из – за нарушений памяти больной забывает выполнить назначение врача</p> <p>1.2.За пределами отделения больной может потеряться</p>	<p>1.1.Сестра должна тщательно следить за выполнением +назначений врача . Прием лекарств обязательно в присутствии сестры</p> <p>1.2.Сестра наблюдает за перемещением больного . Выход больного за пределы отделения с сопровождением</p>
	Кома	<p>2.1.Нарушение дыхания в связи с аспирацией рвотных масс , слизи , слюны , западания языка</p> <p>2.2 Пневмония</p> <p>2.3 Нарушение водно-электролитного баланса</p>	<p>2.1.Удалять из носоглотки слизь , слюну , рвотные массы , аспирация ихэлектроаспиратором или резиновым грушевидным баллончиком . Голову повернуть на бок .</p> <p>2.2 Применять массаж , вдыхание больным кислорода , горчичники , отвлекающие средства , перемена положения тела больного . \</p> <p>2.3Парентерально вводить изотонические солевые растворы глюкозы до 2000-2500 мл . в сутки</p>
	Бульбарный синдром (поперхивание при глотание)	<p>3.1 Аспирация слизи, слюны</p> <p>3.2 Аспирация пищевых масс</p>	<p>3.1 Смотреть пункт 2.1</p> <p>3.2 Кормить больного через зонд</p>
	Судороги	<p>4.1 Риск травмы</p> <p>4.2 Риск западания языка, аспирации рвотных масс</p>	<p>4.1 Положить под голову что либо мягкое , поддерживать голову , расстегнуть стесняющую одежду , обеспечить доступ воздуха</p> <p>4.2 Повернуть голову на бок , вытащить язык , очистить полость рта от рвотных масс и тд</p>
	Нарушение функции тазовых органов	<p>5.1.Задержка мочи и кала</p> <p>5.2. Недержание мочи и кала</p>	<p>5.1 Катетеризация мочевого пузыря Механическое очищение прямой кишки</p> <p>5.2 Применения мочеприемника и судна</p>
	Параличи	<p>6.1.Образование пролежней</p> <p>6.2. Образование контрактур</p>	<p>6.1 Растирать места образования пролежней спиртовым раствором . Использование резиновых кругов и тд . Чистая , сухая , ровная постель . Менять положение тела больного</p> <p>6.2. ЛФК, массаж . Правильное положение парализованных конечностей</p>

a	Параличи порезы	6а.1.Ограничение подвижности 6а.2. Дефицит самообслуживания	6а . Обеспечить пациенту помощь в соблюдение гигиены при отправлении физиологических потребностей , кормить из ложки , преодевать его , менять постель , расчесывать , умыть , мыть руки , лицо , подмывать его или обеспечить необходимую помощь при выполнении указанных процедур
	Гипестезия	7.1 Риск ожога при неправильном уходе	7.1 Осторожное применение тепловых электро процедур
	Общая гиперестезия	8.1 Возможность появления судорог 8.2 Дискомфорт	8.1,2. Обеспечить полный покой , исключить различные раздражения, яркий свет громкие звуки , посещение больного родственниками , знакомыми
	Афазия	9.1.Ограничение способности сообщить о своих потребностях	9.1 Обучить больного сообщать о своих потребностях с помощью жестов 9.2 Приготовить рисунки , пиктограммы , изображающие некоторые необходимые действия : умывание , процесс приема пищи , и т.п с целью демонстрации рисунков больному и выявления его потребностей
0	Нарушение координации движений. Тремор рук	10.1Ограничение способности к самообслуживанию, в т.ч приему пищи 10. 2 Риск травмы	10.1 Кормить больного из ложки , жидкость принимать при помощи соломинки для коктейля и т.п 10. 2 Обучить больного ходьбе при помощи спец . приспособлений
1	Головная боль	11.1Дискомфорт, головная боль 11.2Возможность провоцирования судорог	11.1 Обеспечить полный покой, устранить шум ,Ю яркий свет и т.п 11.2 Пища должна быть хорошо обработанной, полужирной, температура близкая к температуре тела 11.3 Резко ограничить посещения больного, сократив до 1 ухаживающего или устранить их

13. Стандарт оказания помощи при судорожном припадке

Информация, позволяющая медицинской сестре начать осуществление доврачебной помощи, судороги , пена изо рта.

Оглушение, прикус языка непроизвольное мочеиспускание , рассказ о припадке очевидцев .

ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

- 1 положить под голову подушку , шапку
- 2 Обеспечить доступ воздуха (расстегнуть ворот , ремень и т.п)
- 3 Повернуть пациента на бок при рвоте.
- 4 Вызвать врача или скорую медицинскую помощь

ОБОСНОВАНИЕ – Предупреждение травмы головы , профилактика гипоксии , предупредить аспирацию рвотными массами

ПОДГОТОВИТЬ АППАРАТУРУ И ИНСТРУМЕНТАРИЙ

- Шприцы , иглы

Оценка достигнутого

- Прекращение судорог , восстановление сознания и способности к движениям и активным действиям

14. Уход за больными при нарушении движений

1 При обучении одеванию больного с инсультом, одежда надевается в следующем порядке:

- 1) Пуловер
- 2) Эластичные брюки
- 3) Носки
- 4) Ботинки
- 5) Одежда с пуговицами

2 Порядок надевания пуловера пациентом в правосторонней гемиплегией:

- 1) Расправить пуловер на коленях здоровой рукой
- 2) Собрать гармошку правый рукав
- 3) Полностью надеть правый рукав
- 4) Тщательно завести вверх рукава в правую подмышечную область
- 5) Надеть левый рукав
- 6) Просунуть голову в горловину
- 7) Натянуть пуловер на туловище
- 8) Поправить воротничок

3 Последовательность надевания эластичных брюк пациентом с левосторонней гемиплегией:

- 1) Вытянуть ноги, парализованная нога сверху
- 2) Расправить на коленях брюки левой рукой
- 3) Надеть брюки на правую ногу
- 4) Встать
- 5) Натянуть брюки на талию
- 6) Медсестра помогает больному сесть

4 Порядок постановки целей при расширении двигательного режима пациента с инсультом и гемипарезом:

- 1) Сидеть без поддержки 1 минуту
- 2) Стоять без поддержки 10 секунд
- 3) Пройти правильно 10 шагов
- 4) Ходить без поддержки 10 минут

15. Участие медсестры в подготовке и проведении спинномозговой пункции

Цель пункции: определение внутричерепного давления и состава спинномозговой жидкости.

Показания. Подозрение на инфекционные заболевания ЦНС, внутричерепное кровоизлияние.

Оснащение. Стерильный материал, антисептики, стерильные перчатки, стерильный шприц не менее 2 мл для анестезии, 0,5% раствор новокаина, манометр для измерения давления, лейкопластырь.

	Последовательность действий	Обоснование
Постовая медсестра		
1.	Укладываем больного на ровную поверхность, на бок, сгибая ноги в коленных суставах и приводя их к животу, голову наклоняем вперед	Правильное положение спины для данной манипуляции
2.	Наблюдаем за состоянием больного	Предупреждение осложнений
3.	Меняет положение больного по указанию врача	Требование осложнений
4.	По окончании пункции контролирует транспортировку больного на каталке в палату	Предупреждение осложнений
5.	Наблюдает за состоянием больного и соблюдением режима после пункции (2 часа юольной лежит на животе без подушки и 1-2 дня должен соблюдать постельный режим)	Предупреждение осложнений
Процедурная медсестра		
1.	Готовит все необходимое оснащение для манипуляций	Обеспечение проведения пункции
2.	Обрабатывает операционное поле	Инфекционная безопасность
3.	Подает врачу шприц с раствором новокаина	Для анестезии
4.	Подает вручную специальную иглу, манометр для измерения внутричерепного давления, пробирку для взятия жидкости, которую затем помещает в штатив	Этапы манипуляции
5.	По окончании пункции накладывает асептическую повязку	Предупреждение осложнений

Примечание: Для определения уровня проведения предстоящей пункции проводят линию, соединяющую верхние задние ости подвздошных костей.

16. Обработка рук до и после любой манипуляции

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, антисептик для рук, перчатки.

Цель: Обеспечить инфекционную безопасность пациента и медперсонала, профилактику внутрибольничной

Перед и после выполнения манипуляции.

Перед и после осмотра пациента.

Перед едой.

После посещения туалета.

После надевания и после снятия перчаток.

Противопоказания: Нет

Мыло разовое.

Индивидуальное сухое полотенце.

Перчатки

Дезинфицирующее средство: этиловый спирт 70 градусный или другое, предложенное учреждением в соответствии с нормативными документами (АХД - 2000, АХД - специаль и др.).

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:

Откройте кран и отрегулируйте капор воды,

Вымойте барашки крана.

Намыльте руки мылом, начиная с запястья.

Мойте правую ладонь левой, а затем левую правой.

Мойте межпальцевые промежутки тыльной стороны левой руки правой рукой и наоборот.

Сделайте замок из пальцев с ладонной стороны и потрите их, моя ногтевые ложа.

Потрите круговыми движениями каждый палец на левой руки, затем на правой.

Ополосните руки теплой проточной водой, начиная с запястья.

Закройте кран.

10 Высушите руки индивидуальным или разовым полотенцем, начиная с кончиков пальцев.

11 Выбросьте использованное разовое полотенца.

12 Наденьте чистые перчатки, если этого требует манипуляция.

Оценка достигнутых результатов: Руки вымыты и готовы к манипуляциям.

Руки моют двукратным намыливанием.

Если нужно проводить инвазивные процедуры, то руки сразу после мытья обрабатывают одним из

дезинфицирующих средств (70% этиловый спирт, АХД 2000, АХД 2000 специальь) и одевают перчатки.

Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.

17. Проведением мероприятий по профилактике пролежней

Цель: Предупреждение образования пролежней.

Показания: Риск образования пролежней.

Противопоказания: Нет.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетка для рук, антисептик для рук. Перчатки. Постельное белье. Подкладной резиновый круг, помещенный в чехол. Ватно-марлевые круги - 5 шт. Раствор камфорного спирта 10 % или 0,5 % раствор нашатырного спирта, 1%-2 % спиртовой раствор танина. Подушки, наполненные поролоном или губкой. Полотенце. Возможные проблемы пациента: Невозможность самоухода.

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Вымойте руки.

Наденьте перчатки и фартук.

Осмотрите кожу пациента в местах возможного образования пролежней.

Обмойте эти участки кожи теплой водой утром и вечером и по мере необходимости.

Протирайте их ватным тампоном, смоченным 10 % раствором камфорного спирта или 0,5 % раствором нашатырного спирта или 1%-2% спиртовым раствором танина. Протирая кожу, этим же тампоном делайте легкий массаж.

Следите, чтобы на простыне не было крошек, складок.

Меняйте немедленно мокрое или загрязненное белье.

Используйте подушки наполненные поролоном или губкой для уменьшения давления на кожу в местах соприкосновения пациента с кроватью (или под крестец и копчик подкладывайте резиновый круг, помещенный в чехол, а под пятки, локти, затылок - ватно-марлевые круги) или используйте противопролежневый матрац.

10 Снимите перчатки и фартук, обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.

11 Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов: У пациента нет пролежней.

Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной

последовательностью действий медицинской сестры.

18. Уход за пациентами с трахеостомической трубкой.

Цель: существовать уход за трахеостомической трубкой и кожей вокруг стомы.

Показания: Наличие трахеостомической трубки.

Противопоказания: Нет.

Оснащение:

Раствор гидрокарбоната натрия (3-5 мл, 37°C).

Стерильный перевязочный материал.

Паста Лассара.

Влажная марлевая "занавеска".

Кипяченая вода.

Полотенце.

10 Емкость с дезинфицирующими растворами.

11 Емкость для сброса использованного материала.

Возможные проблемы пациента:

Психологические.

Невозможность самоухода.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Вымойте руки.

Придайте пациенту удобное положение.

Наденьте резиновые перчатки.

Извлеките внутреннюю трубку.

Очистите внутреннюю трубку от слизи и промойте кипяченой водой.

Вставьте внутреннюю трубку на место и закрепите.

Положите под трубку марлевую прокладку.

Обработайте тщательно кожу вокруг свища (если есть раздражение, нанесите на кожу шпателем пасту

10 Снимите перчатки.

11 Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов: Трубка очищена от слизи, кожа вокруг трубки обработана.

Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной

последовательностью действий медицинской сестры.

Примечания: Внутреннюю трубку необходимо извлекать и обрабатывать дважды в сутки.

19. Подготовка тела умершего к переводу в патологоанатомическое отделение.

Цель: Подготовить тело умершего к переводу в патологоанатомическое отделение.

Показания: Биологическая смерть, констатируемая врачом и зарегистрированная в карте стационарного больного.

Оснащение:

1.Фанерный щит или каталка.

2.Простыня.

3.Бинт.

4.Перчатки.

5.Этикетка из клеенки.

6.Раствор бриллиантовой зелени или ручка.

7.Мешок для одежды умершего.

8.Ширма.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

- 1.Поставьте ширму у кровати умершего (если в палате находятся другие пациенты) или увезите умершего в другое помещение.
- 2.Наденьте перчатки.
- 3.Уберите подушку из-под головы умершего.
- 4.Подложите фанерный щит под умершего или переложите его на твердую поверхность.
- 5.Снимите одежду с умершего.
- 6.Уложите умершего на спину.
- 7.Закройте глаза умершему.
- 8.Подвяжите умершему нижнюю челюсть.
- 9.Разогните конечности умершему.
10. Накройте умершего простыней.
11. Оставьте умершего на 2 часа в отделении.
12. Перепишите вещи умершего, сложите в мешок для передачи родственникам.
13. Снимите постельные принадлежности с койки умершего, включая матрац, подушки, одеяло, поместите в мешок и отправьте в дезкамеру для дезинфекции.
- 14.Протрите кровать и тумбочку в соответствии с требованиями санэпидрежима.
15. Осмотрите умершего через 2 часа и при наличии достоверных признаков смерти (трупное окоченение, трупные пятна, снижение температуры тела), сделайте запись чернилами или раствором бриллиантовой зелени на бедре умершего (ФИО, номер истории болезни, дату, время).
16. Перевезите труп на специальной каталке в патологоанатомическое отделение с сопроводительной документацией, заполненной врачом.
17. Снимите перчатки.
18. Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов: Тело умершего подготовлено к переводу в патологоанатомическое отделение.