

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ»**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
к практическим занятиям и практической подготовке**

МДК.07.03. «Технология оказания медицинских услуг»

для студентов специальности 31.02.01 Лечебное дело

г. Ставрополь, 2022 г.

Методические указания составлены в соответствии с Федеральным государственным стандартом среднего общего образования и программой дисциплины МДК 04.03 «Технология оказания медицинских услуг» на основе примерной программы общепрофессиональной учебной дисциплины ПМ 04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих 24232 Младшая медицинская сестра по уходу за больными

В методических указаниях представлен материал для проведения практических занятий и практической подготовки по Дисциплине с обучающими по специальности 31.02.01 «Лечебное дело».

Составители: Санько Ю.П.

Рассмотрено на заседании методического объединения укрупненной специальности 31.00.00 Клиническая медицина протокол № 7 от 26.06.2022 г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе Методическим советом СМК, протокол № 6 от 26.06.2022 г.

Занятие продолжительностью 180 минут, из них не менее 50% выделяется на отработку практических навыков.

Процесс подготовки и выполнения практических занятий направлен на формирование следующих профессиональных компетенций:

Процесс изучения дисциплины в соответствии с ФГОС СПО направлен на формирование следующих компетенций:

А/01.5 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях.

А/02.5 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

А/03.5 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирование здорового образа жизни.

А/04.5 Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

А/06.5 Оказание медицинской помощи в экстренной форме.

Личностных результатов:

ЛР 2	Проявляющий активную гражданскую позицию, демонстрирующий приверженность принципам честности, порядочности, открытости, экономически активный и участвующий в студенческом и территориальном самоуправлении, в том числе на условиях добровольчества, продуктивно взаимодействующий и участвующий в деятельности общественных организаций
ЛР 3	Соблюдающий нормы правопорядка, следующий идеалам гражданского общества, обеспечения безопасности, прав и свобод граждан России. Лояльный к установкам и проявлениям представителей субкультур, отличающий их от групп с деструктивным и девиантным поведением. Демонстрирующий неприятие и предупреждающий социально опасное поведение окружающих
ЛР 4	Проявляющий и демонстрирующий уважение к людям труда, осознающий ценность собственного труда. Стремящийся к формированию в сетевой среде лично и профессионального конструктивного «цифрового следа»
ЛР 6	Проявляющий уважение к людям старшего поколения и готовность к участию в социальной поддержке и волонтерских движениях
ЛР 8	Проявляющий и демонстрирующий уважение к представителям различных этнокультурных, социальных, конфессиональных и иных групп. Сопричастный к сохранению, преумножению и трансляции культурных традиций и ценностей многонационального российского государства
ЛР 9	Соблюдающий и пропагандирующий правила здорового и безопасного образа жизни, спорта; предупреждающий либо преодолевающий зависимости от алкоголя, табака, психоактивных веществ, азартных игр и т.д. Сохраняющий психологическую устойчивость в ситуативно сложных или стремительно меняющихся ситуациях
ЛР 13	Демонстрирующий готовность и способность вести диалог с другими людьми, достигать в нем взаимопонимания, находить общие цели и сотрудничать для их достижения в профессиональной деятельности

ЛР 14	Проявляющий сознательное отношение к непрерывному образованию как условию успешной профессиональной и общественной деятельности
ЛР 15	Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами
ЛР 16	Выработавший умения и навыки трудовой деятельности, проявляющий основы трудовой культуры
ЛР 18	Поддерживающий и проявляющий принципы гуманности и милосердия
ЛР 19	Соблюдающий и поддерживающий профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации
ЛР 30	Осознающий социальную значимость труда, стремящийся добросовестно и ответственно работать, бережно относиться к результатам труда

Рабочая программа профессионального модуля может быть использована при подготовке специалистов со средним профессиональным образованием по специальностям Лечебное дело.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе практических занятий и практической подготовки должен:

иметь практический опыт:

- выявления нарушенных потребностей пациента;
- оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;
- планирования и осуществления сестринского ухода;
- ведения медицинской документации
- обеспечения санитарных условий в учреждениях здравоохранения и на дому;
- обеспечения гигиенических условий при получении и доставке лечебного питания для пациентов в МО;
- соблюдения требований техники безопасности и противопожарной безопасности во время проведения процедур и манипуляций

Уметь:

- принять пациента в стационар, заполнить необходимую документацию;
- оценить функциональное состояние пациента;
- проводить простейшую физиотерапию, оксигенотерапию;
- поставить газоотводную трубку и различные виды клизм;
- катетеризировать мочевой пузырь мягким катетером.
- вести постоянный мочевой катетер и ухаживать за ним;
- промыть желудок по назначению врача;
- осуществлять медикаментозное лечение пациентов по назначению врача,
- соблюдать правил хранения и использования лекарственных средств;

- осуществлять подготовку пациента к лабораторным методам исследования;
- осуществлять подготовку пациента к инструментальным методам исследования;
- провести сердечно-легочной реанимации
- оказывать сестринскую помощь при потере, смерти, горе; проведение посмертного сестринского ухода
- способы реализации сестринского ухода;
- технологии выполнения медицинских услуг
- факторы, влияющие на безопасность пациента и персонала;
- принципы санитарно-гигиенического воспитания и образования среди населения.
- знать:
- прием пациента в стационар, заполнить необходимую документацию;
- оценку функционального состояние пациента;
- простейшую физиотерапию, оксигенотерапию;
- поставку газоотводную трубку и различные виды клизм;
- катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером.
- уход за мочевым катетером;
- промывание желудка по назначению врача;
- осуществление медикаментозного лечения пациентов по назначению врача,
- соблюдение правил хранения и использования лекарственных средств;
- осуществление подготовки пациента к лабораторным методам исследования;
- осуществление подготовки пациента к инструментальным методам исследования;
- проведение сердечно-легочной реанимации
- оказание сестринской помощи при потере, смерти, горе; проведение посмертного сестринского ухода
- способы реализации сестринского ухода;
- технологии выполнения медицинских услуг.

	Практические занятия/Практическая подготовка	
1.	Практическое занятие. Прием пациента	4
2.	Практическое занятие. Ведение медицинской документации	4
3.	Практическое занятие. Оценка функционального состояния	4
4.	Практическое занятие. Оценка функционального состояния	6
5.	Практическое занятие. Термометрия	4
6.	Практическая занятие. Уход при лихорадке	4
7.	Практическое подготовка. Организация питания в стационаре	4
8.	Практическая подготовка. Кормление тяжелобольного пациента	4
9.	Практическое занятие. Личная гигиена пациента	4
10.	Практическая подготовка. Профилактика опрелостей и пролежней	4
11.	Практическое занятие. Методы простейшей физиотерапии. Компрессы, ванны	4
12.	Практическая подготовка. Методы простейшей физиотерапии. Грелка, пузырь для льда, горчичники	4
13.	Практическая подготовка. Оксигенотерапия.	4
14.	Практическое занятие. Гирудотерапия	4
15.	Практическая подготовка. Клизмы.	4
16.	Практическая подготовка. Клизмы. Газоотводная трубка.	4
17.	Практическая подготовка. Катетеризация мочевого пузыря.	4
18.	Практическая подготовка. Промывание желудка.	4
19.	Практическая подготовка. Дуоденальное и фракционное зондирование.	4
20.	Практическая подготовка. Выписка, учёт и хранение лекарственных средств.	4
21.	Практическая подготовка. Пути и способы введения лекарственных средств в организм.	4
22.	Практическая подготовка. Парентеральное введение лекарственных средств в организм.	4
23.	Практическая подготовка. Техника в/к инъекций	4
24.	Практическая подготовка. Техника п/к инъекций	4
25.	Практическая подготовка. Техника в/м инъекции	4
26.	Практическая подготовка. Техника в/в инъекции	4
27.	Практическая подготовка. Инфузионная терапия.	4
28.	Практическая подготовка. Уход за периферическим катетером	4
29.	Практическая подготовка. Постинъекционные осложнения	4
30.	Практическая подготовка. Лабораторные методы исследования	4
31.	Практическая подготовка. Эндоскопические методы исследования.	4
32.	Практическая подготовка. Инструментальные методы исследования.	4
33.	Практическая подготовка. Рентгенологические методы исследования	4
34.	Практическая подготовка. Сердечно-легочная реанимация.	4
35.	Практическая подготовка. Оказание неотложной помощи при закупорке дыхательных путей	4
36.	Практическая подготовка. Терминальные состояния	4
37.	Практическая подготовка. Уход за стомированными пациентами	4
38.	Практическая подготовка. Уход за тяжелобольным пациентом.	4
39.	Практическая подготовка. Потеря, смерть, горе.	4
	Итого	158 часов

Практическое занятие по теме: «Прием пациента»

М/с приемного отделения изучает сопроводительный документ поступающего пациента или его жалобы в том случае, если путь госпитализации – самотеком и приглашает врача. Если пациент не в состоянии сообщить сведения, необходимые для регистрации, их можно получить у сопровождающих его лиц и/или медицинского персонала скорой медицинской помощи. Дополнить или уточнить сведения о пациенте можно после улучшения состояния его здоровья.

Осмотрев пациента, врач записывает в «Медицинскую карту стационарного больного» результаты осмотра, необходимые медицинские мероприятия, на титульном листе указывает способ санитарной обработки и метод транспортировки, которые зависят от состояния пациента; а также - наименование лечебного отделения. После этого, м/с выполняет письменные указания врача. Независимыми сестринскими вмешательствами являются измерение температуры тела, артериального давления, веса, роста и некоторые другие.

После осмотра пациента врачом часто возникает необходимость в дополнительных инструментальных или лабораторных клинических исследованиях, а также в консультации другого специалиста (невропатолога, хирурга, травматолога, гинеколога и т. д.). Вызов лаборанта, других специалистов для уточнения диагноза входит в обязанности м/с приемного отделения.

Если пациент доставлен в приемное отделение в состоянии средней тяжести, то кроме оформления перечисленной документации, м/с приемного отделения обязана оказать пациенту первую доврачебную помощь в пределах своей компетенции (остановка наружного кровотечения, сердечно-легочная реанимация, удаление инородного тела при закупорке дыхательных путей и т. п.). Начав оказывать помощь, она должна вызвать врача.

Если пациент поступает без сопровождения родственников, то его документы и/или ценности м/с принимает на хранение, составляя

соответствующую опись в двух экземплярах. Один остается в «Медицинской карте стационарного больного», другой - у пациента.

Документы и ценности пациента, находящегося в бессознательном состоянии и доставленного «скорой помощью», принимают по описи, сделанной в сопроводительном листе персоналом «скорой помощи».

При поступлении пациента в отделение реанимации (минуя приемное отделение) оформление необходимой документации производит медсестра отделения реанимации с последующей регистрацией пациента в приемном отделении (соответствующие сведения вносят в «Журнал учета приема больных»).

Если пациент доставлен в МО по поводу внезапного заболевания, возникшего вне дома, особенно угрожающего его жизни, а также в случае смерти пациента, м/с приемного отделения обязана передать телефонограмму родственникам, сделав соответствующую запись в «Журнале телефонограмм». Также следует поступить при госпитализации (перевозе) пациента в другую МО.

Вопросы к фронтальному опросу:

1. Устройство приемного отделения стационара.
2. Функции приемного отделения.
3. Обязанности медицинской сестры приемного отделения.
4. Пути госпитализации пациентов.
5. Документация приемного отделения стационара.
6. Виды санитарной обработки пациентов
7. Участие сестры в проведении полной санобработки
8. Участие сестры в проведении частичной санобработки;
9. Мероприятия при выявлении педикулеза и его эпидемиологическая опасность.
10. Порядок проведения противопедикулезных мероприятий.
11. Виды транспортировки пациентов в лечебное отделение.

Тестовые задания:

1 вариант:

1. Санобработку пациенту проводит сестра с помощью
 - А. дежурного врача.
 - Б. родственников.
 - В. эпидемиолога.
 - Г. младшей сестры.
2. Способ санитарной обработки зависит от:
 - А. желания пациента
 - Б. состояния пациента
 - В. желания родственников
3. Способ санитарной обработки определяет
 - А. врач.
 - Б. родственники.
 - В. медицинская сестра.
 - Г. пациент.
4. Максимальная продолжительность гигиенической ванны
 - А. 10-15 мин
 - Б. 20-25 мин
 - В. 30-35 мин
 - Г. 40-45 мин
5. «Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации» имеет форму
 - А. 001/у
 - Б. 003/у
 - В. 068/у
 - Г. 066/у
6. Оформление пациента, поступающего в реанимационное отделение, проводит медицинская сестра
 - А. приемного отделения
 - Б. палатная реанимационного отделения.
 - В. старшая реанимационного отделения
 - Г. все перечисленное верно
7. К антропометрии относят:
 - А. измерение роста и определение массы тела.
 - Б. подсчет пульса, ЧДД, определение АД.
 - В. постановку банок, горчичников.
 - Г. измерение температуры тела.
8. Измерение окружности грудной клетки проводят по:
 - А. 3 ребру.
 - Б. 4 ребру.
 - В. 10 ребру.
9. Вши являются переносчиками
 - А. сыпного тифа.
 - Б. энцефалита.
 - В. чесотки.
10. Экскурсия грудной клетки – это
 - А. измерение объема грудной клетки на вдохе.
 - Б. измерение объема грудной клетки на выдохе
 - В. разница показателей объема грудной клетки на вдохе и выдохе

2 вариант

1. Все поступающие в стационар больные регистрируются в:

- а) журнале регистрации амбулаторных больных
 - б) журнале регистрации поступающих больных
 - в) журнале телефонограмм
2. При поступлении в приемное отделение ЛПУ тяжелобольного медсестра должна в первую очередь:
- а) оформить необходимую документацию
 - б) провести сан. гигиеническую обработку
 - в) срочно вызвать дежурного врача
3. При госпитализации в стационар санитарная обработка пациента проводится в ...
4. Уничтожение в окружающей человека среде возбудителей инфекционных заболеваний называются:
- а) дезинсекция
 - б) дератизация
 - в) дезинфекция
5. Приоритетная проблема пациента с педикулезом
- а) боль в месте поражения
 - б) кожный зуд
 - в) субфебрильная температура
6. Объем выполнения санитарной обработки определяет:
- а) старшая медсестра отделения
 - б) дежурная медсестра
 - в) врач
7. Дезинсекция - это ...
8. Влажная уборка в кабинете дежурной м/с приемного отделения проводится не менее:
- а) двух раз в сутки
 - б) трех раз в сутки
 - в) через каждый час
9. После обнаружения педикулеза м/с приемного отделения заполняет:
- а) температурный лист
 - б) лист назначения
 - в) экстренное извещение
10. Выполняя полную санитарную обработку пациента, м/с осуществляет следующий этап сестринского процесса:
- а) диагностика
 - б) реализация сестринского вмешательства
 - в) планирование сестринского вмешательства

3 вариант:

1. Больного, поступившего с подозрением на инфекционное заболевание, размещают в :
- а) смотровой
 - б) лаборатории
 - в) изоляторе
2. После осмотра пациента врачом, данных для госпитализации нет, пациента отпускают домой, о чем делается запись в:
- а) журнале телефонограмм
 - б) журнале регистрации амбулаторных больных
 - в) журнале регистрации поступающих больных
- проводится % раствором хлорамина
3. В случае обнаружения педикулеза, после обработки повторный осмотр пациента проводится через:

- а) 15 дней
 - б) 7 дней
 - в) 3 дня
4. Пациент обеспокоен тем, что при осмотре выявлен педикулез. Раздражен, неряшлив, к себе относится с пренебрежением. Данный статус относится:
- а) психологическим проблемам
 - б) социальным проблемам
 - в) духовным проблемам
5. Медсестра приемного отделения ЛПУ заполняет:
- а) лист назначения
 - б) титульный лист медицинская карта
 - в) температурный лист
6. Для сан. гигиенической обработки больных в приемном отделении есть:
- а) изолятор
 - б) санузел
 - в) санпропускник
7. Для обработки волосистой части головы при обнаружении педикулеза используют:
- а) р-р фурацилина 1:5000
 - б) 4 % р-р натрия гидрокарбоната
 - в) 0,15 % р-р карбофоса
9. При любом виде транспортировки пациент должен сопровождаться:
- а) родственниками
 - б) врачом
 - в) медсестрой
9. Выявление педикулеза говорит о нарушении удовлетворения потребности:
- а) быть чистым
 - б) одеваться
 - в) двигаться
10. Влажная уборка в кабинете дежурной м/с приемного отделения проводится не менее:
- а) двух раз в сутки
 - б) трех раз в сутки
 - в) через каждый час

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

В приемное отделение прохожими доставлен больной в бессознательном состоянии, без документов (на глазах у прохожих ему стало «плохо» недалеко от больницы).

Задание 1. Укажите последовательность действий медицинской сестры в данной ситуации.

Задание 2. Перечислите правила оформления медицинской документации в приемном отделении документацию?

Задача 2.

Больной, доставлен в приемное отделение (из квартиры, без сопровождающего), умер.

Задание 1. Что обязана предпринять медицинская сестра?

Задание 2. Какую документацию она должна оформить?

Задача 3.

В отделение реанимации, минуя приемное отделение, доставлен больной в тяжелом состоянии.

Задание 1. В чьи обязанности входит заниматься оформлением такого пациента?

Задание 2. Перечислите правила оформления документации приема больного в данном случае?

Задача 4.

В приемное отделение обратился больной, у которого на улице (недалеко от больницы) появились боли в животе. После осмотра врачом ему оказана необходимая помощь.

Задание 1.

Какая документация оформляется на данного больного?

Задание 2.

Кто при госпитализации больного определяет метод гигиенической обработки?

Задача 5.

Больному, доставленному в приемное отделение, после оказания необходимой помощи стало лучше. Наблюдая за состоянием больного в течение 2 ч., врач пришел к заключению, что показаний к госпитализации нет.

Задание 1.

Какая документация оформляется на данного больного?

Задание 2.

Необходима ли такому пациенту гигиеническая обработка?

Задача 6.

В приемное отделение доставлен мужчина 60 лет с диагнозом: Гипертонический криз.

Задание 1.

Какой вид санитарной обработки вы определите пациенту?

Задание 2.

Кто определяет вид транспортировки в отделение?

Задача 7.

В приемное отделение доставлена женщина с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. Чувствует себя субъективно удовлетворительно, может передвигаться самостоятельно.

Задание 1.

Какой вид транспортировки в отделение вы определите этой женщине?

Задание 2.

Какая документация будет оформляться на пациентку?

Задача 8.

У пациента, направленного на госпитализацию, в приёмное отделение обнаружены головные вши и гниды.

Задание 1.

Ваши действия?

Задание 2.

Через какое время необходимо провести повторную обработку?

Задача 9.

У пациента, направленного на госпитализацию, в приемном отделении обнаружены лобковые вши.

Задание 1.

Ваши действия?

Задание 2.

Какая документация оформляется в данном случае?

Практические манипуляции

Обработка волосистой части головы пациента при педикулёзе.

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания: наличие педикулеза.

Оснащение: дополнительный халат, косынка, 2 непромокаемых фартука, перчатки, клеенка, кувшин с теплой водой, противопедикулезное средство (педикулицид), шампунь, 2 полотенца, расческа (гребешок), таз, целлофановая пелерина, шапочка для душа.

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, получить согласие.
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Вымыть руки социальным способом, надеть дополнительный халат, фартук, перчатки. Постелить на пол клеенку и поставить на нее стул.
5. Обеспечить место пациенту для обработки: помочь пациенту надеть фартук, усадить на кушетку или стул с расстеленной клеенкой, закрыть плечи пациента целлофановой пелериной.
6. Дать в руки пациенту (если это возможно) полотенце и попросить закрыть им глаза. Если пациент не в состоянии держать полотенце, это делает за него помощник медсестры, у которого также должны быть дополнительный халат, косынка и перчатки. Развести педикулицид в соответствии с инструкцией по применению.

II. Выполнение процедуры:

7. Смочить волосы небольшим количеством воды из кувшина (температура воды = 36-37С). Нанести противопедикулезное средство на волосы пациента равномерно (Т=27С).
 8. Повязать голову плотно косынкой и выдержать экспозицию согласно методическим указаниям на данный препарат (20-60 мин).
 9. Смыть препарат теплой водой с шампунем.
 10. Ополоснуть волосы 6% теплым раствором столового уксуса (Т=27С).
 11. Тщательно вычесать гниды и вши частой расческой.
 12. Убрать пленку, прикрывающую глаза.
 13. Высушить и осмотреть волосы пациента.
- Примечание: при наличии площади волосы в подмышечных впадинах и на лобке сбривают или обрабатывают тем же педикулицидным средством.
14. Спросить пациента о самочувствии.

III. Завершение процедуры.

15. Сложить белье и одежду пациента в мешок и отправить в дезкамеру.
16. Снять перчатки, халат, фартук поместить в мешок для дезинсекции. Вымыть и осушить руки.
17. Внести запись в медицинскую карту (на титульном листе поставить красным карандашом букву «Р»).
15. Обработать помещение.

По окончании работы белье пациента, свою спецодежду помещают в непромокаемый мешок и отправляют в дезинфекционную камеру.

Информировать службу санэпиднадзора о выявленном случае педикулеза. При необходимости проводят повторную обработку инсектицидами.

Повторный осмотр проводится через 7 дней.

Примечание: при попадании дезинсекционного средства в глаза необходимо промыть глаза смоченным тампоном 1-2% раствором гидрокарбоната натрия или 0,02% раствором фурацилина.

Рекомендации для медсестры:

1. При осмотре головы особое внимание обратить на височно-затылочную область.
 2. При осмотре одежды и белья особое внимание обратить на швы, складки, воротники, пояса.
 3. Вши покидают лихорадящих больных и могут переползть на окружающих людей (инфекционная опасность!).
- Запрещают обработку педикулицидами беременным, кормящим женщинам, людям с поврежденной кожей и детям до 5 лет, используют только механические методы уничтожения вшей и гнид путем вычесывания частым гребнем, стрижки или сбривания волос (с согласия пациента!).

Рекомендуют кипячение нательного и постельного белья в 1-2% растворе соды в течение 15-20 минут для уничтожения вшей и гнид.

Проглаживают горячим утюгом через влажную ткань вещи, не подлежащие кипячению, а также используют инсектицидные мыла.

Проводят дезинфекцию химическими средствами при открытых окнах и форточках, по окончании экспозиции проводят влажную уборку.

Применяют для дезинфекции помещений при платяном и смешанном педикулезе: 0,15% раствор карбофоса, 0,5 % водный раствор хлорофоса, средство «Медифокс », аэрозольные баллоны типа «Прима», «Дихлофос», «Карбоаольэ », «Неофос- 2» .

Практическое занятие по теме «Прием пациента. Ведение медицинской документации»

Документация приёмного отделения

Всю медицинскую документацию оформляет м/с приемного отделения после осмотра пациента врачом и решения о его госпитализации в данную медицинскую организацию или оказания амбулаторной помощи. Сведения о пациенте медицинская сестра записывает в:

1) «Журнал учета приема больных и отказа в госпитализации» (форма № 001/у): № п/п, дата и время поступления, фамилия, имя, отчество пациента, дата рождения, данные страхового полиса, домашний адрес (место постоянной регистрации и временного проживания), кем доставлен, диагноз направившего учреждения (из сопроводительного документа), предварительный диагноз врача приемного отделения, отделение, в которое направлен, дата выписки.

2) По такой же форме ведется «Журнал учета отказа в госпитализации», куда вносятся после осмотра врачом сведения о пациентах, не нуждающихся в госпитализации в данный момент или в данную медицинскую организацию.

3) Кроме регистрации пациента в «Журнале учета приема больных», м/с оформляет титульный лист «Медицинской карты стационарного больного» (форма № 003/у), куда записывают практически те же сведения о пациенте, что и в «Журнал учета приема больных», регистрируют данные страхового полиса (в случае плановой госпитализации он обязателен при приеме пациента). Здесь следует записать телефон (домашний и служебный) пациента и кого-то из его родственников. Вопросы надо задавать пациенту тактично.

4) Заполнение лицевой стороны «Статистической карты выбывшего из стационара» (форма № 006/у), т.е. паспортные данные, также входит в обязанности м/с приемного отделения.

5) «Журнал учета отказов от госпитализации» - вносят сведения о пациентах, самостоятельно отказавшихся от госпитализации.

6) В «Журнал регистрации амбулаторных больных» вносят сведения о пациентах, которым в приемном отделении была оказана амбулаторная помощь.

7. «Журнал телефонограмм». При поступлении пациента без сознания и без документов, после оказания ему экстренной помощи и заполнения необходимой документации, м/с приемного отделения по телефону передает сведения о нем в отделение полиции, указав приметы поступившего (пол, приблизительные возраст, рост, телосложение), описав одежду. Во всех документах до выяснения личности пациент числится «неизвестным». В «Журнале телефонограмм», помимо текста, даты и времени передачи информации, указывается, кем она передана и принята.

8. По окончании дежурства сведения обо всех госпитализированных и находящихся в диагностических палатах приемного отделения пациентах м/с вносит в «Алфавитную книгу» (для систематизации работы справочной службы): указывает фамилию, имя, отчество, дату рождения, дату поступления и отделение, куда направлен пациент.

9. При выявлении у пациента признаков инфекционного заболевания, сведения о нем вносятся в «Журнал учета инфекционных больных» и заполняется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании», которое в течение суток должно быть передано в отделение

Роспотребнадзора для проведения противоэпидемических мероприятий. Если у пациента обнаружен педикулез, на титульном листе «Медицинской карты стационарного больного» делается отметка «Р»(+). После выполнения всех необходимых мероприятий медсестра транспортирует пациента с «Медицинской картой стационарного больного» и вложенным в нее направлением на госпитализацию, «Статистической картой выбывшего из стационара», температурным листом и передает врачу лечебного отделения, в которое направлен пациент.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Заполнение формы Ф-003/у
2. Заполнение формы Ф-058/у
3. Заполнение формы Ф-001 /у
4. Заполнение формы Ф-066/у
5. Названия журналов учетной документации приемного отделения

Тестовые задания:

I ВАРИАНТ

1. Какие виды медицинской документации заполняются медицинской сестрой в приемном отделении?

- а) Журнал движения больных в отделении
- б) Журнал консультаций специалистов
- в) Журнал приемов и отказов от госпитализации
- г) Журнал телефонограмм

2. На сколько минут помещают предметы ухода в оводидное средство после обработки пациента от педикулеза?

- а) на 20 минут
- б) на 30 минут
- в) на 2 часа
- г) на 6 часов

3. Санитарная обработка пациента, поступающего в стационар проводится?

- а) до врачебного осмотра
- б) до регистрации пациента
- в) после врачебного осмотра
- г) после регистрации пациента

4. В каких случаях применяют препарат Медифокс?

- а) головной педикулез
- б) лобковой педикулез
- в) платяной педикулез
- г) все вышеуказанное

5. Какая температура помещения должна быть при принятии ванны?

- а) 20 градусов
- б) 22 градуса
- в) 23 градуса
- г) 25 градусов

6. Какая температура воды при принятии ванны?

- а) 30-35 градусов
- б) 35 градусов
- в) 35-37 градусов
- г) 34 градуса

7. Какая температура воды при частичной обработке пациента?

- а) 35-37 градусов
- б) 42 градуса
- в) 30-35 градусов
- г) 35 градусов

8. Все пациенты, находящиеся на лечении, осматриваются на педикулез каждые...

- а) каждые 10 дней

б) каждые 2 недели

в) каждые 3 дня

г) каждые 7 дней

9. Вид санитарной обработки определяет ?

а) старшая медсестра

б) медсестра приемного отделения

в) врач

г) младшая медсестра

10. Последовательность мытья пациента?

а) голова, верхние конечности, нижние конечности, туловище, промежность

б) голова, туловище, верхние конечности, нижние конечности, промежность

в) голова, туловище, верхние конечности, промежность, нижние конечности,

г) голова, верхние конечности, нижние конечности, промежность, туловище

II ВАРИАНТ

1. Время обработки волосистой части головы раствором при педикулезе?

а) 20 минут

б) 30 минут

в) 40 минут

г) 60 минут

2. Для уничтожения гнид вшей используется раствор для полоскания волос?

а) 0,5 % раствор перманганата калия

б) 3% раствор перекиси водорода

в) 6% раствор уксусной кислоты

г) 70% этиловый спирт

3. Каждый выявленный случай головного, платяного и смешанного педикулеза медсестра регистрирует и заполняет...

а) Журнал учета инфекционных заболеваний

б) экстренное извещение

в) делается отметка на лицевой стороне истории болезни «Р»

г) заполняется все вышеперечисленное

4. Титульный лист формы №003-У заполняет?

а) медсестра приемного отделения

б) врач приемного отделения

в) старшая медсестра приемного отделения

г) медсестра лечебного отделения

5. Уничтожение вредных насекомых называется?

а) дезинсекция

б) дезинфекция

в) дератизация

г) стерилизация

6. В случае обнаружения педикулеза отметка «Р» ставится?

а) в температурном листе

б) на титульном листе медицинской карты стационарного больного

в) на экстренном извещении

г) на всех перечисленных документах

7. После проведения противопедикулезных мероприятий в дезкамеру отправляются?

а) халат

б) перчатки

в) белье пациента

г) все перечисленное

8. К способу частичной обработки относится?

а) обливание

б) обтирание

- в) ванна
 - г) стрижка волос
9. Способ транспортировки пациента в отделение зависит от...
- а) от желания пациента
 - б) от тяжести состояния пациента
 - в) от количества сопровождающих
 - г) от наличия средств для транспортировки
10. Способ транспортировки определяет?
- а) старшая медсестра
 - б) палатная медсестра
 - в) врач
 - г) главный врач

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

В приемное отделение стационара поступил пациент. При осмотре медицинская сестра выявила у него педикулез.

Задание 1.

Какой специальной одеждой должен пользоваться мед. персонал приёмного отделения, осуществляющий обработку пациентов с педикулезом и в каком помещении должна проводиться дезинсекция?

Задание 2.

Перечислите, какие средства для проведения дезинсекции Вы знаете?

Задача 2.

В приёмное отделение доставлен прохожими в бессознательном состоянии мужчина.

Задание 1.

Составьте план действий медицинской сестры.

Задание 2.

Какую документацию она должна оформить?

Задача 3.

Доставлен пациент в приёмный покой соседями по подъезду, в период оформления его в отделение у него обнаружена крупная сумма денег, которые он не знает куда деть.

Задание 1.

Действия медицинской сестры приёмного покоя.

Задание 2.

Какую документацию должна оформить медицинская сестра в этом случае?

Задача 4.

В приёмный покой скорой помощью доставлен бомж. Врачом после его осмотра принято решение - госпитализировать пациента.

Задание 1.

Действия медицинской сестры приёмного покоя?

Задание 2.

Кто определяет вид санитарной обработки пациента?

Задача 5.

После осмотра пациента в приёмном покое ему поставлен диагноз: желудочно-кишечное кровотечение и направлен в реанимационное отделение.

Задание 1.

Какой будет определен вид госпитализации, вид сан. обработки и транспортировки данному пациенту.

Задание 2.

Кто из медицинского персонала будет осуществлять оформление документации на такого пациента.

Задача 6.

Пациент доставлен в приёмный покой. При объективном обследовании медицинская сестра определила общее состояние - средней тяжести.

Задание 1.

При оформлении его в стационар какой будет определен вид сан. обработки, транспортировки?

Задание 2. Какую документацию необходимо на него заполнить.

Задача 7.

При госпитализации в отделение, пациент осмотрен медицинской сестрой, выявлено: наличие вшей на волосистых частях тела.

Задание 1.

Составьте план проведения санитарной обработки пациента и его вещей.

Задание 2.

Перечислите состав противопедикулезной укладки.

Задача 8.

Пациенту, доставленному в приёмный покой с болями в животе, после осмотра врачом, назначено лечение и наблюдение в течение 2-х часов. После чего его состояние улучшилось.

Задание 1.

Перечислите, какую документацию должна заполнить медицинская сестра?

Задание 2.

Укажите роли медицинской сестры на данном этапе?

Задача 9.

Пациент доставлен в приёмный покой попутным транспортом с автодорожной травмой.

Задание 1.

Перечислите, какую документацию должна заполнить медицинская сестра?

Задание 2.

Укажите, какова роль медицинской сестры в данной ситуации?

Задание (дополните предложение).

1. К частичной санобработке относят: _____, протирание.
2. Медсестра приемного отделения осматривает волосистую часть головы на _____.
3. Полная санобработка пациента включает: гигиеническую _____, гигиенический _____.
4. Температура воды гигиенического душа, ванны _____ - _____ °С.
5. Продолжительность гигиенической ванны пациента _____ - _____ минут.
6. Осмотр на педикулез пациента проводят в _____ отделении.
7. Способ транспортировки пациента определяет _____.
8. Пациентов госпитализируют: планово, _____, _____, _____.
9. В случае _____ на титульном листе медицинской карты ставят обозначение «Р».
10. _____ - это препараты для борьбы с головными вшами.
11. Одна из функциональных обязанностей сестры приемника: определение _____ показателей.

12. Перечень документации приемного отделения: медицинская карта, журнал _____ приема больных и _____ в госпитализации, _____ об инфекционном пациенте, _____ выбывшего из стационара.
13. В медицинской карте сестра заполняет _____ часть.
14. Последовательность мытья тела пациента в ванне: голова, туловище, конечности _____.
15. При проведении гигиенической ванны сестра следит за внешним видом, состоянием, показателями _____, _____, _____.
16. Щадящую транспортировку тяжелобольных проводят на _____.
17. В карту стационарного больного вкладываю _____, _____, _____.
18. Санобработку пациента проводит медсестра с помощью _____.
19. К антропометрии относят _____, _____, _____.
20. Отделение, в которое госпитализируется пациент, минуя покой _____.

Задание № 2.

Справедливы ли утверждения?(выберите ответ) Да Нет

1. На должность медицинской сестры приемного отделения назначаются специалисты имеющие среднее образование.
2. Медсестра приемного отделения заполняет паспортную часть «Медицинской карты стационарного больного».
3. Медсестра приемного отделения, в отсутствие врача, не имеет права оказывать экстренную помощь пациенту.
4. Медсестра приемного отделения производит опись одежды пациента.
5. Медсестра приемного отделения несет ответственность за нечеткое или не своевременное выполнение своих должностных обязанностей.
6. Медицинскую карту стационарного больного с вложенным в нее направлением на госпитализацию, а также «Статистической картой выбывшего из стационара», температурным листом медицинская сестра приемного отделения отдает пациенту и объясняет, как пройти в отделение.
7. При поступлении пациента в отделение реанимации, минуя приемное отделение, оформление документации осуществляет медсестра приемного отделения.
8. По окончании дежурства, медсестра приемного отделения заносит в алфавитную книгу сведения обо всех госпитализируемых, указывая фамилию, имя, отчество, год рождения, дату поступления и в какое отделение направлен поступивший пациент.
9. Санитарная обработка пациента необходима, прежде всего, для предупреждения распространения внутрибольничной инфекции.
10. Санпропускник приемного отделения состоит из смотровой комнаты и душа.
11. После оформления пациента и осмотра на наличие инфекционных заболеваний, медсестре приемного отделения необходимо произвести санитарно-гигиеническую обработку пациента.
12. Головные и платяные вши- переносчики тяжелых инфекционных заболеваний.
13. Для борьбы с педикулезом используют только химический метод.
14. В «Журнал учета инфекционных заболеваний» вносят необходимые сведения о пациенте, у которого обнаружено инфекционное заболевание.

Оформление медицинской документации приемного отделения
«Медицинская карта стационарного больного» (уч. ф. 003/у).

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____
 стационарного больного

Дата	и	время	поступления
Дата	и	время	выписки

Отделение _____	палата _____	№ _____
Переведен _____	в _____	отделение _____
Проведено _____		койко-дней _____
Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)		
Группа крови _____		Резус-принадлежность _____
Побочное действие _____	лекарств _____	(непереносимость) _____
название препарата, характер побочного действия _____		
1. _____	Фамилия, _____	имя, _____ отчество _____
_____	_____	2. _____ Пол _____
3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца – дней)		
4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____		
вписать адрес, указав для приезжих - область, район, _____		
населенный пункт, адрес родственников и № телефона _____		
5. _____	Место работы, _____	профессия _____ или _____ должность _____
для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы; _____		
для инвалидов - род и группа инвалидности, иов – да, нет подчеркнуть _____		
6. _____	Кем _____	направлен _____ больной _____
название лечебного учреждения _____		
7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет через _____ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).		
8. _____	Диагноз _____	направившего _____ учреждения _____
9. _____	Диагноз _____	при _____ поступлении _____

Заполнение экстренного извещения

Экстренное извещение составляется врачами и средним медицинским персоналом УЗ в случае выявления у пациента педикулеза, инфекционного заболевания (подозрения на него), пищевого, острого профессионального отравления, неправильной реакции на прививку, независимо от условий выявления: при обращении за лечением, профилактическом осмотре, обследовании в стационаре на секции и т.д.

Служит для информации Центр гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ) по месту обнаружения заболевания с целью принятия необходимых противозидемических мер.

Алгоритм заполнения

1. Четко и аккуратно заполнить паспортную часть извещения.
Диагноз без изменений и искажений переписать из первичного документа, т.е. медицинской карты.
2. Экстренное извещение должно быть доставлено в ЦГиЭ по данной территории в течение 12 часов с момента установления диагноза. При получении экстренного извещения ЦГ и Э организует проведение дезинфекции по месту жительства и работы заболевшего.

Извещение о выявлении инфекционного заболевания (ф. N 058/у)

1. Диагноз _____

подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)

2. Фамилия, Имя, Отчество _____

3. Пол _____

4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) _____

5. Адрес, населенный пункт _____ район _____
_____ улица _____ дом № _____ кв. № _____

индивидуальная коммунальная, общежитие - вписать

6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения) _____

7. Даты:

заболевания _____

первичного обращения (выявления) _____

установления диагноза _____

последующего посещения детского учреждения, школы _____

госпитализации _____

8. Место госпитализации _____

9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший _____

10. Проведенные первичные противозидемические мероприятия и

дополнительные _____

сведения

11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС _____

Фамилия сообщившего _____

Кто принял сообщение _____

12. Дата и час отсылки извещения _____

Подпись пославшего извещение _____

Регистрационный № _____ в журнале ф. № _____ санэпидстанции.

Подпись получившего извещение _____

Практическое занятие по теме: «Оценка функционального состояния»

Для общей оценки функционального состояния пациента медицинская сестра должна определить следующие показатели.

- общее состояние пациента,
 - положение больного в постели,
 - физиологические показатели.
- Общее состояние пациента.

Оценку общего состояния (степени тяжести состояния) осуществляют после комплексной оценки пациента (с применением как объективных, так и субъективных методов исследования).

Общее состояние может быть определено следующими градациями:

- удовлетворительное состояние - сознание ясное, жизненно важные функции не нарушены;
- состояние средней тяжести - сознание ясное или имеется умеренное оглушение, жизненно важные функции нарушены незначительно;
- тяжелое состояние - сознание нарушено до глубокого оглушения или сопора, имеются нарушения дыхательной либо сердечно-сосудистой систем;
- крайне тяжелое состояние (преагональное) - умеренная или глубокая кома, выраженные симптомы поражения дыхательной и/или сердечно-сосудистой систем;
- терминальное состояние (агональное)
- запредельная кома с нарушениями витальных функций;
- состояние клинической смерти.

Положение больного в постели.

При заболеваниях наблюдаются различные изменения положения больного:

- активное - состояние удовлетворительное, пациенты активны, они легко и свободно осуществляют те или иные движения;
- пассивное - невозможность активных движений (при бессознательном состоянии, резкой слабости и др.);
- вынужденное - при некоторых заболеваниях пациент принимает определенное положение для уменьшения болезненных ощущений; примером вынужденного положения может служить так называемое положение - ортопноэ – сидячее положение больного со спущенными вниз ногами.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1.Определение пульса.
- 2.Назовите характеристики пульса.
- 3.Назовите места подсчета пульса.
- 4.Что такое ритм?
- 5.Что такое частота?
- 6.Что такое напряжение?
- 7.Что такое наполнение?
- 8.Что такое симметричность?
- 9.Что такое дефицит пульса?
10. Чем измеряется артериальное давление у человека?
11. Назовите составляющие системы органов кровообращения.
12. Какие кровеносные сосуды, несут кровь от сердца к органам и тканям?
13. Какие кровеносные сосуды несут кровь к сердцу?
14. Назовите фазы сердечной деятельности.
15. Назовите причину, благодаря которой происходит движение крови в сосудах большого и малого круга кровообращения.

Глоссарий терминов

Артериальное давление – давление, которое образуется в артериальной системе организма при сердечных сокращениях

Брадикардия – частота сокращений менее 60 в мин.

Гиперемия – покраснение

Лихорадка – повышение температуры тела, обусловленное нарушением и перестройкой процессов терморегуляции

Пульс – периодические колебания стенок кровеносных сосудов, связанные с изменением их кровенаполнения и динамикой давления в них в течение одного сердечного цикла

Тахикардия – частота сокращений предсердий и желудочков более 80 – 100 в минуту

Термометрия – измерение температуры

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Вариант 1

1. Снижение АД ниже нормы называется артериальной _____.
2. Артериальное давление, возникающее в момент максимального подъёма пульсовой волны после систолы желудочков, называется
а) систолическим б) диастолическим в) пульсовым
3. Артериальное давление обычно измеряют на _____ артерии.
4. Не следует измерять АД на руке со стороны:
а) произведённой мастэктомии
б) если рука парализована или ослаблена после инсульта
в) при проведении с данной стороны внутривенной инфузии
г) во всех вышеперечисленных случаях
5. Инспираторная одышка – это одышка с затруднённым _____.
6. У тренированных людей и спортсменов частота дыхательных движений может достигать ____ в минуту.
7. Установите соответствие:
Частота пульса Количество пульсовых волн в минуту
1.Норма А. 90- 100
2.Тахикардия Б. 40 -50
3.Брадикардия В. 60 -80
8.Пульс, который едва прощупывается, называется _____.
- 9.Беспорядочное хаотичное сокращение сердца называется _____ аритмией.
- 10.Установите соответствие:
1.Напряжение А. Заполненность кровью сосудов
2.Наполнение Б.Число пульсовых волн в минуту
3.Частота В.Сила, с которой кровь давит на стенки
4.Ритм Г. Чередование пульсовых волн через определенные интервалы времени

Вариант – II

1. Артериальная гипертензия – это состояние, при котором систолическое АД превышает ____ мм рт.ст. и/или диастолическое АД превышает ____ мм.рт.ст.
2. Давление, поддерживаемое в артериальных сосудах в диастолу благодаря их тону, называется:
а) систолическим б) диастолическим в) пульсовым
3. Разница между систолическим и диастолическим давлением образует _____ давление.
4. Экспираторная одышка – это одышка с затруднённым _____.
5. Частота дыхательных движений у взрослого человека в покое составляет ____ в минуту.
6. Факторы, приводящие к учащению частоты дыхательных движений:
а) понижение температуры тела
б) физическая нагрузка
в) повышение температуры тела
г) сильное эмоциональное переживание
7. Установите соответствие
Вид аритмии: Характеристика аритмии:
1.Экстрасистолия А. внеочередное сокращение сердца
2.Мерцательная аритмия Б.беспорядочное хаотическое сокращение сердца
8. _____ это чередование пульсовых волн через определенные интервалы времени.
- 9.Учащение пульса называется _____.
- 10.Установите соответствие:

Напряжение пульса: Характеристика пульса:

1. при нормальном АД А.пульс твердый или напряженный
2. при повышенном АД Б. пульс мягкий
3. при пониженном АД В.пульс умеренного напряжения

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача 1.

Действующие лица

1. Пациент
2. Медицинская сестра

Задание 1: разыграйте ситуацию

Пациенту: Пациент предъявляет жалобы соответствующие I периоду лихорадки и просит медсестру научить правильному измерению температуры в подмышечной впадине.

Медсестре: Ваши действия?

Задание 2: Графически изобразите I период лихорадки

Задача 2.

Действующие лица:

1. Пациент
2. Медицинская сестра

Задание 1: разыграйте ситуацию

Пациенту: Предъявите медицинской сестре жалобы, соответствующие II периоду лихорадки, но отказывайтесь от измерения температуры, мотивируя отказ тем, что боитесь быть инфицированным кожным заболеванием.

Медсестре: Убедить пациента измерить температуру.

Ваша тактика?

Задача 3.

Действующие лица:

1. Пациент
2. Медицинская сестра

У пациента критическое снижение температуры

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: предъявите медсестре жалобы, соответствующие критическому снижению температуры.

Медсестре: Ваша тактика по оказанию помощи пациенту.

Задание 2: Графически изобразите с критическое снижение температуры.

Задача 4.

Действующие лица:

1. Пациент
2. Медицинская сестра

У пациента литическое снижение температуры.

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: Предъявите медсестре жалобы соответствующие литическому снижению температуры.

Медсестре: Ваши рекомендации по уходу?

Задание 2: Графически изобразите лизис.

Задача 5.

Действующие лица:

1. Пациент
2. Медицинская сестра

Пациент, у которого ампутированы верхние и нижние конечности предъявляет жалобы соответствующие извращенной лихорадке.

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: Предъявите медсестре жалобы соответствующие извращенной лихорадке.

Медсестре: необходимо измерить температуру тела, охарактеризовать.

Задание 2: Изобразить графически извращённую лихорадку.

Задача 6.

Действующие лица:

1. Пациент

2. Медицинская сестра

Пациент с высокой температурой, при измерении температуры тела разбил термометр

Задание 1: разыграйте ситуацию

Пациенту: предъявите жалобы соответствующие высокой температуре.

Медсестре: Ваши действия?

Задача 7.

Действующие лица:

1. Пациент

2. Медицинская сестра

У пациента II период лихорадки.

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: предъявите медсестре жалобы соответствующие II периоду лихорадки.

Медсестре: Ваша тактика по уходу за пациентом, ваши рекомендации.

Задание 2: Графически изобразите II период лихорадки.

Задача 8.

Действующие лица

1. Пациент

2. Медицинская сестра

Медицинскую сестру срочно вызвали в палату к пациенту, больному крупозной пневмонией.

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: В течении 3-х дней у вас сохранялась температура тела 39 гр.С. В момент осмотра температура тела 35,6 гр.С, А/Д 80/90 мм. рт. ст. предъявите жалобы соответствующие кризису, выразите беспокойство по поводу своего состояния.

Медсестре: Используя знания сестринского процесса, определите этапы сестринского процесса, определите (спланируйте цель ухода, распишите план ухода за пациентом, реализуйте запланированное, проведите оценку действий).

Задача 9.

Действующие лица:

1. Пациент

2. Медицинская сестра

У пациента I период лихорадки

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: предъявите медсестре жалобы соответствующие I периоду лихорадки. Выразите беспокойство за своё состояние.

Медсестре: Используя знания сестринского процесса, определите этапы сестринского процесса, определите и спланируйте цель ухода, распишите план ухода за пациентом.

Манипуляции для освоения студентами:

Определение частоты, ритма, глубины дыхательных движений (ЧДД).

Цель: определить основные характеристики дыхания.

Показания: оценка функционального состояния органов дыхания.

Оснащение: часы с секундной стрелкой, температурный лист, ручка с синим стержнем.

Обязательное условие: подсчет ЧДД проводится без информирования пациента об исследовании частоты дыхания.

Этапы.

Подготовка к процедуре:

1. Создать доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту необходимость подсчета пульса, получить согласие на процедуру.
3. Вымыть и осушить руки.

Выполнение процедуры:

1. Придать пациенту удобное положение (лежа или сидя). *Примечание.* Необходимо видеть верхнюю часть его грудной клетки или живота. У женщин чаще грудной тип дыхания, а у мужчин - брюшной.
2. Взять руку пациента как для исследования пульса.
3. Положить свою и пациента руки на грудь (при грудном типе дыхания) или эпигастральную область (при брюшном типе дыхания) пациента, имитируя исследование пульса.
4. Подсчитать число вдохов за минуту, пользуясь секундомером.

Окончание процедуры:

1. Оценить результат.
2. Объяснить пациенту, что ему сосчитали частоту дыхательных движений. Сообщить результаты ЧДД.
3. Провести регистрацию основных характеристик дыхания в температурном листе графическим, а в листе наблюдения - цифровым способами.
4. Вымыть руки гигиеническим способом, осушить.
5. Сделать соответствующую запись в медицинской документации о выполненной процедуре.

Пример регистрации характера ЧДД цифровым способом: ЧДД - 18 в мин., ритм., поверхн., брюшной тип.

Исследование пульса на лучевой артерии.

Цель: диагностическая.

Показания: оценка функционального состояния организма.

Оснащение: часы с секундомером, температурный лист, ручка с красным стержнем, кожный антисептик, жидкое мыло, одноразовое полотенце, дезинфицирующее средство.

Этапы

Подготовка к процедуре:

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить суть и ход процедуры.
3. Получить согласие пациента на процедуру.
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Вымыть и осушить руки гигиеническим способом.
6. Придать пациенту удобное положение сидя или лежа.

Выполнение процедуры:

1. Охватить одновременно кисти пациента пальцами своих рук выше лучезапястного сустава так, чтобы 2, 3 и 4-й пальцы находились над лучевой артерией (2-й палец — у основания большого пальца).
2. Прижать артерию до четкого определения пульсации к лучевой кости.
3. Провести подсчет пульсовых волн на той артерии, где они лучше выражены в течение 60 секунд, а при ритмичном пульсе - 30 секунд, при этом полученный результат удваивается.
4. Оценить интервалы между пульсовыми волнами.
5. Оценить наполнение пульса.
6. Сдавить лучевую артерию до исчезновения пульса и оценить напряжение пульса.

Окончание процедуры:

1. Оценить результат.
2. Провести регистрацию свойств пульса в температурном листе графическим, а в листе наблюдения - цифровым способами.
3. Сообщить пациенту результаты исследования.
4. Вымыть и осушить руки.
5. Сделать соответствующую запись в медицинской документации о выполненной процедуре.

Практическое занятие по теме: «Оценка функционального состояния»

Артериальным называется давление, которое образуется в артериальной системе организма при сердечных сокращениях. На его уровень влияют величина и скорость сердечного выброса, частота и ритм сердечных сокращений, периферическое сопротивление стенок артерий.

Артериальное давление, возникающее в артериях в момент максимального подъема пульсовой волны после систолы желудочков, называется систолическим (N – 100 - 135 мм рт. ст.). Давление, поддерживаемое в артериальных сосудах в диастолу благодаря их тону, называется диастолическим (N – 60 – 85 мм рт. ст.). Разница между систолическим и диастолическим давлением образует пульсовое давление (N – 40 – 50 мм рт. ст.).

Нормальные показатели в определенной мере зависят и от возраста человека. Так, у пожилых людей максимально допустимо систолическое давление 150 мм рт. ст., а диастолическое - 90 мм рт. ст. Кратковременное повышение артериального давления (преимущественно систолического) наблюдается при эмоциональных нагрузках, физическом напряжении.

У каждого человека есть определенная величина АД, когда он чувствует себя хорошо. Такое АД часто называют «рабочим». У одного человека оно совпадает с нормальными показателями, у другого - оказывается выше или ниже нормы. АД выше нормы называется гипертензией, ниже нормы – гипотензией.

В повседневной практике артериальное давление чаще всего измеряют непрямым звуковым методом, предложенным в 1905 г. русским хирургом

Н. С. Коротковым, с применением аппаратов сфигмоманометров (тонометров). Сфигмоманометр состоит из ртутного или пружинного манометра, соединенного с манжетой и резиновой грушей. Поступление воздуха в манжету регулируется с помощью специального вентиля, позволяющего удерживать и плавно снижать давление в манжете. Помимо тонометров для измерения АД нужен еще один прибор - фонендоскоп. Перед измерением АД нужно убедиться, что мембрана фонендоскопа и трубки целы, в противном случае возможны помехи, затрудняющие исследование.

Измеряют АД обычно 2-3 раза с промежутками в 1-2 мин, воздух из манжетки выпускают каждый раз полностью. Вся процедура должна продолжаться не более 1 мин.

Исследование АД было бы более достоверным, если бы учитывался размер манжеты по отношению к окружности плеча. Если использовать стандартную манжету шириной 12 см, истинные цифры АД будут регистрироваться у лиц с окружностью плеча 25-30 см. При увеличении окружности плеча регистрируется ложное повышение АД. Ширина манжеты при измерении АД у лиц с ожирением должна быть 18 см (представление об истинном систолическом АД можно составить, если измерять АД по пульсации лучевой артерии, накладывая обычную манжету на предплечье).

Вопросы к фронтальному опросу:

1. Определение «артериальное давление»
2. Понятие систолическое давление
3. Понятие диастолическое давление
4. Понятие пульсовое давление
5. Нормальные цифры артериального давления
6. Приборы для измерения артериального давления

7. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима при измерении артериального давления пациент

Тестовые задания:

1 вариант

1. Артериальное давление измеряется с помощью прибора:
 - 1) урметра
 - 2) манометра
 - 3) спирометра
 - 4) тонометра
2. Артериальное давление необходимо измерять на:
 - 1) обеих руках
 - 2) правой руке
 - 3) левой руке
 - 4) одной руке
3. Физиологическая норма артериального давления у взрослого человека (мм рт. ст.):
 - 1) 70/40
 - 2) 160/110
 - 3) 120/80
 - 4) 150/100
4. Каким методом дезинфицируется мембрана фонендоскопа:
 - 1) протиранием
 - 2) орошением
 - 3) распылением
 - 4) погружением
5. Что называют пульсовым давлением:
 - 1) дефицит пульсовой волны
 - 2) разница между систолическим и диастолическим давлением
 - 3) разница показателей АД утром и вечером
 - 4) разница показателей АД на правой и на левой руке
6. Установите последовательность действий при выполнении внутримышечной инъекции:
 - А. определить пальпаторно пульсацию в локтевой ямке, приложив на это место мембрану фонендоскопа
 - Б. уложить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, подложив под локоть сжатый кулак кисти свободной руки пациента
 - В. наложить манжетку тонометра трубками сбоку на обнажённое плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба
 - Г. открыть вентиль, медленно выпустить воздух, выслушивая тоны, следить за показаниями манометра (фиксировать показания)
 - Д. закрыть вентиль «груши», нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации в локтевой артерии
7. Пульс обычно исследуют на
 - а) лучевой артерии
 - б) на сонной артерии
 - в) на локтевой артерии
 - г) на височной артерии
8. Основными свойствами пульса являются все, кроме
 - а) ритм
 - б) частота
 - в) напряжение
 - г) стабильность
 - д) наполнение
9. Аппарат для измерения АД:
 - а) кардиомонитор

б) термометр

в) тонометр

г) манометр

10. Гипертензия- это

а) АД ниже нормы

б) норма АД

в) резкое снижение АД

г) АД выше нормы

Вариант 2.

1. Гипотензия-это

а) резкое повышение АД

б) АД выше нормы

в) АД ниже нормы

2. Разность между систолическим и диастолическим давлением называется

а) максимальным АД

б) минимальным АД

в) дефицитом пульса

г) пульсовым давлением

3. АД измеряют

а) 5-6 раз на обеих руках

б) 3-4 раза на обеих руках

в) 2-3 раза на одной руке

г) 3 раза на обеих руках

4. При повышении АД становится:

а) неправильным

б) твердым, полным

в) мягким, полным

г) пустым

5. Метод определения пульса:

а) прощупывание

б) простукивание

в) осмотр г) выслушивание

6. Установите соответствие:

термин: значение термина:

1) тахикардия а) частота пульса 90 в минуту

2) брадикардия б) частота пульса 70 в минуту

7. АД зависит

а) только от частоты сокращений сердца

б) только от силы сокращений сердца

в) только от тонуса артериальной стенки

г) как от силы объема сердца, так и от тонуса артериальной стенки

8. Гипертонический криз - это

а) резкое снижение АД

б) резкое повышение АД

в) одна из форм острой сердечной недостаточности

9. Нормы верхней границы АД-

а) 160/100

б) 200/120

в) 140/90

г) 90/60

10. Нормы нижней границы АД-

а) 160/100

б) 200/120

в) 140/90

г) 90/60

АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ

ЦЕЛЬ: оценка сердечного выброса и сосудистого тонуса.

ЗАДАЧИ: определение систолического и диастолического артериального давления по методу Н.С. Короткова.

ПОКАЗАНИЯ: назначения врача, ургентные ситуации.

ОСНАЩЕНИЕ: тонометр (прошедший ежегодную поверку средств измерения), соответствующий росту-возрастным показателям пациента, разрешенный к применению в Российской Федерации и поверенный тонометр, фонендоскоп, кушетка (при измерении артериального давления в положении лежа), стул (при измерении артериального давления в положении сидя), антисептическое или дезинфицирующее средство для обработки мембраны стетофонендоскопа, салфетки марлевые однократного применения, синий карандаш или ручка, карта наблюдения за пациентом (температурный лист).

Условия измерения артериального давления

Измерение АД должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5-10 минут. За один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.

При ургентных состояниях и если больной без сознания, измерение АД производится в любое время!

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Подготовка к процедуре:

1. Проверьте исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией о его применении.
2. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Придать пациенту удобное положение, усадить его или уложить.

Выполнение процедуры:

2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх.
3. Наложить манжету прибора для измерения артериального давления 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.
3. Наложить два пальца левой руки на предплечье в месте прощупывания пульса.
4. Другой рукой закрыть вентиль груши прибора для измерения артериального давления. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей прибора для измерения артериального давления до исчезновения пульса. Этот уровень давления, зафиксированный на шкале прибора для измерения артериального давления, соответствует систолическому давлению.
5. Спустить воздух из манжеты прибора для измерения артериального давления и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха.
6. 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.
7. Повторно накачать манжету прибора для измерения артериального давления до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст.

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

9. Запомнить по шкале на приборе для измерения артериального давления появление первого тона Короткова - это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем по пульсу.

2.10 Отметить по шкале на приборе для измерения артериального давления прекращение громкого последнего тона Короткова - это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона. 2.11. Снять манжету прибора для измерения артериального давления с руки пациента.

3. Окончание процедуры

1. Сообщить пациенту результат измерения артериального давления.
2. Обработать мембрану прибора для измерения артериального давления антисептическим или дезинфицирующим средством.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Записать результаты выполнения в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления сообщить врачу.

Положение пациента

Артериальное давление допускается определять в положении "сидя" (наиболее распространено), "лежа" и "стоя", однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к превышению или занижению значений измерения артериального давления на 4 мм рт.ст.

В положении "сидя" измерение проводят у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости артериального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки "на весу". Для проведения измерения артериального давления в положении "стоя" необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя.

Кратность измерений

Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2 мин. Во время первого визита пациента необходимо измерить артериальное давление на обеих руках. В дальнейшем целесообразно проводить эту процедуру только на одной руке, всегда отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт. ст. для систолического артериального давления и 5 мм рт. ст. - для диастолического артериального давления) все последующие измерения проводят на руке, где по результатам измерения были получены более высокие значения артериального давления. В противном случае измерения проводят, как правило, на "нерабочей" руке.

Если первые два измерения артериального давления отличаются между собой не более чем на 5 мм рт. ст., измерения прекращают и за уровень артериального давления принимают среднее значение этих величин.

Если значения отличаются друг от друга более чем на 5 мм рт.ст., проводят третье измерение, которое сравнивают по приведенным выше правилам со вторым, а затем, при необходимости, и четвертым измерением. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение артериального давления, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента.

Если отмечаются разнонаправленные колебания артериального давления, то дальнейшие измерения прекращают и вычисляют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения артериального давления).

Артериальное давление рекомендуется измерять в одни и те же часы суток, после 10-15-минутного отдыха, на правой руке (первый раз на обеих руках), трехкратно с интервалом в 3 мин. Предпочтительнее располагать манжету на уровне сердца.

Для определения артериального давления у детей используют возрастные манжеты.

Практическое занятие по теме: «Термометрия»

У здорового человека температура тела, измеренная в подмышечной впадине, в течение суток колеблется в небольших пределах и не превышает 37°C . Такое постоянство обеспечивается путем сложной нейрогуморальной регуляции теплопродукции (образование тепла) и теплоотдачи. Образование тепла в организме происходит в результате окислительных процессов в мышцах и внутренних органах. Чем выше интенсивность обменных процессов, тем больше теплопродукция.

Теплоотдача осуществляется через кожу, с выдыхаемым воздухом, с мочой и калом. Способность организма изменять уровень теплоотдачи зависит от сети кожных покровных сосудов, которые значительно и быстро могут изменять просвет. При недостаточной выработке тепла в организме (охлаждении) (преобладает теплоотдача) происходит рефлекторное сужение сосудов кожи, способствующее уменьшению отдачи тепла. Кожа становится холодной, сухой, иногда появляется озноб (мышечная дрожь), которая способствует увеличению теплопродукции скелетными мышцами. При избытке тепла (перегревании) (преобладает теплопродукция) наблюдается рефлекторное расширение кожных сосудов, увеличивается кровоснабжение кожи, и соответственно, растет отдача тепла проведением и излучением.

Если этих механизмов теплоотдачи недостаточно (например, при большой физической работе), резко усиливается потоотделение (испарение): испаряясь с поверхности тела, пот обеспечивает интенсивную потерю тепла организмом.

Увеличить теплоотдачу в окружающую среду помогут некоторые приемы, усиливающие:

- теплопроводение: обтирание кожи губкой, обертывание во влажную простыню, прикладывание пузыря со льдом к голове и крупным сосудам;
- теплоизлучение: раздевание человека, замена одеяла на легкую простыню;
- конвекцию: применение вентилятора, увеличивающего скорость движения воздуха в непосредственной близости от тела человека.

Каждый орган нашего тела имеет свою температуру: печень - 39°C , температура желудка, почек и других внутренних органов несколько ниже. Температура разных участков поверхности тела также неодинакова: самая низкая температура - в области тыльной поверхности стоп и кистей (24° - 28°), а наиболее высокая - в подмышечной впадине ($36,2^{\circ}$ - $36,9^{\circ}$). Температура в полости рта выше, чем в подмышечной впадине на $0,1^{\circ}$ - $0,4^{\circ}$; в прямой кишке (ректальная) - на $0,5^{\circ}$ - $0,8^{\circ}$. У многих температура в подмышечных впадинах слева и справа также неодинакова: слева она чаще на $0,1^{\circ}$ - $0,3^{\circ}$ и даже на 1° выше.

Максимальная температура тела (летальная), при которой наступает смерть - 43°C : происходят необратимые изменения на клеточном уровне, нарушение обмена веществ. Минимальная температура тела, при которой также наблюдаются необратимые процессы - 23° - 25°C .

При различных условиях возможны физиологические колебания температуры тела в течение дня у одного и того же человека на $0,3^{\circ}$ - $0,5^{\circ}\text{C}$.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Регистрируется ли колебание температуры тела у здорового человека в утренние и вечерние часы?
2. У людей какого возраста температура несколько выше, чем обычно?
3. Кто впервые предложил медицинский термометр и в каком году?

4. От каких процессов зависит температура тела у человека и животных?
5. Чем объяснить суточные колебания температуры тела, происходящие в организме?
6. В каких областях человеческого тела измеряют температуру тела у детей?
7. Какие критерии используют в интерпретации лихорадочных кривых?
8. Какие три основных периода различают в течении лихорадки?
9. В каких случаях (заболеваниях, состояниях) снижается температура тела?
10. Какие Вы знаете типы лихорадок по высоте температуры?
11. Какие Вы знаете типы лихорадок по длительности?
12. Какие типы лихорадок Вы знаете по характеру колебаний температуры?
13. Каков уход за больными в зависимости от периода лихорадки?

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Какие состояния могут приводить к физиологическому повышению температуры тела?
 - а) мышечные усилия;
 - б) сон;
 - в) прием пищи;
 - г) эмоциональные нагрузки;
 - д) инфекционные, заболевания.
2. С какой целью перед измерением температуры рекомендуют досуха вытирать подмышечную впадину?
 - а) из гигиенических соображений;
 - б) чтобы термометр находился в более устойчивом положении;
 - в) чтобы не получить заниженных результатов измерения.
3. Температура тела, измеренная у больного в прямой кишке, составляет 37,1 °С. Как можно охарактеризовать такую температуру?
 - а) как нормальную температуру;
 - б) как умеренно высокую температуру;
 - в) как субфебрильную температуру.
4. Где в отделении должны храниться медицинские термометры?
 - а) в футлярах на посту медицинской сестры;
 - б) в банке на дно которой положена вата и добавлен дез. раствор;
 - в) у каждого больного;
5. Какие показатели отражены в температурном листе?
 - а) графическое изображение температурной кривой;
 - б) графическое изображение температурной кривой, кривых пульса, частоты дыхания, артериальное давление, масса тела, диурез, данные лабораторных исследований;
 - в) графическое изображение температурной кривой, кривых пульса, частоты дыхания, результаты врачебных обходов.
6. У больного в течение 2 нед утренняя температура сохраняется в пределах 36,0-36,5°С, вечерняя - 37,5-38,0°С. Какой тип лихорадки у больного?
 - а) послабляющая, ремиттирующая;
 - б) истощающая, гектическая;
 - в) извращенная, неправильная
 - г) перемежающаяся.
7. Почему сейчас редко встречается постоянный тип лихорадки при крупозной пневмонии?
 - а) изменилась микрофлора, вызывающая заболевание;
 - б) изменилась реактивность организма больных;
 - в) с первых дней заболевания активно применяется антибактериальная терапия.
8. Как изменяются процессы терморегуляции в первой стадии повышения температуры?
 - а) суживаются кровеносные сосуды кожи;
 - б) расширяются кровеносные сосуды кожи;
 - в) усиливается теплопродукция в скелетных мышцах;
 - г) усиливается потоотделение.

9. Как изменяются процессы терморегуляции в стадии падения температуры?

- а) усиливается теплопродукция в скелетных мышцах;
- б) усиливается потоотделение;
- в) расширяются кровеносные сосуды кожи;
- г) уменьшается теплопродукция в скелетных мышцах;

10. Какие мероприятия по уходу за больными следует применять в первой стадии лихорадки (стадия повышения температуры)?

- а) напоить больного горячим чаем;
- б) тепло укрыть больного, обложить его грелками;
- в) сменить постельное белье;
- г) положить холодный компресс на лоб.

11. Какие мероприятия по уходу за больными следует применять во второй стадии лихорадки (стадия сохранения максимальной температуры)?

- а) согреть больного, обложить грелками;
- б) следить за частотой пульса и дыхания, уровнем артериального давления;
- в) следить за состоянием центральной нервной системы;
- г) осуществлять уход за полостью рта.

12. Какие мероприятия по уходу за больным следует применять при критическом падении температуры?

- а) тщательно следить за состоянием сердечно-сосудистой системы (частотой пульса и его наполнением, уровнем артериального давления и т.д.);
- б) своевременно сменить нательное и постельное белье;
- в) следить за состоянием полости рта;
- г) согреть больного и напоить его горячим чаем;
- д) проводить профилактику пролежней.

Задача 1.

Действующие лица

- 1. Пациент
- 2. Медицинская сестра

Задание 1: разыграйте ситуацию

Пациенту: Пациент предъявляет жалобы соответствующие I периоду лихорадки и просит медсестру научить правильному измерению температуры в подмышечной впадине.

Медсестре: Ваши действия?

Задание 2: Графически изобразите I период лихорадки

Задача 2.

Действующие лица:

- 1. Пациент
- 2. Медицинская сестра

Задание 1: разыграйте ситуацию

Пациенту: Предъявите медицинской сестре жалобы, соответствующие II периоду лихорадки, но отказывайтесь от измерения температуры, мотивируя отказ тем, что боитесь быть инфицированным кожным заболеванием.

Медсестре: Убедить пациента измерить температуру.

Ваша тактика?

Задача 3.

Действующие лица:

- 1. Пациент
- 2. Медицинская сестра

У пациента критическое снижение температуры

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: предъявите медсестре жалобы, соответствующие критическому снижению температуры.

Медсестре: Ваша тактика по оказанию помощи пациенту.

Задание 2: Графически изобразите с критическое снижение температуры.

Задача 4.

Действующие лица:

1. Пациент
2. Медицинская сестра

У пациента литическое снижение температуры.

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: Предъявите медсестре жалобы соответствующие литическому снижению температуры.

Медсестре: Ваши рекомендации по уходу?

Задание 2: Графически изобразите лизис.

Задача 5.

Действующие лица:

1. Пациент
2. Медицинская сестра

Пациент, у которого ампутированы верхние и нижние конечности предъявляет жалобы соответствующие извращенной лихорадке.

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: Предъявите медсестре жалобы соответствующие извращенной лихорадке.

Медсестре: необходимо измерить температуру тела, охарактеризовать.

Задание 2: Изобразить графически извращённую лихорадку.

Задача 6.

Действующие лица:

1. Пациент
2. Медицинская сестра

Пациент с высокой температурой, при измерении температуры тела разбил термометр

Задание 1: разыграйте ситуацию

Пациенту: предъявите жалобы соответствующие высокой температуре.

Медсестре: Ваши действия?

Задача 7.

Действующие лица:

1. Пациент
2. Медицинская сестра

У пациента II период лихорадки.

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: предъявите медсестре жалобы соответствующие II периоду лихорадки.

Медсестре: Ваша тактика по уходу за пациентом, ваши рекомендации.

Задание 2: Графически изобразите II период лихорадки.

Задача 8.

Действующие лица

1. Пациент
2. Медицинская сестра

Медицинскую сестру срочно вызвали в палату к пациенту, больному крупозной пневмонией.

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: В течении 3-х дней у вас сохранялась температура тела 39гр.С. В момент осмотра температура тела 35,6 гр.С, А/Д 80/90 мм. рт. ст. предъявите жалобы соответствующие кризису, выразите беспокойство по поводу своего состояния.

Медсестре: Используя знания сестринского процесса, определите этапы сестринского процесса, определите (спланируйте цель ухода, распишите план ухода за пациентом, реализуйте запланированное, проведите оценку действий).

Задача 9.

Действующие лица:

1. Пациент
2. Медицинская сестра

У пациента I период лихорадки

Задание 1: разыграйте ситуацию.

Пациенту: предъявите медсестре жалобы соответствующие I периоду лихорадки. Выразите беспокойство за своё состояние.

Медсестре: Используя знания сестринского процесса, определите этапы сестринского процесса, определите и спланируйте цель ухода, распишите план ухода за пациентом.

Практическая подготовка по теме «Уход при лихорадке»

Лихорадкой (febris) называется повышение температуры тела, возникающее как активная защитно-приспособительная реакция организма в ответ на разнообразные патогенные раздражители.

Температуру тела можно условно разделить на нормальную (36,2°-36,9°С), субнормальную или гипотермию (ниже 36,2°) и гипертермию или лихорадку (37,0° и выше).

Степень лихорадочного процесса определяют по высоте подъема температуры тела. По уровню повышения температуры различают виды лихорадок:

- субфебрильную – 37,0°- 38,0°С;
- фебрильную – 38,0°-39,0°С;
- пиретическую – 39,0°-40,0°С;
- гиперпиретическую - выше 40°С.

Гиперпиретическая лихорадка может представлять угрозу для жизни больного, особенно если лихорадочный процесс сопровождается интоксикацией и нарушением функций жизненно важных органов. Уровень подъема температуры тела при лихорадочном состоянии определяется совокупностью факторов: типом пирогенов, интенсивностью процессов их образования и поступления в кровоток, функциональным состоянием терморегуляторных структур, их чувствительностью к температуре и действию пирогенов, чувствительностью эффекторных органов и систем терморегуляции к нервным влияниям, поступающим из центров терморегуляции. У детей наиболее часто отмечается высокая и быстро развивающаяся лихорадка. У лиц преклонного возраста и истощенных температура тела повышается постепенно, до невысоких значений, или вовсе не повышается. При лихорадочных заболеваниях колебания высокой температуры подчиняются суточному ритму колебаний температуры тела: максимум подъема температуры в 17-19 часов, минимум - в 4-6 часов. В некоторых случаях, температура тела лихорадочного больного, достигнув

определенного уровня, держится в этих пределах длительное время и колеблется в течение дня незначительно; в других случаях это колебание превышает один градус, в иных - колебание между вечерней и утренней температурой значительно больше одного градуса. На основании характера колебания температуры во второй стадии определяют типы лихорадки или типы температурных кривых.

Манипуляции для освоения студентами:

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЕ

ЦЕЛЬ: определение температурной реакции пациента.

ПОКАЗАНИЯ: контроль за состоянием пациента.

ОСНАЩЕНИЕ: мыло, термометр медицинский (ртутный, электронный или другой, разрешенный к применению), салфетки марлевые однократного применения салфетки, емкости с дезрастворами, температурный лист, температурный журнал, карандаш (или ручка) черного цвета, часы, стул, кушетка.

Требования по безопасности труда при выполнении услуги: при встряхивании ртутного термометра не допускается удар одной рукой с термометром по другой руке. В случае повреждения ртутного термометра собрать ртуть и остатки термометра и поместить их в герметично закрытую емкость.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться, уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, если он с ней незнаком.
3. Получить согласие пациента на процедуру.
4. Вымыть и осушить руки.
5. Подготовить необходимое оснащение. Убедиться в целостности термометра и в том, что показания на шкале не превышают 35°C. В противном случае встряхнуть термометр так, чтобы столбик ртути опустился ниже 35°C.

II. Выполнение процедуры:

6. Осмотреть подмышечную область, при необходимости - протереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это. *При наличии гиперемии, местных воспалительных процессов измерение температуры проводить нельзя.*
7. Поместить резервуар термометра в подмышечную область так, чтобы он со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке).
8. Оставить термометр не менее чем на 10 минут. Пациент должен лежать в постели или сидеть.
9. Извлечь термометр. Оценить показатели, держа термометр горизонтально на уровне глаз.
10. Сообщить пациенту результаты термометрии.

III. Окончание процедуры

11. Встряхнуть термометр так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар.
12. Погрузить термометр в дезинфицирующий раствор.
13. Вымыть и осушить руки.
14. Сделать отметку показателей температуры в температурном листе. О лихорадящих пациентах сообщить дежурному врачу.

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Показания: невозможность измерения температуры другим способом.

Противопоказания: кома, психомоторное возбуждение, нарушения интеллекта, детский возраст, заболевания полости рта.

Возможные проблемы: *необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.*

Осложнения: травма слизистой полости рта.

Оснащение: вода, мыло, полотенце, перчатки, термометр, салфетка, лоток, емкости с дез. раствором, ручка, температурный лист, *емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.*

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

Подготовка к манипуляции

1. Представиться пациенту, объяснить ход манипуляции и получить его согласие.
2. Вымыть руки и надеть перчатки
3. Проверить целостность термометра
4. Стряхнуть термометр, чтобы столбик ртути опустился до отметки 35 гр С
5. Осмотреть полость рта пациента

Выполнение манипуляции

6. Резервуар термометра положить под язык пациента, корпус термометра пациент удерживает губами
 7. Измерение проводится в течение 5 минут
 8. Вынуть термометр, обтереть салфеткой, снять показания. Учтите, что при измерении температуры тела в полостях физиологическая норма температуры – от 36.5 до 37.5 гр С
- Завершение манипуляции**
9. Термометр поместить в дезраствор, соблюдая режим дезинфекции, согласно ОСТу
 10. Снять перчатки, вымыть руки
 11. Зарегистрировать данные в температурный лист, с учетом поправки для измерений в полостях тела

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПРЯМОЙ КИШКЕ

Показания: невозможность измерения другим способом, гинекологическая практика.

Противопоказания: кишечное кровотечение, диарея, острые воспалительные заболевания прямой кишки, выпадение прямой кишки.

Проблемы: негативное отношение, стеснительность, дефицит самоухода.

Осложнения: травмы слизистой прямой кишки.

Оснащение: вода, мыло, полотенце, перчатки, термометр, салфетка, лоток, вазелин, емкости с дезраствором, ручка, температурный лист, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Подготовка к манипуляции

1. Представиться пациенту, объяснить ход манипуляции и получить его согласие.
2. Вымыть руки и надеть перчатки
3. Проверить целостность термометра
4. Стряхнуть термометр, чтобы столбик ртути опустился до отметки 35 гр С
5. Положить пациента на левый бок, попросить согнуть ноги в коленях и слегка привести их к животу

Выполнение процедуры

6. 1-м и 2-м пальцами левой руки развести ягодицы и ввести термометр в прямую кишку на глубину 3-4 см
7. Удерживать термометр в течение 5 минут
8. Вынуть термометр, обтереть салфеткой, снять показания. Учтите, что при измерении температуры тела в полостях физиологическая норма температуры – от 36.5 до 37.5 гр С.

Завершение манипуляции

9. Термометр поместить в дезраствор, соблюдая режим дезинфекции, согласно ОСТу
10. Снять перчатки, вымыть руки
11. Зарегистрировать данные в температурный лист, с учетом поправки для измерений в полостях тела

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЕЛКИ

1. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, если он с нею незнаком.
3. Получить его согласие
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Вымыть и осушить руки

2. Выполнение процедуры:

6. Налить в грелку на 2/3 ее объема приготовленную в кувшине воду, слегка сжать ее у горловины, выпустить воздух и закрутить пробку.

7. Перевернуть грелку пробкой вниз, проверить, не выливается ли вода. Обернуть грелку пленкой
8. Положить грелку на нужную область тела. При необходимости длительного применения грелки (по назначению врача) менять воду по мере остывания. Каждые 20 минут следует делать 15-20-минутный перерыв.
9. Снять грелку.
10. Осмотреть кожу пациента в области соприкосновения с грелкой.
11. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.

III. Окончание процедуры:

12. Вылить воду из грелки. Протезинфицировать грелку.
13. Вымыть и осушить руки.

ПРИМЕНЕНИЕ ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, если он с нею незнаком.
3. Получить его согласие.
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Вымыть и осушить руки.

II. Выполнение процедуры:

6. Заполнить широкогорлый резиновый пузырь подготовленными в морозильной камере кусочками льда до половины и залить холодной водой.

Примечание: нельзя замораживать воду, налитую в пузырь, в морозильной камере, так как поверхность образовавшегося конгломерата льда велика, и высок риск обморожения.

7. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и завернуть крышку.
8. Обернуть пузырь пленкой, сложенной вчетверо, и положить на нужный участок тела на 20 минут. Пузырь можно (по мере необходимости) держать длительное время, но через каждые 20 минут необходимо делать перерыв на 10-15 минут. Примечание: при необходимости пузырь со льдом можно подвесить над больным на расстоянии 2-3 см.
9. Сливать воду по мере таяния льда и добавлять кусочки льда.
10. По окончании процедуры воду из пузыря слить.
11. Спросить пациента о самочувствии.

III. Окончание процедуры:

12. Протезинфицировать пузырь, затем обмыть его водой и высушить. Хранить пузырь следует в сухом виде с открытой крышкой.
13. Вымыть и осушить руки.
14. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации.

Практическое занятие на тему «Организация питания в стационаре»

Лечебное питание - диетотерапия - неотъемлемый и существенный аспект общего плана лечебных мероприятий при всех заболеваниях.

Важнейшим компонентом сестринского ухода является правильная организация питания, в т. ч. диетического.

Диета – это соблюдение здоровым или больным человеком определенного режима питания, времени приема пищи, качественного и количественного состава пищи, методов термической, химической и механической обработки продуктов.

Одной из функций медсестры является обучение пациентов и их близких принципам диетического и рационального питания. Сестринский персонал участвует в раздаче пищи и

кормлении тяжелобольных, соблюдая диетические рекомендации врача, правильно объяснив пациенту и его родственникам необходимость исключения из рациона одних продуктов и добавления других, соблюдения определенного способа кулинарной обработки и режима питания.

В больничных учреждениях установлен 4-х разовый режим питания, а для некоторых групп пациентов -5- и даже 8-ми разовый. Дневной рацион должен быть распределен следующим образом в процентах от общей энергетической ценности: завтрак -30 - 35, обед - 35 - 40, ужин и кефир на ночь - не более 25 - 30. Время кормления пациента зависит от числа приемов пищи, но перерыв между приемами пищи должен быть не более 4 час в дневное время; при 5-ти разовом питании вводится второй завтрак, а при 6-ти разовом еще и полдник. В некоторых случаях пациенту дают сначала жидкую пищу, которая быстрее покидает желудок, а через 1-1,5 часа - твердую пищу.

В соответствии с приказом МЗ РФ № 330 от 5.08.2003г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в ЛПУ РФ» разработано 5 стандартных диет, в состав которых входят диеты номерной системы (с 1 по 15), назначаемые при различных заболеваниях, и специальные разгрузочные (контрастные) диеты, предусматривающие частичное голодание для разгрузки пораженных органов и систем. При сочетании у человека нескольких заболеваний ему подбирают индивидуальную диету.

Большинство диет, особенно назначаемых на длительное время, содержит физиологическую норму всех пищевых веществ. При повышенной потребности в некоторых пищевых веществах в связи с заболеванием (увеличенный расход белка, витаминов, железа, потеря жидкости, минеральных солей) содержание отдельных компонентов может быть увеличено.

В других случаях рекомендуется, наоборот, ограничить или исключить пищевые продукты, которые оказывают неблагоприятное действие на течение заболевания. Иногда (например, в послеоперационном периоде или при остром панкреатите) на короткий срок может быть назначена физиологически неполноценная диета или голод. Наконец, лечение некоторых пациентов требует изменения способа приема пищи и характера кулинарной обработки продуктов.

Для организации диетического питания, прежде всего, необходимо определить:

1. качественный состав пищи (увеличение или уменьшение в пищевом рационе белков, жиров, углеводов и др.) и ее количество;
2. характер кулинарной обработки продуктов (степень измельчения, тепловая обработка: отваривание на пару или в воде, запекание и т. д.);
3. режим питания (время и частота приема пищи).

Чтобы обеспечить механическое щажение пищеварительного тракта, из рациона исключают грубые трудноперевариваемые продукты (хлеб грубых сортов, редька, репа, редис, капуста, огурцы, бобовые, рассыпчатые каши); уменьшают объем массы пищевого рациона (не более 3 кг в сутки); допустимые продукты подвергают специальной механической обработке (измельчение, протирание и т. д.).

Исключение из рациона продуктов, вызывающих усиление секреции пищеварительных желез и двигательной функции желудка и кишечника, способствует их химическому щажению. С этой целью в рацион не включают крепкие бульоны (мясные, рыбные, овощные), жареные и панированные мясные блюда, концентрированные подливы и соусы, пряности, соленые огурцы, свежий хлеб, блины. Химическое щажение достигается и определенной кулинарной обработкой (отваривание, приготовление на пару), при которой экстрактивные вещества, резко возбуждающие деятельность пищеварительных желез, частично удаляются.

Термическое щажение желудочно-кишечного тракта обеспечивается соблюдением температурного режима блюд: температура горячих блюд должна быть 57-62°C, холодных – не менее 16°C.

Необходимая диета и длительность ее применения назначаются врачом в зависимости от заболевания, стадии, состояния больного и переносимости им назначенной диеты. Номер диеты врач записывает в «Медицинскую карту стационарного больного» в листе назначений.

Палатная медицинская сестра, проверяя лист назначений, ежедневно составляет порционник, который содержит сведения о количестве различных диетических столов и видах разгрузочных и индивидуальных диет. Сведения о пациентах, выписавшихся из отделения, в порционник не включаются. На пациентов, поступивших в различные лечебные отделения больницы вечером и ночью, порционник составляет дежурная медицинская сестра лечебного отделения. Сведения палатных медицинских сестер о числе диет суммирует старшая медицинская сестра отделения, подписывает заведующий отделением, затем они передаются в пищеблок.

Составление меню, контроль за качеством продуктов и их закладкой осуществляет врач-диетолог, в небольших больничных учреждениях – диетсестра.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Назовите «Основные принципы рационального питания»
2. Назовите биологическое значение белков.
3. Назовите биологическое значение жиров.
4. Назовите биологическое значение углеводов.
5. Перечислите витамины и их значимость в жизнедеятельности человека.
6. Назовите минеральные вещества и их роль в обмене веществ в организме.
7. Обозначьте потребность человека в жидкости.
8. Назовите особенности организации питания пациентов в стационаре.
9. Назовите основные характеристики Основного варианта стандартной диеты(ОВД)
10. Назовите основные характеристики варианта диеты с механическим и химическим щажением (ЩД)
11. Назовите основные характеристики варианта диеты с повышенным количеством белка (ВБД)
12. Назовите основные характеристики варианта диеты с пониженным количеством белка (НБД)
13. Назовите основные характеристики варианта диеты с пониженной калорийностью (НКД)

Тестовые задания

Вариант 1

Выберите один или несколько правильных ответов».

1. Механическое щажение — это приготовление пищи
 - 1) жидкой
 - 2) твердой
 - 3) жесткой
 - 4) пюреобразной
2. Химическое щажение пищи исключает из рациона
 - 1) маринады
 - 2) молоко
 - 3) копчености
 - 4) пряности
3. Термическое щажение пищи рекомендовано при острых воспалительных заболеваниях
 - 1) Конечностей
 - 2) пищевода
 - 3) мозга
 - 4) желудка

4. При составлении диеты учитывают

- 1) аппетит
- 2) состав пищи
- 3) суточный рацион
- 4) калорийность

5. Источники белков в рационе питания

- 1) мясо
- 2) соки
- 3) вода
- 4) рыба

6. Источники углеводов

- 1) крупы
- 2) молоко
- 3) фрукты
- 4) мясо

7. Режим питания предполагает

- 1) кратность приема
- 2) время приема
- 3) интервал приемов
- 4) состав пищи

8. Для организации правильного питания сестре необходимо получить информацию у пациента

- 1) о любимых блюдах
- 2) о любимом времени принятия пищи
- 3) об аппетите
- 4) о результатах анализов

9. Для удовлетворения потребности пациента в питании и питье необходимо учитывать возможность

- 1) самостоятельно принимать пищу
- 2) самостоятельно пить жидкость
- 3) обеспечивать себя разнообразной пищей
- 4) соблюдать личную гигиену

10. В холодильнике хранят

- 1) молоко
- 2) печенье
- 3) мясо
- 4) конфеты

11. При назначении диеты учитывают

- 1) особенности заболевания
- 2) состояние нервной системы
- 3) обмен веществ
- 4) усвояемость пищи

12. Питание обеспечивает человеку его

- 1) жизнедеятельность
- 2) рост и развитие
- 3) работоспособность
- 4) профессиональную принадлежность

13 Характер питания человека определяет его

- 1) обмен веществ
- 2) функции органов и систем
- 3) конституцию
- 4) структуру клеток и тканей

14. Источники жиров в рационе питания

- 1) майонез
- 2) соя
- 3) сметана
- 4) масло

15. Источники растительных жиров в рационе питания — масла

- 1) оливковое
- 2) кукурузное
- 3) подсолнечное
- 4) сливочное

Тестовые задания

вариант 2:

1. Наука о питании называется:

1. диетология
2. фармакология
3. вертебрология
4. нутрициология

2. Питание с оптимальным соотношением пищевых веществ:

1. диетическое
2. рациональное
3. сбалансированное
4. лечебное

3. Питание с учетом возраста, пола, конституции, трудовой деятельности, природных и социально-экономических факторов:

1. диетическое
2. рациональное
3. сбалансированное
4. лечебное

4. Суточная энергетическая ценность рациона человека белками обеспечивается:

1. на 5-10%
2. на 10-15%
3. на 30-35%
4. на 50%

5. Суточная энергетическая ценность рациона человека углеводами обеспечивается:

1. на 5-10%
2. на 10-15%

3.на30-35%

4.на 50%

6. Механическая обработка предусматривает:

1.отваривание

2.тушение

3.измельчение

4. приготовление на пару

7. Химическое щажение пищи исключает из рациона:

1.соки

2.овощи

3.первые мясные блюда

4.фрукты

8. При составлении диеты не учитывают

1.аппетит

2.состав пищи

3.суточный рацион

4.калорийность

9.Источником углеводов является

1.рыба

2.мясо

3.морепродукты

4.овощи

10.Кто определяет вид лечебного питания

1.врач

2.процедурная медсестра

3.старшая медсестра

4.заведующий отделением

11.Цель основного варианта стандартной диеты

1.нормализация секреторной деятельности ЖКТ, обмена веществ, разгрузка сердечно-сосудистой системы

2.стимуляция заживления и уменьшение воспалительного процесса

3.максимальное щажение функции почек

4.предупреждение и устранение избыточного накопления жировой ткани в организме

12.Безсолевая диета с ограничением белка и жидкости

1.основная стандартная

2.высококалорийная

3.низкокалорийная

4.низкобелковая

13.Температура горячих блюд не превышает

1.15°C

2.30°C

3.60°C

4.70°C

14.Что не является функцией диет.сестры

1. оформление порционного требования
2. составление меню-раскладки
3. контроль за санитарным состоянием буфета и столовой
4. контроль медицинского обследования работников пищеблока

15. Полное отсутствие аппетита это

1. атония
2. асфиксия
3. анорексия
4. аритмия

16. Источником животных жиров в рационе питания является-масло

1. сливочное
2. подсолнечное
3. оливковое
4. кукурузное

17. Калорийность суточного рациона взрослого здорового человека

1. 1000-2000 ккал
2. 2000-3000 ккал
3. 3000-4000 ккал
4. 4000-5000 ккал

18. Естественное питание человека осуществляется

1. парентерально
2. назогастрально
3. перорально
4. с помощью гастростомы

19. Показанием к кормлению пациента через гастростому является

1. безсознательное состояние
2. послеоперационный период
3. расстройство акта глотания
4. опухоль пищевода

20. При парентеральном питании используют

1. питательные смеси
2. жидкую пищу
3. витаминизированную пищу
4. белковые, жировые, углеводные препараты

Ситуационные задачи.

Задача № 1.

Иванову И.И 35 лет находящемуся на лечении в отделении гастроэнтерологии с диагнозом язвенная болезнь желудка в стадии обострения была назначена диета 1. Пациент обратился к Вам за советом по поводу назначенной диеты.

Задание:

1. Составьте памятку пациенту с язвенной болезнью желудка, расскажите об особенностях щадящей диеты .
2. Предложите примерное меню щадящей диеты

Задача №2

Пациент кардиологического отделения Сидоров К.Н 75 лет находящийся в отделении с диагнозом гипертония, обратился к Вам с просьбой рассказать какие продукты запрещены при назначенной диете №10.

Задание:

1. Составьте памятку пациенту с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, расскажите об особенностях диеты.
2. Предложите примерное меню диеты.

Задача №3.

Вы – медицинская сестра терапевтического отделения. К Вам обратились родственники Зузиной М.И с вопросом о перечне продуктов разрешенных к передаче пациентке страдающей сахарным диабетом.

Задание:

1. Составьте памятку родственникам пациентки страдающей сахарным диабетом, расскажите об особенностях диеты.
2. Предложите примерное меню диеты

Задача №4.

Вы - медицинская сестра эндокринолога. К Вам обратилась мама подростка страдающего ожирением с просьбой дать рекомендации по питанию.

Задание:

1. Составьте памятку пациентке страдающей ожирением, расскажите об особенностях низкокалорийной диеты.
2. Предложите примерное меню диеты. Предложите разгрузочные дни, объясните их особенности.

Задача №5.

Вы- медсестра гепатологического отделения . К Вам обратились родственники пациента страдающего острым гепатитом с просьбой рассказать о назначенной диете.

Задание:

1. Составьте памятку родственникам пациента страдающего заболеванием печени, расскажите об особенностях диеты.
2. Предложите примерное меню диеты.

Задача №6.

Вы- медицинская сестра терапевтического отделения. В отделение поступила пациентка 60 лет, в стационаре лежит первый раз. Пациентка обратилась к Вам с вопросами, что можно хранить в тумбочке, какие продукты можно ей передавать родственникам.

Задание:

1. Составьте памятку родственникам пациента, какие продукты можно передавать в стационар, какие продукты не разрешаются к передаче.
2. Проведите беседу с пациенткой о правилах хранения в тумбочке предметов личной гигиены и продуктов, о правилах хранения продуктов в холодильнике отделения.

Задача №7 .

В стационаре на лечении находится пациент 62 лет, после перенесенного инсульта. Аппетит хороший, но принимать пищу самостоятельно не может из-за тремора рук.

Какая потребность нарушена у пациента?

Сестринские вмешательства в данной ситуации.

Задача №8.

В хирургическом отделении находится на лечении пациент Сидоров. Состояние тяжелое, пациент без сознания.

Какие потребности нарушены?

Какой вид кормления следует применить в данном случае?

Задача №9

Пациенту Иванову, находящемуся на лечении в стационаре с диагнозом острый гастрит, назначена диета с механическим и химическим щажением. Родственники пациента принесли ему следующие продукты: горячие пирожки, жареную курицу, корченую колбасу, бананы, апельсины, йогурт, обезжиренный творог.

Какие продукты следует оставить пациенту?

Дайте рекомендации к данной диете.

Задача №10

В ЛОР отделение стационара на лечении находится пациентка 46 лет. Женщина проживает одна в благоустроенной квартире, работает бухгалтером, во время обеденного перерыва предпочитает быструю еду «фаст-фуд», с целью экономии времени. Имеет лишний вес, ведет малоактивный образ жизни. После работы любит побаловать себя кондитерскими изделиями, свежей выпечкой.

Какой вариант диеты ей будет назначен врачом?

Дайте характеристику данной диеты.

Задача №11

В урологическое отделение стационара доставлен пациент с диагнозом пиелонефрит. Ему назначена диета с пониженным содержанием белка. К вам обратились родственники с просьбой дать рекомендации относительно питания.

Дайте характеристику данной диеты.

Практическая подготовка на тему: «Кормление тяжелобольного пациента».

Оптимальной является централизованная система приготовления пищи, когда в одном помещении больницы приготавливается пища для всех отделений, а затем доставляется в каждое отделение в маркированных теплоизолирующих емкостях.

В буфетной (раздаточной) каждого отделения больницы имеются специальные плиты (мармиты), обеспечивающие подогрев пищи паром в случае необходимости, так как температура горячих блюд должна быть 57-62°C, а холодных - не ниже 16°C.

Раздача пищи осуществляется буфетчицей и палатной медицинской сестрой в соответствии с данными палатного порционника.

Пациенты, которым разрешено ходить, принимают пищу в столовой. Находящимся на постельном режиме пациентам буфетчица и(или) палатная медицинская сестра доставляют пищу в палату. Перед раздачей пищи для предупреждения передачи ВБИ они должны вымыть руки и надеть халат, маркированной «Для раздачи пищи». Санитарки, занятые уборкой помещений, к раздаче пищи не допускаются.

До раздачи пищи следует закончить все лечебные процедуры и физиологические отправления больных. Младший медицинский персонал должен проветрить палаты, помочь пациентам вымыть руки. Если нет противопоказаний, можно слегка приподнять изголовье кровати. Нередко для кормления пациентов, находящихся на постельном режиме, используют прикроватные столики. Сестре следует определить, в какой помощи во время приема пищи нуждается пациент и поощрять его, если он пытается есть самостоятельно. Раздавая горячие напитки, нужно убедиться, что они не чрезмерно горячие, капнув себе на

запястье несколько капель. Дайте пациенту время для подготовки к приему пищи. Помогите ему занять удобное положение. Блюда следует подавать быстро, чтобы горячие блюда оставались горячими, а холодные не согрелись. Шею и грудь пациента следует накрыть салфеткой, а также освободить место на тумбочке или на прикроватном столике. Накормить тяжелобольного, часто страдающего отсутствием аппетита, непросто. От медицинской сестры требуется в подобных случаях умение и терпение. Для жидкой пищи можно пользоваться

специальным поильником, а полужидкую пищу можно давать ложкой. Не следует разрешать пациенту разговаривать во время еды, так как при этом пища может попасть в дыхательные пути. Не нужно настаивать, чтобы пациент съел весь объем пищи сразу: после небольшого перерыва, подогрев пищу, можно продолжить кормление.

Не нужно оставлять на тумбочке у постели пациента остывшую пищу. Через 20-30 мин после раздачи пищи пациентам, которые принимали пищу самостоятельно, следует собрать грязную посуду.

Для буфетной и столовой выделяется уборочный промаркированный инвентарь. После каждого приема пищи в столовой и буфетной проводят влажную уборку столов, пола с применением дезинфицирующих средств. Посуду вначале моют в специальных металлических ваннах с применением обезжиривающих средств (жидкость «Прогресс», порошок горчицы), ополаскивают в посудомоечной машине горячей водой, а затем подвергают дезинфекции. После дезинфекции посуду ополаскивают проточной водой и, не вытирая, ставят для сушки в вертикальные ячейки. Мочалки и ветошь, применявшиеся для протирания столов и мытья посуды, дезинфицируют, просушивают и хранят в специальном месте.

Манипуляции для освоения студентами:

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ С ПОМОЩЬЮ ПОИЛЬНИКА

Цель: кормление пациента.

Показания: отсутствие возможности самостоятельно принимать пищу.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, поильник, салфетки, емкости с жидкой, гомогенизированной пищей или питательными смесями, стакан теплой кипяченой воды, лоток, емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «В», ручка, медицинская документация.

Технология проведения манипуляции

I. Подготовка к процедуре:

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.
2. Объяснить ход предстоящей процедуры. Рассказать пациенту, чем его будут кормить.
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.
4. Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и пододвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке.
5. Переместить пациента набок или в положение Фаулера, если позволяет его состояние.
6. Вымыть и осушить руки.
7. Подготовить оснащение

II. выполнение процедуры:

8. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой.
9. Налить в поильник небольшое количество питательной смеси ($T = 36 - 37^{\circ}\text{C}$).
10. Предложить пациенту взять в рот носик поильника. Слегка наклонить поильник.
11. Рекомендовать пациенту принимать питательную смесь небольшими порциями.
12. Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи.
13. Убрать салфетку, прикрывающую грудь и шею пациента.
14. Помочь пациенту занять удобное положение.
15. Убрать использованное оснащение.

III Окончание процедуры:

16. Провести дезинфекцию использованного оснащения.
17. Вымыть и осушить руки.
18. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента в документации.

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ ПРИ ПОМОЩИ ЛОЖКИ

Цель: кормление пациента.

Показания: дефицит или полное отсутствие возможности самоухода.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, прикроватный столик, ложка, салфетка, емкости с пищей или смесями, стакан теплой кипяченой воды, лоток, емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.
2. Предупредить пациента о предстоящем приеме пищи за 15 минут и получить его согласие.
Рассказать пациенту, чем его будут кормить.
4. Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и пододвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке. Вымыть и осушить руки.
5. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или сидя с опущенными ногами.
6. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду.
7. Прикрыть грудь пациента салфеткой.
8. Помочь пациенту установить зубные протезы при их наличии.

II. Выполнение процедуры:

9. Вымыть и осушить руки.
8. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть нагреты не выше 60°C, холодные - не ниже 15°C. Сервировать стол.
9. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента.
10. Предложить пациенту выпить (лучше через одноразовую трубочку) несколько глотков жидкости.
11. Кормить медленно:
называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; наполнить 2/3 ложки твердой (мягкой) пищей; коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот;
прикоснуться ложкой к языку, дать возможность пациенту взять пищу в рот, извлечь пустую ложку; дать время прожевать и проглотить пищу; предлагать попить после 3-5 ложек твердой (мягкой) пищи или по требованию.
12. Вытирать (при необходимости) губы салфеткой.
13. Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи.
14. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента. Проверить состояние постели.
15. Помочь пациенту занять удобное положение. *Примечание: первые 20-30 минут после еды следует придать пациенту полусидя (если он сидел) положение.*
16. Посуду и остатки пищи доставить в столовую.

III. Завершение процедуры:

17. Провести дезинфекцию использованного оснащения.
18. Вымыть и осушить руки.
19. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента в документации.

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД

Цель: кормление пациента.

Показания: повреждения и отек языка, глотки, гортани, пищевода, расстройства речи и глотания, отсутствие сознания, отказ от приема пищи при психических заболеваниях и пр. **Противопоказания:** атрезия и травмы пищевода, кровотечение из желудка и пищевода, варикозное расширение вен пищевода.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, стерильный зонд 5 мм в диаметре, воронка на 200 мл или шприц Жане, дистиллированная вода (физиологический раствор,

глицерин), салфетки, зажим, фонендоскоп, 3-4 стакана питательной смеси, стакан теплой кипяченой воды, перчатки .емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Технология:

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и ход предстоящей процедуры. Получить согласие.
2. Подготовить оснащение.

II. Выполнение процедуры:

3. Придать пациенту положение, удобное для кормления (сидя, лежа, положение Фаулера). Прикрыть грудь салфеткой.

4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.

5. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд (можно измерить расстояние от мочки уха до крыла носа и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка, поставить метку.)

6. Смочить зонд водой или обработать его глицерином.

7. Ввести зонд через носовой ход на нужную глубину.

8. Набрать в шприц Жане воздух 30 - 40 мл и присоединить его к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки).

9. Отсоединить шприц от зонда и наложить зажим. Свободный конец зонда поместить в лоток.

10. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка. Наклонить слегка воронку или шприц Жане и налить пищу, подогретую до температуры 37-38° С. Постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не дойдет до устья воронки.

11. Опустить воронку до первоначального уровня и повторить введение следующей порции.

Введение нужного объема смеси проводить дробно, небольшими порциями по 30-50 мл, с интервалами между ними 1-3 минуты.

После введения каждой порции пережимать дистальный участок зонда.

12. Промыть зонд кипяченой водой или физиологическим раствором по окончании кормления.

13. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку. Обернуть конец зонда стерильной салфеткой или закрыть заглушку, если таковая имеется.

14. Зафиксировать зонд до следующего кормления.

15. Осмотреть постельное белье на случай замены. Помочь пациенту занять удобное положение.

III. Завершение процедуры:

16. Подвергнуть дезинфекции использованный инструментарий.

17. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки.

18. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в документации.

Примечание: перед проведением последующих кормлений следует:

- проверить правильность положения зонда, аспирировать и осмотреть содержимое желудка;
- осмотреть кожу и слизистые носовых ходов;
- проверить качество фиксации зонда.

При наличии в аспирационном содержимом крови и признаков нарушения эвакуации содержимого - не кормить пациента, вызвать врача.

Исключить признаки инфицирования и трофические нарушения, связанные с постановкой зонда.

Заменить пластырную повязку в случае необходимости.

УХОД ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ

Цель: профилактика трофических и инфекционных осложнений.

Возможные проблемы : необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик ,шприц Жане, фонендоскоп, лоток, зажим, физиологический раствор, вазелин, емкость для дезинфекции, перчатки, стерильные салфетки, пластырь. емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Примечание. Критерии оценки качества выполнения процедуры: отсутствие видимых изменений (раздражения) со стороны слизистых оболочек носа; свободный проход пищи по зонду во время кормления, своевременность выполнения процедуры, удовлетворенность пациента качеством оказанной услуги.

Этапы

I. Подготовка к процедуре:

1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры, уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.
2. Выяснить, беспокоит ли пациента зонд, и насколько.
3. Обработать руки. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры:

4. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавливания.
5. Проверить место расположения зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.
6. Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом.
- Г7. Увлажнять полость рта и губы каждые 4 часа.
8. Промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора после каждого кормления и чаще по назначению врача.

III. Окончание процедуры:

9. Проверить фиксацию. Сменить пластырь, если он отклеился или сильно загрязнился.
10. Подвергнуть дезинфекции использованные материалы.
11. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией.
12. Вымыть и осушить руки
13. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации.

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ

Цель: кормление пациента.

Показания: наличие гастростомы и отсутствие возможности принимать пищу другими способами.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, полотенце, шприц Жане или воронка, емкость с питательной смесью по назначению врача в количестве 200-500 мл, $t=38-40^{\circ}\text{C}$, вода кипяченая 100 мл, стерильные перчатки, пластырь, мешок для сбора белья, емкость для дезинфекции, стерильные салфетки, гели и мази по назначению врача. емкость с дез. Раствором ,отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Этапы

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.
2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры пациенту и родственникам, если он сталкивается с ней впервые. Рассказать, чем его будут кормить.
3. Получить или убедиться в наличии согласия пациента на проведение процедуры.
4. Помочь пациенту занять удобное положение.
5. Вымыть и осушить руки.
6. Подготовить необходимое оснащение.
7. Надеть перчатки.

2. Выполнение процедуры:

8. Снять повязку и поместить ее в лоток для использованного материала.
9. Провести визуальный осмотр наружной части гастростомической трубки (желудочного зонда) и кожи вокруг.
10. Положить полотенце на эпигастральную область, под наружную часть гастростомической трубки.
11. Присоединить цилиндр шприца Жане к гастростомической трубке (зонду), снять зажим.
12. Налить в шприц, держа его наклонно, нужное количество питательной смеси.
13. Приподнять шприц, дождаться пока пища уйдет в желудок.

Практическое занятие на тему: «Личная гигиена пациента».

Помощь пациенту при снятии и надевании одежды

Оказывая пациенту помощь в надевании и снятии одежды, нужно следовать принципам:

- не обнажать пациента, меняя его нательное белье (уважая его чувство собственного достоинства и исключая переохлаждение);
- во время снятия или надевания одежды нужно быть уверенным, что сидящий пациент не упадет (обеспечивать его безопасность);
- убедиться, что обувь пациента не имеет скользкой подошвы и плотно охватывает стопу (нетесная, но и нерастоптанная) - эти меры также обеспечивают безопасность пациента;
- разговаривать с пациентом, меняя ему одежду (обеспечивается необходимое общение);
- поощрять пациента максимально участвовать в смене одежды (это помогает ему почувствовать свою независимость);
- мыть руки до и после снятия (надевания) одежды (обеспечивая инфекционную безопасность).

Уход за кожей

Одна из важнейших целей ухода - поддержание чистоты кожи.

Чистая кожа нормально функционирует. Для этого ежедневно необходимо проводить ее утренний и вечерний туалет. Способствуют загрязнению кожи выделения сальных и потовых желез, роговые чешуйки, пыль, особенно в подмышечных впадинах, в складках под молочными железами у женщин. Паховая область дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника.

Пациента следует мыть в ванне или под душем не реже 1 раза в неделю. Если пациент неподвижен и ванна или душ ему противопоказаны, то кроме ежедневного умывания, подмывания, мытья рук перед каждым приемом пищи и после туалета, необходимо ежедневно мыть отдельно все части тела. После мытья следует насухо вытирать кожу. Подмышечные и паховые области, складки кожи под грудными железами следует мыть ежедневно, особенно у тучных людей, страдающих повышенной потливостью, так как на этих участках тела быстро образуются опрелости.

Расчесывание волос пациента

Как правило, человек расчесывает волосы несколько раз в день. Если этого не делать, волосы, особенно длинные, спутываются, быстрее загрязняются, выглядят неопрятными. Сестра их расчесывает за пациента, когда он не может этого сделать сам. Щетка или расческа должны быть с затупленными зубьями, чтобы не поранить голову и не причинить боль. При спутывании пользуются расческой с редкими зубьями. Безусловно, легче расчесывать волосы, когда пациент сидит. Расчесывая лежачего больного, следует повернуть его голову в одну, затем в другую сторону. Длинные волосы следует делить на пряди и расчесывать от кончиков к корням, а короткие – от корней к кончикам.

Уход за полостью рта, зубами, зубными протезами

У ослабленных и лихорадящих пациентов на слизистой оболочке полости рта, на зубах появляется налет, который состоит из слизи, клеток эпителия, разлагающихся и гниющих остатков пищи, бактерий. Это способствует возникновению в полости рта воспалительных и гнилостных процессов, сопровождающихся неприятным запахом. Связанный с этим дискомфорт приводит к снижению аппетита, уменьшению количества принимаемой жидкости, ухудшению общего самочувствия. Сахар и крахмал - питательная среда для бактерий. Образующиеся во рту бактерии разрушают зубы, способствуя развитию кариеса. Кроме того, образующийся налет вызывает воспаление десен - парадонтит, который способствует разрушению шейки зубов, их расшатыванию и выпадению.

Если пациент в сознании, но беспомощен, уход за полостью рта заключается в:

- полоскании рта после каждого приема пищи; после каждого приступа рвоты;
- чистке зубов (зубных протезов) вечером и утром;
- очищении промежутков между зубами флосом.

Для чистки зубов лучше использовать зубную пасту, содержащую фтор, укрепляющий эмаль зубов и препятствующий развитию кариеса. Зубная щетка должна быть

мягкой, не травмирующей десну. Щетку следует менять по мере изнашивания, но не реже 1 раза в шесть месяцев. Изношенная щетка не обеспечивает тщательного очищения зубов.

Нитью для очищения промежутков между зубами нужно пользоваться, не прилагая значительных усилий, поскольку это может привести к повреждению десен и кровоточивости.

Завершая уход за полостью рта, обязательно очистить щеткой язык, снимая с него налет, содержащий бактерии.

Если пациент без сознания, он не только не в состоянии чистить зубы, но и глотать слюну, открывать и закрывать рот. У таких пациентов уход за полостью рта нужно осуществлять каждые 2 ч, днем и ночью. Уход заключается в чистке зубов зубной щеткой без пасты и обработке слизистой оболочки полости рта ватным тампоном, смоченном в растворе антисептика.

При уходе за полостью рта, чистке зубов, зубных протезов соблюдайте универсальные меры предосторожности: надевайте перчатки, маску, очки.

Бритье пациента

Безопасные бритвы могут быть одноразовыми или многоразовыми. Перед бритьем посмотрите, нет ли на лице родинок, поскольку их повреждение очень опасно для здоровья пациента. Предложите ему использовать крем для бритья, поскольку он уменьшает опасность порезов кожи, делает ее более эластичной. После бритья лучше использовать лосьон, содержащий спирт, являющийся антисептиком.

Пользуясь безопасной бритвой, работайте аккуратно, чтобы не порезать руки. Храните бритву в стакане лезвием вниз. Начиная бритье, наденьте латексные перчатки.

Если пациент может самостоятельно бриться, предоставьте ему такую возможность.

Уход за руками и ногами

Уход за ногтями нужно проводить очень бережно, в противном случае эта процедура может привести к травме кожи вокруг ногтевого ложа и последующему инфицированию. Не нужно стричь ногти пациенту до самого основания, иначе можно поранить кожу. Необходимо быть особенно осторожным при стрижке ногтей пациентов, страдающих диабетом, гемиплегией и другими недугами, сопровождающимися снижением чувствительности кожи.

Помощь при физиологических отправлениях

Тяжелобольным, контролирующим физиологические отправления, при строгом постельном режиме для опорожнения кишечника в постель подают:

мужчинам судно и мочеприёмник, женщинам – судно, а при мочеиспускании – мужчинам – мочеприемник, женщины и при мочеиспускании чаще пользуются судном. Судно может быть металлическим

с эмалевым покрытием или резиновым. В последнее время появились судна из нержавеющей стали и пластика – они более надежны в эксплуатации: не бьется эмаль, качественнее их дезинфекция.

Оказывая пациенту помощь при физиологических отправлениях, нужно придерживаться некоторых правил:

- обеспечьте уединенность во время мочеиспускания и дефекации;
- не торопите, но и не оставляйте человека надолго одного на судне - это небезопасно;
- поощряйте быть максимально независимым при физиологических отправлениях;
- обеспечьте ему возможность вымыть руки, а при необходимости – паховую область (если пациент этого не может, сделайте за него).

Начиная перемещение пациента для подачи судна, нужно перевести кровать в горизонтальное положение, так как перемещать набок пациента, находящегося в положении Фаулера, небезопасно для позвоночника.

Все манипуляции с мочеприемником, так же как и с судном, должны проводиться в перчатках. Прежде, чем подать мочеприемник, его нужно ополоснуть теплой водой, под таз пациента подложить клеенку и пелёнку. Подав мочеприемник, нужно укрыть пациента и положить рядом с ним средство коммуникации. После мочеиспускания содержимое

мочеприемника выливают и вновь ополаскивают теплой водой. Для удаления резкого аммиачного запаха мочи используют слабый раствор хлористоводородной кислоты или чистящее средство «Санитарный-2». После мочеиспускания в некоторых случаях требуется подмывание. После окончания процедуры клеенку и пелёнку из-под пациента нужно убрать.

Часто пациент пользуется мочеприемником самостоятельно. В этом случае необходимо обеспечить его чистым мочеприемником, оставить в уединении, а затем предоставить возможность вымыть руки. Если мужчина в состоянии стоять и ему разрешено вставать, нужно помочь это сделать, постелить на кровать клеенку и пелёнку и положить на нее мочеприемник.

Нередки ситуации, когда пациент с посторонней помощью может дойти до туалета, но испытывает определенные трудности при усаживании на унитаз и вставании с него. Небезопасно для такого пациента и мытье рук над

раковиной. Чтобы посещение туалета для пациента (и сестры) было безопасным, воспользуйтесь широким застегивающимся ремнем, который надевается на талию пациента в палате. Прежде, чем сопровождать пациента, нужно помочь ему надеть одежду и обувь и убедиться, что обувь удобная и нескользкая, шнурки (если они есть) завязаны.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Значение личной гигиены пациента.
2. Уход за кожей и естественными складками.
3. Пролежни
4. Определение степени риска образования пролежней у пациента.
5. Факторы риска развития пролежней.
6. Локализация, стадии образования пролежней.
7. Уход при риске развития пролежней.
8. Обучение родственников тяжелобольного пациента элементам профилактики пролежней в домашних условиях.
9. Уход за волосами: мытье головы, расчесывание.
10. Мытье ног. Стрижка ногтей на руках и ногах.
11. Умывание пациента, Бритье лица пациента.
12. Уход за слизистыми. Удаление выделений и корочек из носа.
13. Уход за глазами.
14. Обработка слизистой ротовой полости и губ. Чистка зубов.
15. Очищение наружного слухового прохода.
16. Подача судна и мочеприёмника (мужчине и женщине).
17. Уход за наружными половыми органами.
18. Сестринская помощь при недержании мочи и кала.

Письменный контроль:

1. Дать определение опрелостям
2. Дать определение пролежням
3. Причины возникновения пролежней
4. Причины возникновения пролежней - давление, срезывающая сила, трение
5. факторы, способствующие возникновению пролежней
6. Степени пролежней
7. Перечислить места образования пролежней при положении на спине
8. Перечислить места образования пролежней при положении на животе.
9. Перечислить меры, активизирующие кровообращение в мягких тканях
10. Назвать способы, уменьшающие сдавливание мягких тканей
11. Лечение пролежней III и IV степени

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Вариант 1.

1. Постельное белье тяжелобольному пациенту меняют
 1. 1 раз в 2 недели
 2. 1 раз в неделю
 3. 1 раз в 3 дня
 4. по мере загрязнения

2. Постельное белье больных, находящихся на постельном режиме, меняется не реже
 1. 1 раза в месяц
 2. 1 раза в 10 дней
 3. 1 раза в неделю
 4. 1 раза в 3 дня

3. Опрелости могут развиваться
 1. на лопатках
 2. на локтях
 3. в паховых складках
 4. на крестце

4. При подаче судна тяжелобольного пациенту оно должно быть
 1. с 1% раствором хлорамина
 2. обернутым простыней
 3. чистым и сухим
 4. согретое теплой водой и с небольшим количеством теплой воды в нем

5. Тяжелобольного следует подмывать
 1. 1 раз в день
 2. утром и вечером
 3. после каждого акта мочеиспускания и дефекации

6. Гигиеническая ванна проводится в отделении
 1. 1 раз в неделю
 2. 2 раза в неделю
 3. 3 раза в неделю
 4. 1 раз в месяц

7. Матрацы после выписки пациентов из стационара должны подвергаться
 1. камерной дезинфекции
 2. проветриванию на воздухе
 3. выколачиванию на воздухе
 4. кипячению в щелочном растворе

8. Движение ватного тампона при подмывании пациента осуществляется
 1. от половых органов к анусу
 2. от ануса к половым органам
 3. хаотично
 4. справа налево

9. Потенциальные проблемы при нарушении удовлетворения потребности быть чистым
 1. риск развития пролежней
 2. риск развития педикулеза
 3. риск суицида
 4. риск развития запора

10. Риск развития пролежней возникает при нарушении удовлетворения потребности
 1. спать и отдыхать
 2. двигаться
 3. дышать
 4. общаться
 5. пить

11. Для создания удобного положения пациенту в постели пользуются различными приспособлениями
 1. подголовником, подушками, функциональной кроватью, валиком, подставкой
 2. одеялом, простыней, халатом
 3. судном, кругом, клеенкой
 4. матрацем, подушкой, наволочкой

12. Наиболее частые места образования пролежней
 1. область затылка, лопаток, крестца, пятки
 2. область плеча, груди, бедер
 3. область шеи, подколенных ямок
 4. область ладоней, подошв

13. Наибольшая вероятность риска развития пролежней у пациента
 1. отсутствие физической активности
 2. нарушение формулы сна
 3. недостаточное питание
 4. семейные процессы измененные

14. Для профилактики пролежней необходимо менять положение пациента каждые
 1. 2 часа
 2. 6 часов
 3. 12 часов
 4. 24 часа

15. К первой стадии образования пролежней относится
 1. побледнение
 2. покраснение
 3. образование пузырей
 4. некроз мышечного слоя

16. Вторая стадия клинического проявления пролежней
 1. побледнение
 2. стойкая гиперемия
 3. гиперемия с отслойкой эпидермиса
 4. некроз мягких тканей

17. Лечение третьей степени пролежней
 1. протирание 10% камфорным спиртом
 2. массаж
 3. хирургическим методом
 4. смазывание 70° спиртом

18. Факторами риска развития пролежней являются

1. кахексия при строгом постельном режиме
2. кахексия при удовлетворительном состоянии
3. болезни периферических сосудов
4. курение

19. Максимальное количество баллов при оценке риска развития пролежней получают пациенты

1. после обширного оперативного вмешательства
2. в возрасте более 80 лет
3. в состоянии терминальной кахексии

20. Наиболее частая область образования пролежней у тяжелобольного пациента при положении на спине

1. крестец
1. подколенная ямка
2. бедро
3. голень

Тестовые задания по теме «Личная гигиена»

ВАРИАНТ I

1. Постельное и нательное белье меняют пациенту:

- а) 1 раз в 7 дней;
- б) 2 раза в 7 дней;
- в) по мере загрязнения;
- г) через 10 дней.

2. При появлении трещин на губах пациенту необходимо смазать губы:

- а) вазелиновым маслом
- б) содовым раствором
- в) раствором перманганата калия
- г) раствором йода

3. Наружные половые органы подвергаются обработке:

- а) ежедневно
- б) 2 раза в день
- в) после каждого акта мочеиспускания и дефекации
- г) 1 раз в неделю

4. Места образования опрелостей:

- а) подмышечные впадины;
- б) паховые складки;
- в) локтевые сгибы;
- г) складки кожи под грудными железами.

5. Присыпку следует применять при :

- а) гиперемии
- б) опрелостях
- в) гипертермии
- г) отёках

6. Пассивное положение пациента в постели- это когда он:

- а) свободно меняет своё положение
- б) не может изменить своё положение без посторонней помощи
- в) занимает положение Симса
- г) занимает положение Фаулера

7. Резиновое судно подают пациентам:

- а) находящихся на строгом постельном режиме;

- б) крайне ослабленным пациентам;
- в) пациентам, имеющим пролежни;
- г) пациентам с недержанием кала.

8. Риск развития пролежней при оценке по шкале Waterlow тем больше,:

- а) чем меньше баллов;
- б) чем больше баллов.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ВАРИАНТ II

1. Резиновое судно подают пациентам:

- а) находящихся на строгом постельном режиме;
- б) крайне ослабленным пациентам;
- в) пациентам, имеющим пролежни;
- г) пациентам с недержанием мочи

2. Факторы риска возникновения пролежней у пациента:

- а) недержание мочи и кала;
- б) полная неподвижность;
- в) истощение, неадекватное питание;
- г) нарушение ощущения дискомфорта.

3. Глаза во время утреннего туалета обрабатывают раствором:

- а) калия перманганата – 5%;
- б) фурацилина – 0,02%;
- в) перекиси водорода – 3%;
- г) натрия гидрокарбоната – 1%.

4. Голову тяжелобольного пациента следует мыть:

- а) 2 раза в месяц
- б) ежедневно
- в) еженедельно

5. Уход за полостью рта осуществляют:

- а) ежедневно
- б) 2 раза в день
- в) через 6 часов
- г) после каждого приёма пищи

6. Вынужденное положение пациента в постели- это когда он

- а) свободно изменяет своё положение
- б) не может изменить своё положение без посторонней помощи
- в) занимает положение Фаулера
- г) принимает положение в постели для облегчения своих страданий

7. Для удаления корочек в носу необходимо взять:

- а) 2% раствор фурацилина
- б) вазелиновое масло
- в) 3% H_2O_2
- г) 1% раствор калия перманганата

8. Риск развития пролежней при оценке по шкале Norton тем больше,:

- а) чем меньше баллов;
- б) чем больше баллов.

Тесты на дополнение по теме «Профилактика пролежней»

Инструктаж: «дополнить»

1. Кожу тяжелобольного необходимо ежедневно протирать _____
2. Смену нательного и постельного белья в отделении производят _____

3. Для ослабленных больных при недержании кала и мочи применяют _____
4. Если одна из рук пациента повреждена, рукав рубашки сначала снимают _____
5. Гигиеническую ванну или душ необходимо назначать пациенту не реже _____
6. Омертвление кожи - это _____
7. Тяжелобольному постельное и нательное бельё меняют _____
8. При появлении гиперемии на местах проекции костей необходимо обработать кожу _____
9. Лечение пролежня осуществляют путём наложения на рану _____
10. Пролежни чаще всего образуются в области _____
11. При подготовке постели для тяжелобольного необходимо на простынь положить _____
12. Медсестра должна постоянно следить за тем, чтобы положение пациента было _____
13. Мыть голову следует не реже _____
14. Для удаления серы из ушей необходимо в слуховой проход закапать _____
15. Перед тем, как обрезать ногти пациенту, необходимо _____
16. Для обработки полости рта необходимо приготовить инструментарий _____
17. Обрабатывать глаз следует в направлении от _____
18. Для удаления корочек из носа у тяжелобольных используют _____
19. Для обработки глаз при наличии выделений следует приготовить следующие антисептики _____
20. Функциональная кровать служит для _____

Тестовые задания

Ситуационные задачи

№ 1

В травматологическом отделении находится пациентка 45 лет на постельном режиме в связи с перелом голени. Медсестре она пожаловалась на гнойное отделяемое из глаз.

При осмотре наблюдается склеивание ресниц гнойным отделяемым, корочки на веках, в области внутреннего угла глаза имеется скопление гноя.

Медсестра набрала из-под крана тёплой воды в мензурку и протёрла глаза ватным шариком.

- Оцените действия медсестры.

№ 2

В кардиологическом отделении, находится пациент 78 лет, который жалуется на боли в полости рта, слюнотечение, из-за чего плохо спит, нарушен аппетит.

При осмотре полости рта наблюдается гиперемия слизистой, болезненность при дотрагивании.

- Какую помощь должна оказать медсестра?

№ 3

В терапевтическом отделении находится пациент 72 лет, который жалуется на затруднённое дыхание и появление корочек в носу.

Медсестра взяла сухую турунду и ввела вращательными движениями в носовой ход, затем удалила их.

- Оцените действия медсестры.

№ 4

Пациент 42 лет жалуется на снижение слуха. При осмотре медсестра отметила наличие скопившейся серы в наружном слуховом проходе.

Медсестра взяла спичку, намотала на неё вату и очистила наружный слуховой проход.

- Оцените действия медсестры.

№ 5

Для ухода за полостью рта медсестра приготовила: турунду, пинцет, ватные шарики, насыщенный раствор перманганата калия, стерильное вазелиновое масло, перчатки, грушевидный баллон, почкообразный лоток.

- Оцените действия медсестры.

№ 6

При уходе за глазами пациентки, у которой имеется склеивание ресниц в результате глазного отделяемого, медсестра взяла ватный шарик смочила его 0,02% растворе фурацилина и протёрла веки правого глаза, а затем левого, ватный шарик бросила на стол.

- Оцените действия медсестры.

№ 7

Для удаления корочек из носа медсестра смочила турунду в 3% растворе перекиси водорода и ввела в носовой ход на 10 минут.

- Оцените действия медсестры.

№ 8

При скоплении ушной серы, медсестра смочила турунду в вазелиновом масле и ввела в наружный слуховой проход на 20 минут.

- Оцените действия медсестры.

№ 9

Для ухода за глазами медсестра приготовила почкообразный лоток, шпатели, грушевидный баллон, полотенце, перчатки, 0,02% раствор фурацилина, питательный крем, контейнер с дезинфектантом.

- Оцените действия медсестры.

№ 10

Пациенту 70 лет, находящемуся в бессознательном состоянии, медсестра стала проводить обработку ротовой полости раствором фурацилина. Положение пациента при проведении этой манипуляции на спине.

- Обоснуйте действия медсестры.

№ 11

Во время утреннего обхода медсестра обнаружила, что после ночного сна у пациента склеиваются ресницы, больной жалуется на ощущение «песка» в глазах. Пациенту 50 лет, он находится на лечении в хирургическом отделении.

- Что должна сделать медсестра?

№ 12

К медсестре обратился пациент 56 лет кардиологического отделения с жалобой на сухость в носу, образование корочек.

- Что должна сделать медсестра?

№ 13

Во время беседы с пациентом, который находится на постельном режиме, медсестра обнаружила неприятный запах изо рта.

- Как помочь пациенту?

№ 14

Во время утреннего обхода, медсестра подошла к пациенту 60 лет, находящемуся на постельном режиме после операции, помогла снять зубные протезы, почистила их зубной щёткой с пастой, держа их над раковиной, промыла проточной водой, затем ополоснула кипячёной водой и помогла пациенту вновь надеть их.

- Оцените действия медсестры.

№ 15

Для ухода за ушами медсестра приготовила: 3% раствор перекиси водорода, турунды, лоток, пинцет, вазелиновое масло, раствор фурацилина, раствор перманганата калия насыщенного цвета, корнцанг.

- Оцените действия медсестры.

№ 16

Для ухода за носом пациента, медсестра приготовила (стерильно): лоток, мензурку, пинцет, вазелиновое масло, ватные турунды, перчатки, лоток, ёмкость с дезинфицирующим раствором.

- Оцените действия медсестры.

№ 17

Медсестра хирургического отделения, придя к пациенту 48 лет, после операции на вторые сутки сообщила, что необходимо провести утренний туалет.

При этом не информировала его о предстоящей процедуре и не спросила у него согласие на её проведение. Медсестра должна была провести подмывание пациента.

- Какие условия, обеспечивающие комфортное состояние пациента нарушены.

№ 18

Пациентка 20 лет, находится в гинекологическом отделении четвёртые сутки после операции. Личную гигиену осуществляет с помощью медсестры, но при подмывании отказывается от помощи.

- Что должна предпринять медсестра?

№ 19

При проведении гигиенической процедуры промежности все движения направлены от лобка к анальному отверстию. После обработки промежности медсестра осматривает ягодицы, спину, разглаживает складки на постели.

- Обоснуйте действия медсестры.

№ 20

Пациент 48 лет, находится в неврологическом отделении на лечении. Состояние тяжёлое, находится на постельном режиме. При проведении обтирания тяжелобольного пациента в постели медсестра обрабатывает участки тела в определённом порядке.

- В какой последовательности следует проводить обтирание?

Практическая подготовка по теме: «Профилактика опрелостей и пролежней»

Адекватные противопротлежные мероприятия должны выполняться сестринским персоналом, имеющим соответствующие знания, умения и навыки, или ухаживающим за больным, включая родственников или законных представителей.

Выбор противопротлежного матраца зависит от степени риска развития пролежней и массы тела больного. При низкой степени риска и массы тела больного может быть достаточно поролонового матраца толщиной 10 см. Важно, чтобы масса тела больного равномерно распределялась на

поверхности. При более высокой степени риска, а также при имеющихся пролежнях разных стадий нужны другие матрацы. При размещении больного в кресле (кресле-каталке) под ягодицы и за спину помещаются противопротлежные подушки, толщиной 10 см. Под стопы помещаются противопротлежные прокладки, толщиной не менее 3 см. При размещении больного лежа на боку, между коленками прокладывают противопротлежные прокладки (подушки) для снижения давления. Фиксация больного, при размещении сидя, полусидя, в кресле, применяется по необходимости (в случае риска его сползания, сдвигания тканей).

Применяют средства гигиены при уходе за лежачими больными: гели, кремы, лосьоны, пены, губки (волоконистые, пенообразующие), которые удобны в обращении и соответствуют нормам гигиены. В процессе работы средства хорошо стимулируют кровообращение, обеспечивается качественная очистка тела. Гипоаллергенные средства обладают защитными свойствами (например, абсорбенты, защитные пленки, кремы и др.).

Целесообразно в стационарной карте больного вклеивать или ввести в автоматизированной системе лист ежедневной сестринской оценки риска развития и стадии пролежней, рекомендуется вменить данную процедуру в обязанности медицинских сестер, осуществляющих уход за больным.

Проведенные противопротлежные мероприятия необходимо регистрировать в Карте сестринского наблюдения за пациентами с пролежнями.

Основными мероприятиями по профилактике пролежней являются следующие:

1. Оценивайте состояние пациента при госпитализации или первом контакте, используя наиболее подходящую для данного пациента шкалу и записывайте результат оценки.

2. С пациентами, имеющими факторы риска образования пролежней, немедленно начинайте профилактические мероприятия.

3. При каждом перемещении, любом ухудшении или изменении состояния, осматривайте кожу в области проблемных мест.

4. Документируйте полученные при оценке результаты, это позволит обеспечить преемственность в уходе.

5. При обнаружении побледневших или покрасневших участков кожи немедленно начинайте лечебные мероприятия (по назначению врача).

6. Не подвергайте уязвимые участки тела трению.

7. Обмывайте уязвимые участки не менее 2 раз в день мыльным раствором, затем чистой водой. Убедившись, что моющее средство смыто, тщательно осушите этот участок кожи промокательными движениями.

8. Если кожа слишком сухая, пользуйтесь увлажняющим кремом.

9. Не делайте массаж в области выступающих костных участков. Массаж может нарушить целостность кожи.

10. Изменяйте положение пациента каждые 2 часа, даже ночью, в соответствии с намеченным письменным планом.

11. Проверяйте состояние постели (складки, крошки и т. п.). Аккуратная, упругая, без складок постель снижает риск развития пролежней.

12. Исключите контакт кожи с жесткой частью кровати и давление. Используйте поролоновые прокладки в чехле для уменьшения давления на кожу.

13. Опустите изголовье кровати на самый низкий уровень (угол не более 30°). Приподнимайте изголовье на короткое время для выполнения каких-либо манипуляций.

14. Не допускайте, чтобы в положении «на боку» пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра.

15. Не допускайте непрерывного сидения в кресле или инвалидной коляске. Изменяйте положение через каждый час. Обучите пациента самостоятельно менять положение тела, подтягиваться. Посоветуйте ему ослаблять давление на ягодицы каждые 15 мин.: наклоняться вперед, в сторону, приподниматься, опираясь на ручки кресла.

16. Обучите родственников и других лиц, осуществляющих уход, проводить мероприятия по профилактике пролежней.

17. Контролируйте качество и количество пищи и жидкости, в том числе при недержании мочи. Уменьшенное количество жидкости ведет к выделению концентрированной мочи, что способствует раздражению кожи промежности. Содержание белка в суточном рационе должно быть не менее 125г, жидкости – 1,5 – 2л.

18. Максимально расширяйте активность пациента. Если он может ходить, побуждайте его прогуливаться через каждый час.

19. Используйте впитывающие прокладки, подгузники (для мужчин – наружные мочеприемники) при недержании. Это снижает риск развития опрелостей и инфицирования пролежней. Влажная загрязненная кожа вызывает зуд, расчесы и инфицирование.

20. Используйте перчатки и стерильный перевязочный материал при выполнении любых процедур, обеспечивая инфекционную безопасность.

Из-за тяжести состояния пациента не всегда удается предупредить возникновение и добиться заживления пролежней. Но улучшить качество жизни пациента, избавив его от боли и неприятного запаха, под силу сестринскому персоналу и всем, осуществляющим уход.

Практические манипуляции для освоения студентами

Профилактика пролежней

Цель: предупреждение образования пролежней

Показания: высокий и средний риск образования пролежней (длительный постельный режим, поражение центральной или периферической нервной системы, нарушение обменных процессов в организме, нарушение функций выделительной системы).

Противопоказаний нет.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, маска, перчатки, чистое нательное и постельное бельё, лотки почкообразные, марлевые салфетки, 10% камфорный спирт, 0,05% нашатырный спирт, 1% салициловый спирт, 1-2% раствор танина, 40% этиловый спирт, ватно-марлевые круги, резиновый подкладной круг, противопролежневый матрац, памперсы, емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Визуальное определение нарушения целостности кожных покровов.

5. Устранять неровности, складки на постельном и нательном белье, стряхивать крошки с простыни после кормления.

Уменьшает давление и трение на мягкие ткани.

6. Изменять положение тела пациента в постели каждые 2 часа в течение суток, укладывая поочередно в различные положения. График перемещений обеспечит приемственность действий сестринского персонала.

Снижается продолжительность давления. Исключается трение кожи перед перемещением.

7. Обмывать 2 раза в сутки места возможного образования пролежней тёплой водой с нейтральным мылом.

Осуществление ухода за кожей, сохранение её целостности. Предупреждение инфицирования.

8. Кожу осушить полотенцем, делая промокательные движения, затем обработать одним из приготовленных растворов. Рекомендуется совершать лёгкие массажные движения в местах возможного образования пролежней.
Расширение поверхностных капилляров, улучшение кровообращения в коже.
9. Нанести защитный крем.
10. Сменить нательное и постельное бельё.
11. Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели(точки давления) с помощью перекладин, поручней и др. приспособлений
Уменьшается давление на кожу.
12. Подложить ватно-марлевые или поролоновые круги под затылок, локти и пятки; резиновый надувной круг в чехле – под крестец. Наиболее эффективным является применение противопролежневого матраца.
Уменьшается давление на кожу.
13. При недержании мочи и кала использовать памперсы, смену которых производить каждые 4 часа.
Предупреждение загрязнения кожи.
14. Провести дезинфекцию отработанного материала, снять перчатки, маску. Вымыть и осушить руки.
Обеспечение инфекционной безопасности.
15. Оформить медицинскую документацию.
Обеспечение приемственности ухода.
16. Обучить родственников мерам профилактики пролежней.
Обеспечение постоянного ухода за пациентом.

Применение подкладного резинового круга

Цель: применить подкладной резиновый круг

Показания: профилактика пролежней

Противопоказания отсутствуют

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетки, перчатки, подкладной резиновый круг, чехол, ёмкости с дезинфицирующим раствором, отходы класса «А», ручка, медицинская документация.

Последовательность выполнения:

Уменьшается давление на мягкие ткани.

Поместить круг в хлопчатобумажный чехол (наволочку).

Исключается раздражающее действие резины на кожу пациента.

Помочь пациенту повернуться слегка набок, ноги его при этом слегка согнуты в коленях.

Уменьшается давление и трение на мягкие ткани.

Расположить круг таким образом, чтобы крестец оказался над центром круга.

Обязательное условие.

Помочь пациенту повернуться на спину, укрыть, спросить о самочувствии.

После использования резиновый круг подлежит дезинфекции, снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

Оформить медицинскую документацию.

Обеспечение приемственности ухода.

Обучить родственников мерам профилактики пролежней.

Обеспечение постоянного ухода за пациентом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИСЫПКИ

Цель: Присыпки применяются для предотвращения опрелостей, мокнущих трещин на коже, при профилактике пролежней. В состав присыпок входят тальк, соли алюминия и в отдельных случаях антибиотики, сульфаниламиды.

Показания: опрелости у грудных детей, обработка кожи у тяжелобольных, фурункулез, экзема, дерматиты.

Противопоказания: аллергическая непереносимость составных частей присыпки.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: присыпка, стерильные марлевые салфетки, вода, мыло, полотенце, емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры.
3. Получить его согласие.
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Вымыть и осушить руки. Надеть маску, перчатки.

II. Выполнение процедуры:

6. Кожу перед применением присыпки тщательно вымыть с мылом, высушить стерильными тампонами, а затем припудрить кожу присыпкой непосредственно из флакона через крышку с отверстиями на расстоянии 5-10 см от поверхности тела. При необходимости сверху накладывают стерильную марлевую салфетку. Присыпкой можно пользоваться 4-5 раз в сутки, каждый раз, предварительно хорошо очищая кожу.

III. Окончание процедуры:

7. Использованный материал погрузить в ёмкость с дезинфектантом.
8. Снять перчатки, маску. Вымыть и осушить руки.
9. Сделать запись в журнале о введении лекарственного средства и реакции пациента в медицинской документации.

ПОВОРАЧИВАНИЕ ПАЦИЕНТА И РАЗМЕЩЕНИЕ ЕГО В ПОЛОЖЕНИИ НА ПРАВОМ БОКУ (выполняется одной медсестрой; пациент может помочь)

Цель: придание пациенту физиологического положения.

Показания: смена белья; предварительный этап для другого перемещения; риск развития пролежней.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Обоснование

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.
Установление контакта с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с нею незнаком).
Обеспечение психологической подготовки к предстоящей процедуре.
3. Получить его согласие.
Соблюдение прав пациента.
4. Подготовить необходимое оснащение.
Обеспечение эффективного проведения процедуры.
5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.
Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала.

II. Выполнение процедуры

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.

- Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела сестры.
7. Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).
Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности. Обеспечение необходимой выпрямленности тела пациента.
8. Передвинуть пациента ближе к левому краю кровати.
Обеспечение достаточное место для переворачивания пациента набок.
9. Сообщить пациенту, что он может помочь медсестре, если скрестит руки на груди и положит левую ногу, согнутую в колене, под правую. Если он сам не может этого сделать, медсестре следует помочь ему. Для этого необходимо обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, приподнимать ногу вверх.
Обеспечение активного участия пациента. Снижение физической нагрузки на персонал.
10. Поднять боковые поручни. Перейти на правую сторону кровати и опустить поручни.
Обеспечение безопасности пациента.
11. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить колено на протектор (вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется).
Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Обеспечение безопасности медсестры и пациента.
12. Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую - на его левое бедро и повернуть пациента набок, перенося свой вес на ногу, стоящую на полу.
Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре.
13. Подложить подушку под голову и шею пациента.
Обеспечение выпрямленного положения тела пациента. Уменьшение бокового сгибания шеи. Снижение напряжения грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Обеспечение нормального кровоснабжения головного мозга.
14. Выдвинуть вперед правое плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.
Предотвращение непосредственного воздействия массы тела на плечевой сустав.
15. Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента).
Обеспечение поддержки пациента в положении лежа на боку.
16. Поместить подушку под полусогнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней (от паховой области до стопы включительно).
Предотвращение переразгибания ноги в тазобедренном суставе. Обеспечение надлежащей выпрямленности ноги. Устранение давления на костные выступы.
17. Поместить мешок с песком (упор) у подошвы «нижней» ноги.
Обеспечение тыльного сгибания стопы. Профилактика отвислости стопы.
18. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.
Обеспечение безопасности пациента.

III. Завершение процедуры:

19. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.
Обеспечение инфекционной безопасности.
20. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.
Обеспечение преемственности сестринского ухода.

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ НА СПИНЕ В ПОЛОЖЕНИЕ СИМСА

(пациент может помочь лишь частично или не может помочь вообще, выполняется одной или двумя медсестрами)

Цель: придание пациенту физиологического положения.

Показания: вынужденное или пассивное положение, смена положения при риске развития пролежней или пролежнях.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком, валики, половинка резинового мячика.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Обоснование

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Установление контакта с пациентом.

2. Объяснить цель и ход процедуры.

Обеспечение психологической подготовки пациента к процедуре.

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.

Соблюдение прав пациента.

4. Подготовить оснащение.

Обеспечение эффективности процедуры.

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.

Профилактика ВБИ.

II. Выполнение процедуры:

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела сестры.

7. Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность. Обеспечение необходимой выпрямленности тела пациента.

8. Сообщить пациенту, чтобы он скрестил руки на груди. Передвинуть пациента ближе к левому краю кровати.

Обеспечение достаточного места для переворачивания пациента набок.

9. Сообщить пациенту, что он может помочь медсестре, если положит левую ногу под правую. Если он сам не может этого сделать, медсестре следует помочь ему. Для этого сестре необходимо обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, приподнимать ногу вверх.

Обеспечение активного участия пациента. Снижение физической нагрузки на медсестру.

10. Поднять боковые поручни. Перейти на правую сторону кровати и опустить поручни.

Обеспечение безопасности пациента.

11. Положить протектор на кровать рядом с пациентом.

Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене. Поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется.

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры.

Обеспечение безопасности медсестры и пациента.

12. Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую руку - на его левое бедро и переместить пациента в положение «лежа на боку» и частично на животе (на матрасе - лишь часть живота пациента).

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре.

13. Выдвинуть правое «нижнее» плечо назад и освободить «нижнюю» руку из-под тела пациента, расположив ее вдоль тела. Подложить подушку под голову пациента.



Обеспечение выпрямления тела пациента. Уменьшение бокового сгибания шеи.

14. Подложить под согнутую «верхнюю» руку подушку на уровне плеча. Расслабленную кисть поместить на половинку мячика.

Предотвращение внутреннего вращения плеча. Поддержание необходимой выпрямленности тела.

15. Подложить под согнутую «верхнюю» ногу подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.

Предотвращение внутреннего вращения бедра и размещения «верхней» ноги на «нижней».

Предупреждение переразгибания ноги. Уменьшение давления матраца на колено и лодыжку.

16. Обеспечить упор для нижней стопы под углом 90°.

Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предотвращение отвислости стопы. Обеспечение профилактики пролежней.

17. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни.

Опустить кровать на прежнюю высоту.

Обеспечение безопасности пациента.

III. Окончание процедуры:

18. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

19. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.

Обеспечение преемственности сестринского ухода.

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГЕМИПЛЕГИЕЙ В ПОЛОЖЕНИЕ НА ЖИВОТЕ

(выполняется одной или двумя сестрами по назначению врача;

пациент не может помочь)

Цель: придание пациенту физиологического положения.

Показания: вынужденное или пассивное положение, смена положения при риске развития пролежней или пролежнях.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком, валики, упор для стоп, половинка резинового мячика, салфетка.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Технология:

Обоснование

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Установление контакта с пациентом.

2. Объяснить цель и ход процедуры.

Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре.

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.

Соблюдение прав пациента.

4. Подготовить оснащение.

Обеспечение эффективности процедуры.

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

II. Выполнение процедуры:

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры.

7. Опустить боковые поручни (если они есть) с парализованной стороны пациента.

Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность. Обеспечение необходимой выпрямленности тела пациента.

8. Скрестить руки пациенту на его груди. Передвинуть пациента в направлении парализованной стороны тела.

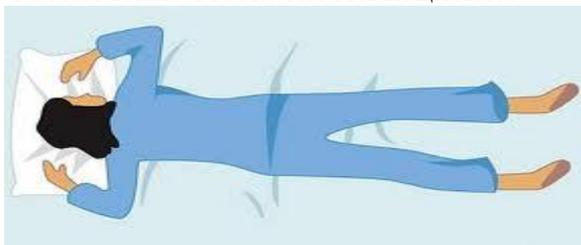
Обеспечение достаточного места для переворачивания пациента на живот. Профилактика травматизма парализованной стороны.

9. Поместить парализованную ногу пациента на здоровую.

Снижение физической нагрузки на медсестру.

10. Поднять боковые поручни. Перейти на другую сторону кровати и опустить поручни.

Обеспечение безопасности пациента.



11. Положить тонкую подушку на место, где будет располагаться живот пациента.

Профилактика провисания живота. Снижение переразгибания поясничных позвонков и напряжения мышц поясницы.

12. Выпрямить локоть парализованной руки. Прижать ее по всей длине к туловищу.

Подсунуть кисть под бедро.

Исключение опасности придавливания руки при перемещении пациента на живот.

13. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется.

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры.

Обеспечение безопасности медсестры и пациента.

14. Положить левую руку на «дальнее» плечо пациента, а правую руку - на его «дальнее» бедро. Повернуть пациента на живот в сторону медсестры.

Обеспечение правильной биомеханики тела сестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре.

15. Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной стороны тела). Подложить тонкую подушку под голову и шею пациента.

Снижение сгибания и переразгибания шейных позвонков мышцами шеи.

16. Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе на 90°. Расслабленную кисть поместить

Предупреждение риска ограничения способности руки совершать наружные вращения на половинку мячика, накрытого салфеткой. Другую руку вытянуть вдоль туловища. ния вокруг плечевого сустава.

17. Согнуть оба колена пациента и подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.

Предупреждение длительного переразгибания коленных суставов. Профилактика развития пролежней на пальцах ног.

18. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.

Обеспечение тыльного сгибания стопы.

19. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.

Обеспечение безопасности пациента.

III. Окончание процедуры:

20. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

21. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.

Обеспечение преемственности сестринского ухода.

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГЕМИПЛЕГИЕЙ В ПОЛОЖЕНИИ ФАУЛERA

(выполняется одной медсестрой)

Цель: придание пациенту физиологического положения.

Показания: кормление (прием пищи самостоятельно); выполнение процедур, требующих этого положения; риск развития пролежней и контрактур.

Оснащение: набор подушек, валики, упор для стоп, половинки резинового мячика (2 шт.), 2 салфетки.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Обоснование

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Установление контакта с пациентом.

2. Объяснить цель и ход процедуры.

Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре.

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.

Соблюдение прав пациента.

4. Подготовить оснащение.

Обеспечение эффективности процедуры.

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.

Профилактика ВБИ.

II. Выполнение процедуры:

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры.

7. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится сестра.

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность.

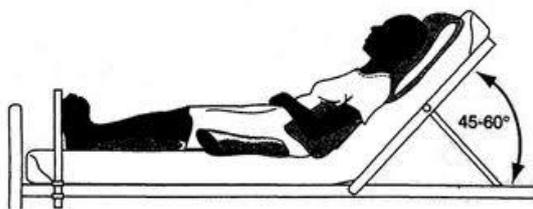
8. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати. Убрать подушки.

Расположение пациента в позицию, удобную для перемещения.

9. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки).

Обеспечение комфортного состояния пациента. Улучшение вентиляции легких. Обеспечение расслабления пациента.

10. Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).



Снижение вероятности «заваливания» пациента на парализованную сторону тела. Улучшение вентиляции легких, работы сердца, снижение внутричерепного давления. Обеспечение комфортного приема пищи и жидкости. Профилактика аспирации пищи и жидкости, рвотных масс. Профилактика напряжения мышц шеи.

11. Слегка приподнять вверх подбородок пациента.

Снижение нагрузки на шейный отдел позвоночника.

12. Отодвинуть верхние конечности пациента от его туловища и подложить под локти и кисти небольшие подушки.

Предупреждение сгибательной контрактуры мышц верхней конечности и перерастяжения капсулы плечевого сустава.

13. Положить кисти на половинки резиновых мячиков, покрытых салфетками.

Сохранение функционального положения кистей. Предупреждение контрактуры суставов кистей.

14. Подложить пациенту тонкую подушку под поясницу.

Снижение нагрузки на поясничный отдел позвоночника.

15. Согнуть пациенту ноги в коленном и тазобедренном суставах, подложив под нижнюю треть бедра подушку или сложенное одеяло.

Предупреждение длительного переразгибания коленных суставов и сдавливания подколенной артерии.

16. Подложить пациенту валик под нижнюю треть голени таким образом, чтобы пятки не касались матраца.

Профилактика пролежней в области пяток.

17. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.

Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предупреждение отвислости стопы. Сохранение тонуса мышц.

18. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.

Обеспечение безопасности пациента.

III. Окончание процедуры:

19. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Профилактика ВБИ.

20. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.

Обеспечение преемственности сестринского ухода.

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ

(выполняется одной медсестрой)

Цель: придание пациенту физиологического положения.

Показания: вынужденное или пассивное положение; риск развития пролежней; гигиенические процедуры в постели.

Оснащение: дополнительная подушка, валики, упор для стоп, две простыни, скатанные в рулон, полотенце.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Обоснование

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Установление контакта с пациентом.

2. Объяснить цель и ход процедуры.

Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре.

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.

Соблюдение прав пациента.

4. Подготовить оснащение.

Обеспечение эффективности процедуры.

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

II. Выполнение процедуры:

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры.

7. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность.

8. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придав кровати горизонтальное положение. Снять одеяло. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.

Обеспечение правильного положения пациента.

9. Придать пациенту правильное положение:

а) положить подушку под голову (или поправить оставшуюся);

б) расположить руки вдоль туловища ладонями вниз;

в) расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.

Обеспечение комфортного положения пациента.

10. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.

Обеспечение правильного распределения нагрузки на верхнюю часть тела. Предупреждение напряжение мышц шеи.

11. Подложить под предплечья небольшие подушки.

Облегчение оттока крови. Предупреждение отека кисти.

12. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце, без складок.

Предупреждение переразгибания поясничного отдела позвоночника.

13. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости.

Предотвращение поворота бедра наружу.

14. Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети.

Предотвращение длительного давления матраца на пятки и образования пролежней.

15. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90°.

Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предупреждение отвислости стопы.

16. Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню, накрыть одеялом. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.

Обеспечение безопасности пациента.

III. Окончание процедуры:

17. Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

18. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.

Обеспечение преемственности сестринского ухода.

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ (ПАЦИЕНТ В ПОСТЕЛИ) ПОПЕРЕЧНЫМ СПОСОБОМ

(выполняется медсестрой с помощником)

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика ВБИ. Показания: дефицит самоухода.

Обснащение: комплект чистого белья, мешок для грязного белья, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором.

Обоснование

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, получить его согласие.

Внимание! Если к процедуре привлекаются родственники или другие члены медицинской бригады, следует заранее определить объем вмешательств каждого.

Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента.

2. Подготовить комплект чистого белья. Скатать чистую простыню как бинт, в поперечном направлении.

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта.

3. Вымыть руки, при возможном контакте с биологическими жидкостями надеть перчатки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

II. Выполнение процедуры:

4. Встать с обеих сторон кровати, опустить изголовье.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела.

5. Медсестре подвести руки под плечи и голову пациента, слегка приподнять его; помощнику - извлечь из-под головы подушку.

6. Опустить пациента на кровать. Сменить наволочку.

Обеспечение безопасной больничной среды.

7. Снять с пациента одеяло, прикрыть его небольшой простыней.

Снижение дискомфорта у пациента, находящегося без нательного белья.

8. Медсестре приподнять голову и плечи пациента, помощнику скатать грязную простыню со стороны изголовья до середины кровати. На освободившейся части постелить и расправить приготовленную, свернутую валиком чистую простыню.

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта.

9. Положить в изголовье подушку и опустить на нее голову и плечи пациента.

Обеспечение физического комфорта.

10. Поднять таз пациента (активного больного попросить опереться на ноги и приподняться над кроватью), сдвинуть грязную простыню в направлении стоп, следом расправить чистую, опустить на нее пациента.

Обеспечение комфорта и инфекционной безопасности пациента. Активное участие пациента в уходе способствует повышению самооценки.

11. Поместить грязную простыню в мешок для белья.

Обеспечение инфекционной безопасности.

12. Заправить под матрац со всех сторон края чистой простыни.

Обеспечение комфорта.

13. Снять пододеяльник с одеяла, надеть чистый. Грязный пододеяльник положить в мешок. Укрыть пациента. Заправить одеяло.

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта.

14. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно.

Обеспечение психологического комфорта.

15. Вынести грязное белье из палаты.

Обеспечение инфекционной безопасности.

III. Окончание процедуры:

16. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

17. Сделать отметку о смене белья в документации.

Обеспечение преемственности ухода за пациентом.

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ (ПАЦИЕНТ В ПОСТЕЛИ) ПРОДОЛЬНЫМ СПОСОБОМ

(выполняется медсестрой с помощником)

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика ВБИ.

Показания: дефицит самоухода.

Обснащение: комплект чистого белья, мешок для грязного белья, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором.

Обоснование

I. Подготовка к процедуре:

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие. Оценить возможность пациента участвовать в процедуре.

Внимание! Если к процедуре привлекаются родственники или другие члены медицинской бригады, следует заранее определить объем вмешательств каждого.

Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента.

2. Подготовить комплект чистого белья. Скатать половину простыни в виде валика по всей длине.

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта.

3. Вымыть и осушить руки, при риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки. Профилактика ВБИ.

II. Выполнение процедуры:

4. Встать с обеих сторон кровати, опустить изголовье.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела.

5. Медсестре подвести руки под плечи и голову пациента и слегка приподнять его, помощнику - извлечь из-под головы подушку.

Обеспечение эффективности проведения процедуры.

6. Опустить пациента на кровать (без подушки). Снять наволочку с подушки и положить ее в мешок для грязного белья. Надеть чистую наволочку.

7. Медсестре снять с пациента одеяло и прикрыть его небольшой простыней.

Снижение психологического дискомфорта.

8. Медсестре повернуть пациента набок, лицом к краю кровати и придерживать его в этом положении. Одновременно проводить наблюдение за его состоянием.

Обеспечение возможности смены белья. Профилактика падения пациента.

9. Помощнику скатать грязную простыню валиком к спине пациента и расстелить заранее приготовленную и наполовину скатанную чистую простыню, закрывая освободившуюся часть постели.

Обеспечение возможности смены белья.

10. Помощнику повернуть пациента на спину, затем осторожно на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне. Придерживать пациента в положении на боку.

Обеспечение гигиенического комфорта. Профилактика падения пациента.

11. Медсестре скатать грязную простыню и убрать ее в мешок для грязного белья. Раскатать чистую и заправить края под матрац.

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта.

12. Повернуть пациента и уложить на спину. Под голову и плечи подложить подушку.

Обеспечение комфорта в постели.

13. Помощнику снять грязный пододеяльник, положить его в мешок для грязного белья. Надеть чистый. Накрыть пациента. Заправить одеяло.

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта.

14. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно.

Обеспечение психологического комфорта.

III. Окончание процедуры:

15. Удалить из палаты мешок с грязным бельем. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

16. Сделать отметку о смене белья в документации.

Обеспечение преемственности ухода за пациентом.

СМЕНА РУБАШКИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика ВБИ.

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: чистая рубашка, мешок для грязного белья.

Обоснование

I. Подготовка к процедуре:

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.

Установление контакта с пациентом. Подготовка пациента к процедуре. Соблюдение прав пациента.

2. Оценить физические возможности пациента.

Обеспечение возможности сотрудничества.

3. Подготовить чистую рубашку.

Обеспечение инфекционной безопасности.

4. Вымыть руки. При необходимости надеть перчатки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

II. Выполнение процедуры:

5. Поднять голову и плечи пациента, помочь ему сесть. Собрать рубашку со спины до затылка переместить ее через голову на грудь, затем полностью снять с рук. Примечание:

- пациенту, испытывающему трудности при сидении, смену осуществлять с помощником, который придерживает пациента за плечи;

- пациенту, прикованному к постели, выполнять процедуру в той же последовательности, только в положении лежа.

Обеспечение безопасности пациента.

6. Положить рубашку в мешок для грязного белья.

Обеспечение инфекционной безопасности.

7. Надеть чистую рубашку в обратном порядке: вначале на руки, затем переместить за голову и расправить рубашку на спине и груди.

Обеспечение физического и гигиенического комфорта.

8. Помочь пациенту занять удобное положение. Укрыть пациента. Убедиться, что он чувствует себя комфортно.

Обеспечение физического и психологического комфорта.

III. Окончание процедуры:

9. Удалить мешок с грязным бельем из палаты. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

10. Сделать отметку о смене белья в документации.

Обеспечение преемственности ухода за пациентом.

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУДНА ИЛИ МОЧЕПРИЕМНИКА (выполняется медсестрой с помощником)

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: 2 пары чистых перчаток; судно, мочеприемник; клеенка; туалетная бумага; ширма; лоток; салфетки; вода; корнцанг.

Обоснование

I. Подготовка к процедуре:

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, если она проводится впервые.

Установление контакта с пациентом. Психологическая и эмоциональная подготовка.

2. Получить его согласие на проведение процедуры.

Соблюдения прав пациента.

3. Оценить возможности пациента оказать помощь при перемещении.

Активное участие пациента в процедуре способствует сохранению его чувства собственного достоинства.

4. Вымыть руки. Надеть перчатки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

5. Подготовить необходимое оснащение. Ополоснуть судно теплой водой и оставить в нем немного воды. Убедиться, что поверхность судна сухая.

Примечание: сечи у пациента не нарушена целостность кожных покровов и отсутствуют пролежни в области крестца, можно посыпать тальк на ту часть судна, которая соприкасается с кожей.

Согревание судна водой предупреждает охлаждение пациента, снижает чувство дискомфорта. Вода способствует лучшему удалению каловых масс со дна судна.

Судно, посыпанное тальком, легче извлекается после использования.

IIВыполнение процедуры:

6. Отгородить пациента ширмой (при необходимости).

Обеспечение психологического комфорта.

7. Опустить изголовье. Встать по обе стороны кровати. Медсестре помочь пациенту слегка повернуться набок. Придерживать его в этом положении, фиксируя за плечи и таз. Помощнику подложить и расправить клеенку под ягодицами пациента.

Обеспечение качественного выполнения процедуры.

8. Поставить судно на клеенку в непосредственной близости от ягодиц больного, помочь пациенту повернуться на спину - при чем его промежность должна оказаться на судне.

Снижение физической нагрузки на медсестру и пациента, связанной с подведением судна под ягодицы

9. Снять перчатки, положить их в лоток для использованного материала.

Обеспечение инфекционной безопасности.

10. Поправить подушки, приподнять изголовье кровати, укрыть пациента одеялом.

Обеспечение комфортного состояния пациента.

11. Периодически подходить к пациенту.

Обеспечение своевременной реакции медсестры на завершение физиологических отпавлений.

12. После «сигнала» от пациента о завершении опорожнения медсестре опустить изголовье кровати. Повернуть пациента набок, придерживать его за плечи и таз; помощнику надеть перчатки, убрать судно и накрыть его (судно можно убрать в целлофановый пакет).

Обеспечение правильной биомеханики тела пациента при перемещении набок.

Обеспечение психологической и инфекционной безопасности.

13. Медсестре придерживать некоторое время пациента в положении на боку; помощнику помочь пациенту вытереть область анального отверстия туалетной бумагой, если пациент не может сделать это самостоятельно.

Обеспечение безопасности пациента. Снижение чувства зависимости.

14. Переместить пациента на спину. Подмыть пациента. При необходимости обеспечить пациенту возможность вымыть руки.

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта.

15. Убрать клеенку из-под пациента. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму (если процедура выполнялась в палате). Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно.

Обеспечение физического и психологического комфорта.

III. Окончание процедуры:

16. Провести дезинфекцию использованных предметов ухода. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

17. Сделать запись об опорожнении кишечника или мочевого пузыря и реакции пациента в документации.

Обеспечение преемственности сестринского ухода.

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ НА СПИНЕ В ПОЛОЖЕНИЕ СИМСА

Цель: придание пациенту физиологического положения.

Показания: вынужденное или пассивное положение, смена положения при риске развития пролежней или пролежнях.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком, валики, половинка резинового мячика.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Обоснование

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Установление контакта с пациентом.

2. Объяснить цель и ход процедуры.

Обеспечение психологической подготовки пациента к процедуре.

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.

Соблюдение прав пациента.

4. Подготовить оснащение.

Обеспечение эффективности процедуры.

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.

Профилактика ВБИ.

II. Выполнение процедуры:

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела сестры.

7. Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность. Обеспечение необходимой выпрямленности тела пациента.

8. Сообщить пациенту, чтобы он скрестил руки на груди. Передвинуть пациента ближе к левому краю кровати.

Обеспечение достаточного места для переворачивания пациента набок.

9. Сообщить пациенту, что он может помочь медсестре, если положит левую ногу под правую. Если он сам не может этого сделать, медсестре следует помочь ему. Для этого сестре необходимо обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, приподнимать ногу вверх.

Обеспечение активного участия пациента. Снижение физической нагрузки на медсестру.

10. Поднять боковые поручни. Перейти на правую сторону кровати и опустить поручни.

Обеспечение безопасности пациента.

11. Положить протектор на кровать рядом с пациентом.

Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене. Поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется.

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры.

Обеспечение безопасности медсестры и пациента.

12. Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую руку - на его левое бедро и переместить пациента в положение «лежа на боку» и частично на животе (на матрасе - лишь часть живота пациента).

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре.

13. Выдвинуть правое «нижнее» плечо назад и освободить «нижнюю» руку из-под тела пациента, расположив ее вдоль тела. Подложить подушку под голову пациента.

Обеспечение выпрямления тела пациента. Уменьшение бокового сгибания шеи.



14. Подложить под согнутую «верхнюю» руку подушку на уровне плеча. Расслабленную кисть поместить на половинку мячика.

Предотвращение внутреннего вращения плеча. Поддержание необходимой выпрямленности тела.

15. Подложить под согнутую «верхнюю» ногу подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.

Предотвращение внутреннего вращения бедра и размещения «верхней» ноги на «нижней». Предупреждение переразгибания ноги. Уменьшение давления матраса на колено и лодыжку.

16. Обеспечить упор для нижней стопы под углом 90°.

Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предотвращение отвислости стопы. Обеспечение профилактики пролежней.

17. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.

Обеспечение безопасности пациента.

III. Окончание процедуры:

18. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

19. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.

Обеспечение преемственности сестринского ухода.

Практическое занятие по теме: «Методы простейшей физиотерапии. Компрессы, ванны»

Физиотерапия (гр. *physis* — природа и *therapeia* — лечение) - целенаправленное воздействие на организм человека с лечебной целью различными природными факторами: водой, теплом, холодом, светом, электричеством, электромагнитным полем, УФ, ультразвуком и др.. В ответ на раздражение различных рецепторов кожных покровов возникают определенные функциональные изменения в тканях и органах: изменение сосудистого тонуса, секреторной и моторной активности, метаболизма клеток. Нередко возникают и общие реакции, выражающиеся в улучшении сна, аппетита, настроения. Подобное воздействие на кожные покровы с целью изменения функционального состояния органов и систем организма получило название сегментарно-рефлекторной терапии.

Применение горчичников, банок, грелки, льда, компрессов относится к малой или домашней физиотерапии.

Компресс

Компресс (лат. *compressio* - сжатие) - лечебная многослойная повязка. Они бывают сухие и влажные, общие и местные. Влажные компрессы могут быть холодными, горячими, согревающими, лекарственными.

Холодный компресс, как и пузырь со льдом, вызывает охлаждение кожи и подлежащих тканей и сужение кровеносных сосудов; что ограничивает воспаление и травматический отек тканей, уменьшает кровотечение.

Продолжительность всей процедуры - от 5 до 60 мин. При выполнении этой манипуляции нельзя отлучаться от пациента, так как смена салфеток осуществляется каждые 2-3 мин.

Горячий компресс вызывает интенсивное местное усиление кровообращения, что оказывает выраженное рассасывающее и болеутоляющее действие.

Согревающий компресс способствует расширению кровеносных сосудов и улучшению кровообращения в тканях, оказывая болеутоляющее и рассасывающее действие.

Согревающий компресс может быть сухим и влажным.

Сухой компресс (обычная ватно-марлевая повязка) чаще предназначен для защиты тех или иных участков тела, например, шеи, уха, поясницы от воздействия холода. Его ставят, как правило, после горячего или согревающего компресса.

Для рассасывания воспалительных и травматических инфильтратов применяют полуспиртовой (влажный) согревающий компресс: внутренний слой смачивают 45% этиловым спиртом. Не следует накладывать компресс на кожу, смазанную йодом, что может вызвать глубокие ожоги.

Лекарственный компресс. Лекарственные средства, применяемые для компресса, могут вызывать раздражение, поэтому кожу необходимо предварительно смазать тонким слоем детского крема или вазелинового масла.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Дать понятие термину «физиотерапия».
2. Чем обусловлен эффект физиотерапевтических процедур?
3. Области тела, разрешаемые для проведения различных физиотерапевтических процедур.
4. Осложнения, возникающие при неправильной технике проведения физиотерапевтических процедур.
5. Показания для постановки горчичников, банок, грелки, пузыря со льдом и компрессов.
6. Противопоказания для постановки различных физиотерапевтических процедур.
7. Что такое вакуумтерапия?
8. Какие существуют виды компрессов?

Тестовый контроль

1. Какой объём грелки должна занимать вода:
 - 1) 1/3 объёма
 - 2) 1/2 объёма
 - 3) 2/3 объёма
 - 4) полностью
2. Какую температуру воды надо приготовить для заполнения грелки:
 - 1) 30 – 40 градусов Цельсия
 - 2) 50 – 60 градусов Цельсия
 - 3) 60 – 70 градусов Цельсия
 - 4) 80 – 90 градусов Цельсия
3. Холодный компресс следует менять через:
 - 1) 30 секунд
 - 2) 1 минуту
 - 3) 2 – 3 минуты
 - 4) 10 минут
4. Показания к применению пузыря со льдом:
 - 1) воспалительные заболевания дыхательных путей
 - 2) радикулиты
 - 3) лёгочное кровотечение
 - 4) послеоперационный период
5. Для согревающего компресса следует взять салфетку, состоящую из:
 - 1) 2-х слоёв
 - 2) 4-х слоёв
 - 3) 6-и слоёв
 - 4) 8-и слоёв
6. Температура воды, используемая для смачивания горчичников:
 - 1) 36 – 37 градусов Цельсия
 - 2) 20 – 25 градусов Цельсия
 - 3) 60 – 70 градусов Цельсия

- 4) 40 – 45 градусов Цельсия
7. Местный полуспиртовой компресс следует снять через:
- 1) 1 – 2 часа
 - 2) 8 – 10 часов
 - 3) 10 – 12 часов
 - 4) 2 – 3 часа
8. Для постановки банок используют:
- 1) эфир
 - 2) спирт 70 градусов
 - 3) спирт 40 градусов
 - 4) одеколон
9. Для согревающего компресса используют спирт:
- 1) 20 градусов
 - 2) 40 градусов
 - 3) 70 градусов
 - 4) 96 градусов
10. Противопоказанием для постановки банок является:
- 1) бронхит
 - 2) радикулит
 - 3) лёгочное кровотечение
 - 4) пневмония
11. Пузырь со льдом можно держать:
- 1) длительно, но через каждые 20 – 30 минут обязательно снимать его на 10 – 15 минут
 - 2) длительно, по мере таяния льда пузырь снимать, добавлять кусочки льда
 - 3) после остановки кровотечения пузырь со льдом снимать
12. В каком случае нельзя применять горчичники:
- 1) стенокардия
 - 2) пневмония
 - 3) лёгочное кровотечение
 - 4) острый бронхит
13. Для постановки банок медсестра приготовила всё необходимое, что нельзя применять:
- 1) банки
 - 2) фитиль
 - 3) спички

Задание №2 Вставьте недостающий показатель:

1. Температура воды для постановки горчичников _____ °С.
2. Грелку заполняют на _____ объема.
3. Температура воды для заполнения грелки _____ °С.
4. Количество слоев согревающего компресса _____.
5. Согревающий водный компресс ставят на _____.
6. Согревающий спиртовой компресс снимают через ____ - ____ часов.

7. Правильность наложения компресса проверяют через _____ часа.
8. Пузырь со льдом прикладывают к поверхности тела пациента на _____ минут

Ситуационные задачи

Задача 1.

Дежурная медсестра детского отделения по назначению врача: «Поставить пузырь со льдом по поводу высокой температуры» положила пузырь на лобик ребёнка.

Правильно ли выполнено назначение врача?

Задача 2.

В отделении лечится пациент с воспалением лёгких. Вечером его температура была 39 градусов. Медсестра по просьбе пациента поставила ему банки, состояние его резко ухудшилось.

Оцените действие медсестры.

Задача 3.

При постановке горчичников на грудную клетку (по поводу заболевания лёгких) по назначению врача, медсестра смочила горчичники прямо из-под крана горячей водой.

Оцените действие медсестры.

Задача 4.

Медсестра выполняет процедуру – постановка согревающего компресса: смочила салфетку в полуспиртовом растворе, хорошо отжала и положила к телу. Покрыла салфетку ватой, затем компрессной бумагой и забинтовала.

Правильно ли она выполнила процедуру?

Задача 5.

Пациент обратился к медсестре с просьбой дать ему грелку, так как у него острая боль в животе. Пациент страдает язвенной болезнью желудка. Медсестра приложила грелку к животу пациента.

Правильно ли она поступила? Почему?

Практическая подготовка по теме «Методы простейшей физиотерапии. Грелка, пузырь для льда, горчичники»

Горчичники

Применение порошка горчицы основано на том, что выделяющееся при соприкосновении с водой эфирное (аллиловое) масло, вызывая раздражение хемо- и терморцепторов кожи и ее гиперемии, приводит к рефлекторному

расширению кровеносных сосудов внутренних органов. За счет этого достигается болеутоляющий эффект, ускоряется рассасывание воспалительных процессов. Второе составляющее горчицы - фитонциды. Под влиянием воды они выделяются из фермента мирозина. Эфирное масло и фитонциды и являются целительными веществами, выделяемыми горчицей.

Банки

Банки представляют собой стеклянные сосуды с округлым дном и утолщенными краями емкостью 30-70 мл. За счет создаваемого вакуума, действуя на барорецепторы, медицинская банка присасывается к коже, усиливая крово- и лимфообращение, улучшая питание тканей, в результате чего быстрее рассасываются воспалительные очаги. Пламя вытесняет воздух из банки, и кожа втягивается в нее на 1-3 см, приобретая ярко-красную или багровую окраску за счет разрыва мелких сосудов и кровоизлияния в кожу. Сильное присасывание кожи вызывает у пациента ощущение напряжения, иногда тупой боли. Багровые и темно-лиловые пятна после применения банок постепенно исчезнут.

Горчичники и банки ставят по назначению врача, как правило, через день. Нужно предупредить пациента о том, что принимать ванну, душ в день процедуры, во избежание переохлаждения, не стоит.

Грелка

Грелка (сухое тепло) вызывает рефлекторное расслабление гладкой мускулатуры, усиление кровенаполнения внутренних органов, тем самым оказывая болеутоляющее и рассасывающее действие. Эффект от применения грелки зависит не столько от температуры воды в грелке, сколько от продолжительности воздействия. Чаще применяют резиновые грелки различной формы, емкостью от 1 до 3 л, реже - электротермические (термофоры), работающие от электросети. При отсутствии стандартной грелки можно воспользоваться бутылкой, наполненной горячей водой.

Пузырь со льдом

Холод (пузырь со льдом) способствует сужению кровеносных сосудов кожи и глубоко расположенных тканей и органов, снижает чувствительность нервных рецепторов, оказывая кровоостанавливающее и болеутоляющее действие. Пузырь наполняют кубиками льда и холодной водой. Замораживать пузырь, заполненный водой, в морозильной камере нельзя, так как поверхность образующегося конгломерата льда очень велика. Это может привести к переохлаждению участка тела, а иногда и отморожению.

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЕЛКИ

Цель: лечебная.

Механизм действия: тепло способствует расширению сосудов кожи и подлежащих органов, оказывает согревающее, рассасывающее и болеутоляющее действие.

Показания: лихорадка 1и3 периоды, озноб; переохлаждение; хронические воспалительные процессы в брюшной полости (хронический гастрит, кишечная колика и другие), постинъекционный инфильтрат.

Противопоказания: острые воспалительные процессы в брюшной полости (острый аппендицит, холецистит, панкреатит, перитонит и др.); внутренние кровотечения; ушибы в первые часы и сутки; инфицированные раны; высокая лихорадка; опухоли; маститы, тромбозы; повреждение кожных покровов; новообразования.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, резиновая грелка; кувшин с горячей водой $t=60-70^{\circ}\text{C}$; пеленка; водный термометр. емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Возможные проблемы пациента: риск возникновения ожогов в связи с пониженной чувствительностью кожи у тяжелобольных или в связи с ее отсутствием; пигментация кожи в связи с частым применением грелки на одно и то же место, необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Технология:

Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, если он с ней незнаком.
3. Получить его согласие
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Вымыть и осушить руки

II. Выполнение процедуры:

6. Налить в грелку на 2/3 ее объема приготовленную в кувшине воду, слегка сжать ее у горловины, выпустить воздух и закрутить пробку.
7. Перевернуть грелку пробкой вниз, проверить, не выливается ли вода. Обернуть грелку пеленкой
8. Положить грелку на нужную область тела. При необходимости длительного применения грелки (по назначению врача) менять воду по мере остывания. Каждые 20 минут следует делать 15-20-минутный перерыв.
9. Снять грелку.
10. Осмотреть кожу пациента в области соприкосновения с грелкой.
11. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.

III. Окончание процедуры:

12. Вылить воду из грелки. Протереть грелку.
13. Вымыть и осушить руки.

14. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации.

ПРИМЕНЕНИЕ ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ

Цель: лечебная.

Механизм действия: холод способствует сужению кровеносных сосудов кожи и подлежащих органов, снижает чувствительность нервных рецепторов. Оказывает болеутоляющее, кровоостанавливающее, противовоспалительное действие.

Показания: острые воспалительные процессы в брюшной полости; кровотечения внутренние; ушибы, переломы, вывихи в первые часы и сутки; второй период лихорадки; укусы насекомых; мастит; послеоперационный период; сотрясение мозга.

Противопоказания: хронические воспалительные процессы; заболевания кожи, непереносимость холода.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, пузырь для льда; полотенце (пеленка); лоток с кусочками льда. емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Возможные проблемы пациента: чрезмерное переохлаждение; риск отморожения в связи с длительным воздействием холода на кожу; непереносимость холода, необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.

2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, если он с ней незнаком.

3. Получить его согласие.

4. Подготовить необходимое оснащение.

5. Вымыть и осушить руки.

II. Выполнение процедуры:

6. Заполнить широкогорлый резиновый пузырь подготовленными в морозильной камере кусочками льда до половины и залить холодной водой.

Примечание: нельзя замораживать воду, налитую в пузырь, в морозильной камере, так как поверхность образовавшегося конгломерата льда велика, и высок риск обморожения.

7. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и завернуть крышку.

8. Обернуть пузырь пленкой, сложенной вчетверо, и положить на нужный участок тела на 20 минут. Пузырь можно (по мере необходимости) держать длительное время, но через каждые 20 минут необходимо делать перерыв на 10-15 минут. *Примечание: при необходимости пузырь со льдом можно подвесить над больным на расстоянии 2-3 см.*

9. Сливать воду по мере таяния льда и добавлять кусочки льда.

10. По окончании процедуры воду из пузыря слить.

11. Спросить пациента о самочувствии.

III. Окончание процедуры:

12. Продезинфицировать пузырь, затем обмыть его водой и высушить. Хранить пузырь следует в сухом виде с открытой крышкой.

13. Вымыть и осушить руки.

14. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации.

Практическая подготовка по теме: «Оксигенотерапия».

Оксигенотерапия - лечение кислородом, проводят по назначению врача при многих заболеваниях органов кровообращения и дыхания. Применяя любой из методов оксигенотерапии, нужно стремиться к тому, чтобы он был удобен для пациента и не создавал дискомфорта. Когда нет признаков гипоксии, оксигенотерапия «на всякий случай» - скорее враг, чем друг. Ингаляция 100-процентным кислородом вызывает в организме определенные расстройства, которые не менее опасны, чем гипоксия.

Вдыхание чистого кислорода может оказать токсичное действие на организм человека - сухость во рту, чувство жжения за грудиной, боль в грудной клетке, судороги и т. д.

Поэтому для оксигенотерапии обычно используют газовую смесь, содержащую до 80% кислорода (чаще 40 - 60%). При вдыхании газовой смеси, содержащей до 50 % кислорода, можно применять в течение многих суток, не опасаясь вредных физиологических последствий.

Цель: устранение кислородного голодания тканей.

Показания: экстренные состояния, сопровождающиеся различными нарушениями дыхания, заболевания ССС, повреждения грудной клетки, хронические заболевания бронхов, легких, отравление угарным газом, синильной кислотой, удушающими веществами.

Ингаляционный метод. Это наиболее распространенный метод искусственной оксигенотерапии. В зависимости от показаний проводят ингаляции кислородом различной концентрации - от 30 до 100%. Современная аппаратура, применяющаяся для оксигенотерапии, имеет дозиметры, а также специальные устройства, подсасывающие воздух, позволяющие применять обогащенную смесь, а не 100-процентный кислород.

При всех способах ингаляции обязательно увлажнение вдыхаемых кислородных смесей, и если кислород ингалируется через интубационную трубку или трахеостомическую канюлю, желательна его согревание.

Ингаляцию кислородом проводят с помощью специальной кислородной аппаратуры через носовые канюли, лицевую маску, интубационную трубку, трахеостомическую канюлю.

Наиболее комфортный для пациента способ - ингаляция через носовую вилкообразную канюлю. Во время данной ингаляции пациент имеет возможность говорить, кашлять, пить и есть. Если не применяют специальные методы увлажнения, у пациента может быть выраженная сухость носовой полости, что является недостатком этого способа.

Лицевая маска обеспечивает лучшее увлажнение дыхательной смеси, дает более высокую концентрацию, но создает значительный дискомфорт (отрыжку) и требует перерыва процедуры для удаления мокроты, приема пищи и разговора. Рвота, возникающая во время оксигенотерапии через лицевую маску, является грозным симптомом, так как может послужить причиной асфиксии.

Режим ингаляции кислорода и его концентрацию определяет врач.

Для ингаляции используют кислород, поступающий в лечебное учреждение в стандартных баллонах или сосудах.

Кислородная подушка как способ оксигенотерапии неэффективна.

В крупных лечебных учреждениях существует централизованная подача кислорода к системе жизнеобеспечения, находящейся рядом с кроватью пациента. В небольших лечебных учреждениях ингаляции осуществляют непосредственно из баллона с кислородом, соединенного через редуктор и увлажнитель с канюлей (катетером, маской).

ПОДАЧА УВЛАЖНЕННОГО КИСЛОРОДА ЧЕРЕЗ НОСОВОЙ КАТЕТЕР

Цель: устранить гипоксию тканей.

Показания: заболевания органов кровообращения и дыхания.

Противопоказания: определяет врач.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, дозиметр, вода или 96% этиловый спирт, стерильный носовой катетер, стерильный глицерин, лоток, бинт, лейкопластырь, стерильные перчатки, шпатель, ножницы. емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Технология:

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией: когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.

4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Определить длину, на которую должен быть введен носовой катетер (расстояние от мочки уха до кончика носа).
6. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
7. Вскрыть упаковку, извлечь катетер и обработать глицерином.

II. Выполнение процедуры:

8. Ввести катетер в нижний носовой ход до нужной метки (примерно 15-18 см).
9. Осмотреть зев и убедиться, что конец катетера виден при осмотре.
10. Зафиксировать катетер к щеке и крылу носа пациента лейкопластырем так, чтобы он не выпал из носового хода и не причинял неудобств.
11. Соединить катетер с дозиметром, заполненным водой или этиловым спиртом (при отеке легких).
12. Открыть вентиль дозиметра и отрегулировать скорость поступления кислорода по назначению врача. Примечание. Катетер может находиться в полости носа не более 12 часов.
13. Извлечь катетер и осмотреть слизистую носа пациента.
14. Помочь пациенту занять удобное положение.
15. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально

III. Завершение процедуры:

16. Провести дезинфекцию оснащения и утилизацию одноразового инструментария.
17. Вымыть и осушить руки.
18. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации.

Примечание. Подачу кислорода можно осуществлять через носовую канюлю или воронку.

Преимущества метода:

свобода движений, доступного общения, приема жидкости и пищи.

подача кислорода с малой скоростью – 2-4 л/мин, при необходимости до 6-7 л/мин.

обеспечение концентрации кислорода 40-60% в зависимости от глубины и частоты дыхания пациента.

проведение гигиены полости рта.

Недостатки метода:

сухость и раздражение слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

необходимость перемещения катетера из одного носового хода в другой каждые 6 часов вследствие раздражения слизистой оболочки.

возможность закупорки слизию носовых путей.

Подача кислорода через носовую канюлю

Носовая канюля – гибкая полимерная трубка с двумя полыми, вставляемыми в носовые ходы наконечниками.

Оснащение:

1. Упаковка с системой кислородных трубок и носовой канюлей
2. Лубрикант (глицерин).
3. Перчатки стерильные.
4. Дозиметр с дистиллированной водой.
5. Дезинфицирующий раствор и емкость.

Последовательность действий м/с:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымыть и осушить руки.
3. Наденьте перчатки.
4. Проверить проходимость дыхательных путей пациента, удалить избыточную слизь.
5. Вскрыть упаковку с канюлей, обработать перчатки антисептиком.
6. Вставить кончики канюли в носовые ходы пациента.
7. Присоединить систему трубок канюли к источнику увлажненного кислорода.
8. Определить заданную скорость 2-4 л/мин, контролируя скорость по шкале дозиметра.

9. Обеспечить свободу движений кислородных трубок, зафиксировать к одежде.
10. Оценить состояние пациента, связанного с гипоксией.
11. Снять перчатки, сбросить в дезинфектант, вымыть и осушить руки.
12. Документировать выполнение процедуры.
13. Обработайте катетер, перчатки, аппаратуру в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Рекомендации для медсестры:

1. Проверять каждые 6-8 часов состояние канюли, скорость подачи кислорода.
2. Контролировать состояние пациента и канюли в период оксигенации.
3. Соблюдать заданную скорость кислородотерапии.

Преимущества метода:

Отсутствие:

- Давление на подлежащие ткани.
- Затруднение носового дыхания
- Ощущение инородного тела в верхних дыхательных путях.
- Затруднений в осуществлении фундаментальных потребностей пациента (дыхания, питания, приема жидкости, коммуникации).

Недостатки метода:

- Использование только в плановом порядке (при более высокой скорости оксигенации – головная боль и высыхание слизистых оболочек).
- Реальная потеря кислорода (концентрация 40% и менее)
- Смещение канюли в случае рвоты, судорог.
-

Практическое занятие по теме: «Гирудотерапия»

Лечение пиявками нашло широчайшее применение и в современной медицине. Используются при этом не любые, а только медицинские пиявки.

Их выращивают на специальных биологических фермах. Такая пиявка является стерильной. Она не может занести в организм пациента никакую инфекцию. Используется каждая пиявка только один раз.

Показания к гирудотерапии:

- геморрой
- трофические язвы
- тромбоз
- варикозное расширение вен
- гинекологические заболевания: миома матки, эндометриоз, хронические воспалительные процессы, климактерические расстройства, нарушения менструального цикла, кисты яичников, мастопатия
- бесплодие
- гипертония, стенокардия, атеросклероз, кардиосклероз, постинфарктное состояние
- бронхит, бронхиальная астма
- профилактики инфаркта, инсульта
- гаймориты, отиты, гематомы, ушибы
- запоры, спайки в брюшной полости
- гастриты, панкреатиты, холециститы, желчнокаменная болезнь, колит, болезни печени
- нарушение обмена веществ, сопровождающееся ожирением, диабетом и частыми аллергическими реакциями
- заболевания позвоночника и опорно-двигательного аппарата – остеохондроз, радикулит, межпозвоночные грыжи, артрит и артроз суставов
- бессонница, головные боли, головокружения
- простатит, аденома простаты
- проблемы с потенцией и вторичным мужским бесплодием

- заболевания почек
- косметология

Гирудотерапию часто применяют в комплексе с другими оздоровительными методиками – рефлексотерапией, массажем и различными физиопроцедурами.

Противопоказания

- людям, страдающие нарушениями в системе свертывания крови
- онкологические заболевания
- беременные женщины

- женщины во время менструации депрессия, страхи, синдром хронической усталости

Курс лечения включает 8-10 сеансов. Эффект после гирудотерапии длится до полугода. Потом курс терапии желательно повторить.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Дайте определение гирудотерапии.
2. Цели применения гирудотерапии.
3. Что содержит секрет слюнных желез пиявок
4. Показания к проведению гирудотерапии
5. Противопоказания.
6. Осложнения.
7. Постановка медицинских пиявок.
8. Принципы ухода после снятия пиявок.
9. Дезинфекция оснащения после процедуры.

Тест контроль по теме «Гирудотерапия»

1. Показания к применению пиявок:

- а) легочное кровотечение, ушибы
- б) повышенная свёртываемость крови
- в) гипертония, тромбофлебит
- г) гипотония, малокровие.

2. Пиявки можно ставить:

- а) на сосуды
- б) на область сердца
- в) на сосцевидный отросток височной кости
- г) на область правого подреберья

3. Антикоагулянт, содержащийся в слюне пиявки:

- а) тромбин
- б) гирудин
- в) гиалуронидаза
- г) ацетилсалициловая кислота

4. Голодная пиявка высасывает крови:

- а) 10 мл
- б) 20 мл
- в) 30 мл
- г) 50 мл

5. Осложнения при постановке пиявок:

- а) инфильтрат
- б) кровотечение
- в) гематома
- г) абсцесс

- 6.Гирудотерапия проводится с целью:** а) уменьшение крови в кровяном русле
б) остановки кровотечения
в) снижения свёртываемости крови
г) повышения артериального давления

7.После постановки пиявок накладывается повязка:

- а) сухая асептическая
б) сухая асептическая давящая повязка
в) мазевая повязка
г) повязка с кровеостанавливающим раствором

8.Медсестра может проводить гирудотерапию в ЛПУ:

- а) по просьбе пациента
б) без назначения врача, самостоятельно
в) по просьбе родственников пациента
г) по назначению лечащего врача

9. Если повязка после гирудотерапии через 5 часов промокла, то медсестра должна

- а) немедленно сменить повязку и сообщить врачу
б) сверху повязки положить большой слой ваты и туго перебинтовать
в) снять повязку и наложить новую с кровеостанавливающим средством
г) снять повязку и показать ранку врачу.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Через два часа после постановки пиявок больной на постели обнаружил большое пятно крови. На крик пациента в палату прибежала постовая медсестра. Она обнаружила испуганного больного.

Пациент говорит, что предвидел это осложнение, поэтому долго не соглашался на процедуру, а теперь он уверен, что умирает.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Сформулируйте проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом

Задача №2

Пациенту городской поликлиники Соколову Н.Н рекомендовано проведение гирудотерапии. У Соколова тромбофлебит нижней конечности.

Медицинской сестрой даны рекомендации пациенту по подготовке к процедуре.

Н.Н не совсем понимает взаимосвязь между его тромбом и пиявками, спрашивает, чем они лучше препаратов, которые обычно назначают в этом случае. Интересуется, отчего накануне процедуры нельзя пользоваться косметическими средствами с резким запахом.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Сформулируйте проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом

Задача №3

Вы работаете в санатории медицинской сестрой, имеете сертификат для работы с пиявками, врач – гирудотерапевт, назначил пациенту Калашникову И.П. 40 лет с гипертонией, пиявки на область сосцевидного отростка.

Продемонстрируйте технику постановки пиявки на область сосцевидного отростка.

Задача №4

Вы – медицинская сестра физиотерапевтического отделения.

Пациенту Раевскому П. Д. после постановки пиявок была наложена давящая повязка на 24 часа. Как называется данный вид лечения? Какая может возникнуть проблема у пациента.

Задача №5

К медицинской сестре обратился пациент на наличие промокшей повязки после постановки пиявки. Медицинская сестра сняла повязку и наложила новую асептическую повязку.

Оцените действия медицинской сестры.

Задача №6

Без назначения врача медицинская сестра поставила пиявки на область сонных артерий, так как у пациентки болела голова.

Оцените действия медицинской сестры.

Задача №7

По просьбе пациентки медицинская сестра поставила пиявки на область сосцевидного отростка, так как ей уже ставили пиявки при гипертензии. Пациентка получает антикоагулянты.

Оцените действия медицинской сестры.

ПОСТАНОВКА ПИЯВОК (ГИРУДОТЕРАПИЯ)

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания: гипертонический криз, глаукома, нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, приступы стенокардии, застойные явления в печени, геморрой, тромбоз, радикулиты.

Противопоказания: склонность к кровотечениям, заболевания кожи, аллергические и септические заболевания, анемия, гипотензия, лечение антикоагулянтами.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Места постановки пиявок:

- 1) При гипертоническом кризе - на сосцевидный отросток, отступив 1 см от ушной раковины.
- 2) При заболеваниях глаз - на височную область на уровне разреза глаз.
- 3) При приступе стенокардии, предынфарктном состоянии - на область сердца (3-4-5 межреберье).
- 4) При венозном застое в печени - вдоль правого подреберья.
- 5) При тромбозе — отступив 1 см от пораженной вены в шахматном порядке.
- 6) При геморрое - вокруг анального отверстия.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, стерильные шарики и салфетки, непромокаемая пленка (клеенка), горячая кипяченая вода (температура 40-50°C), 70% раствор этилового спирта, 3% раствор перекиси водорода, 5% раствор глюкозы; емкость с пиявками, медицинская банка или пробирка, пинцет, стерильные салфетки, часы, перчатки, емкость с дезинфектантом, вата, нашатырный спирт, стерильные салфетки, бинт или лейкопластырь, ножницы, 5% раствор йода, лоток, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

I. Подготовка к процедуре:

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией: когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры.
3. Получить согласие пациента на процедуру.
4. Помочь пациенту занять удобное положение.
5. Вымыть и осушить руки.
6. Подготовить необходимое оснащение.
7. Осмотреть место постановки. Подстелить непромокаемую пленку (клеенку) при необходимости под предполагаемую область постановки. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры:

8. Обработать кожу:
 - а) стерильными ватными шариками, смоченными раствором 70% этилового спирта (по площади больше, чем нужно для постановки пиявок);
 - б) стерильными ватными шариками, смоченными в теплой кипяченой воде, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2-3 раза;

в) осушить кожу стерильной салфеткой.

9. Отсадить пинцетом (концы пластин пинцета должны быть обернуты марлевыми салфетками) в медицинскую банку (пробирку) одну пиявку хвостовым концом вниз и поднести банку (пробирку) к коже.

Перевернуть банку (пробирку) вверх дном и плотно прижать ее к коже или слизистой (в стоматологии, гинекологии).

10. Убрать банку (пробирку), как только будет видно, что пиявка прокусила кожу, и появились волнообразные движения в ее передней части.

11. Подложить под заднюю присоску стерильную салфетку.

12. Повторить п.п. 9-11 до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки.

13. Наблюдать за активностью пиявки во время процедуры. Если она не движется, слегка провести по ее поверхности пальцем. Это должно вызвать волнообразное движение пиявки. Если его нет, пиявку нужно снять, проведя по ее поверхности ватным шариком, смоченным нашатырным спиртом.

14. По истечении отведенного на процедуру срока снять пиявки способом, описанном в пункте 13.

15. Поместить пиявки в емкость с дезинфектантом. Например, «Дюльбак».

16. Сменить перчатки.

17. Обработать кожу вокруг раны этиловым спиртом или 5% спиртовым раствором йода.

18. Наложить на места укусов стерильные салфетки, используя стерильный пинцет. Поместить поверх салфетки слой ваты. Зафиксировать салфетки и вату бинтом в соответствии с правилами десмургии.

Предупредить пациента о возможном промокании повязки. *Примечание: если наложение бинта невозможно, то поверх ваты следует наложить салфетку и зафиксировать ее лейкопластырем.*

19. Спросить пациента о самочувствии.

III. Окончание процедуры:

20. Убрать пленку в непромокаемый мешок для дальнейшей дезинфекции и утилизации.

21. Утилизировать пиявки по окончании экспозиции.

22. Продезинфицировать используемое оснащение с последующей утилизацией одноразового. Вымыть и осушить руки.

23. Наблюдать за повязкой в течение суток. Сменить повязку в случае намочения.

24. *Через сутки.* Надеть перчатки, снять повязку. Если кровотечение остановлено, рану и кожу вокруг нее обработать 70% раствором этилового спирта, остатки крови удалить 3% раствором перекиси водорода. Наложить сухую асептическую повязку на 3 дня.

25. Спросить пациента о самочувствии.

26. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

27. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента в медицинской документации.

IV. Проблемы пациента и сестры:

Низкая активность пиявок.

Кровотечение вследствие неправильной постановки пиявок.

Отказ от манипуляции. Психологический дискомфорт, связанный с чувством страха перед постановкой пиявок: болезненностью процедуры, возможным инфицированием. Брезгливость пациента по отношению к виду пиявок.

Практическая подготовка по теме: «Клизмы»

Клизма - введение жидкости в нижний отрезок толстой кишки с диагностической или лечебной целью.

Диагностическая клизма применяется, например, для распознавания кишечной непроходимости, опухолей толстого кишечника. Во время рентгенологического исследования толстой кишки (ирригоскопии) используют контрастную клизму, содержащую взвесь рентгеноконтрастного вещества.

Лечебные клизмы используют с целью очищения кишечника (очистительная, сифонная, послабляющая), введения в толстую кишку лекарственных веществ как для местного, так и для резорбтивного (общего) воздействия на организм (лекарственная микроклизма).

• Очистительная клизма

Механизм действия: при постановке очистительной клизмы опорожняется только нижний отдел толстой кишки за счет разжижения каловых масс и усиления перистальтики.

Если позволяет состояние пациента, эта процедура выполняется в специальном помещении («клизменной»), здесь же должна находиться и туалетная комната. Для очистительной клизмы взрослому человеку требуется около 1-1,5л воды температуры 23-25°C. Если необходимо стимулировать сокращения толстой кишки при атонических запорах, применяют воду температуры 14-16°C. Если необходимо расслабить гладкую мускулатуру кишечника при спастических запорах, используют воду с температурой 37-38°C.

- Сифонная клизма

Механизм действия: эффективное очищение кишечника достигается многократным промыванием его водой на большом протяжении.

Сифонная клизма - тяжелая манипуляция для пациента, поэтому необходимо внимательно следить во время процедуры за его состоянием и выполнять ее в присутствии врача.

- К послабляющим клизмам относятся масляная и гипертоническая.

- Масляная клизма. Механизм действия: введенное в кишечник масло обволакивает каловые массы и улучшает их скольжение. После масляной клизмы опорожнение кишечника наступает через 6-10 ч. После постановки масляной клизмы пациент должен лежать несколько часов, иначе масло, введенное в кишечник, вытечет. Поэтому удобнее ставить эту клизму на ночь.

- Гипертоническая клизма

Механизм действия: для ее постановки используют 10% раствор натрия хлорида или 20%-30% раствор магния сульфата. Они не только усиливают перистальтику, но и вызывают обильную трансудацию жидкости в просвет кишки, что приводит к обильному жидкому стулу.

- Лекарственные клизмы - это лечебные клизмы с введением различных лекарственных веществ. Чаще всего, они являются микроклизмами, и их объем составляет 50-100 мл. Применяют как для местного воздействия на слизистую оболочку нижнего отдела толстой кишки (облепиховое масло, настой ромашки, отвар календулы и др.), так и для резорбтивного воздействия на организм (препараты наперстянки, новокаин, натрия оксидутират и др.).

Клизмы местного действия применяют с расчетом на местный эффект вводимого лекарственного вещества.

Клизмы общего действия применяют при невозможности или нежелательности перорального или парентерального введения лекарственных веществ. В этом случае, лекарственные средства резорбтивного действия всасываются в кровь, не попадая в печень и, следовательно, не разрушаясь в ней.

Обязательным условием постановки лекарственной клизмы является предварительное очищение кишечника с помощью очистительной.

- Питательные клизмы с 5% раствором глюкозы в настоящее время в связи с широким выбором препаратов для парентерального питания утратили свою актуальность.

Постановка очистительной клизмы

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Процедура выполняется в чистых (нестерильных) перчатках

3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Термометр водяной – 1шт. Кружка Эсмарха – 1 шт. Зажим – 1шт. Стерильный ректальный наконечник – 1шт. Шпатель – 1шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Лекарственные средства	Вазелин – 5 мл
5.3.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Подставка – 1шт. Фартук непромокаемый – 2шт. Пеленка – 1шт. Клеенка – 1шт. Салфетка – 1 шт. Мешок для использованного белья – 1 шт. Емкость для воды. Емкость для дезинфекции инструментария. Емкость для дезинфекции перчаток Емкость для текущей дезинфекции Емкость для медицинских отходов
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p>Алгоритм постановки очистительной клизмы</p> <p><u>1. Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Приготовить все необходимое для выполнения процедуры. 1.3. Надеть перчатки, фартук. 1.4. Налить 1,0 – 1,5 литра воды в емкость для воды (t 20⁰ С). 1.5. Собрать кружку Эсмарха, надеть наконечник. 1.6. Постелить на кушетку клеенку и пеленку. 1.7. Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие.</p> <p><u>2. Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение (уложить пациента на кушетку на левый бок, ноги пациента согнуты в коленях и слегка подведены к животу). 2.2. Налить в кружку Эсмарха воду, заполнить систему водой. 2.3. Шпателем смазать наконечник вазелином. 2.4. Развести 1-ым и 2-ым пальцами левой руки ягодицы пациента, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, продвигая первые 3 – 4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночника, всего 8 – 10 см. 2.5. Отрегулировать поступление воды в кишечник. 2.6. Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом. 2.7. После введения воды закрыть вентиль и осторожно извлечь наконечник. 2.8. Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5 – 10 мин.</p> <p><u>3. Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Проконтролировать пациента в туалетной комнате, при необходимости его подмыть. 3.2. Разобрать систему, наконечник вытереть салфеткой и поместить в емкость для дезинфекции инструментария. 3.3. Салфетку поместить в емкость для отходов, пеленку – в мешок для использованного белья.</p>	

	<p>3.4. Клеенку, кушетку протереть ветошью смоченной дезинфицирующим раствором.</p> <p>3.5. Снять фартук.</p> <p>3.6. Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.7. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.8. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>Процедура проводится в отдельном помещении.</p> <p>При атоническом запоре t воды для проведения очистительной клизмы должна быть равна 12 °С, при спастическом запоре – 42 °С.</p> <p>При жалобе пациента на боль спастического характера, нужно прекратить процедуру, проконсультироваться с врачом</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка/</p> <p>У пациента происходит очищение нижнего отдела толстого кишечника до чистых вод</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи/</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики.</p> <p>Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры.</p> <p>Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры.</p> <p>Наличие записи о проведении процедуры в медицинской документации</p>

Постановка сифонной клизмы

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептиком. Процедура выполняется в чистых (нестерильных) перчатках
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Термометр водяной – 1шт. Зонд – 1 шт. Воронка емк. 1 л – 1 шт. Стерильный ректальный наконечник – 1шт. Шпатель – 1шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара.
5.2.	Лекарственные средства	Вазелин – 5 мл

5.3.	Прочий расходный материал	Дозированное жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Фартук клеенчатый длинный – 1 шт. Пеленка – 1 шт. Клеенка – 1 шт. Салфетка – 1 шт. Мешок для использованного белья – 1 шт. Емкость для чистой воды – 1 шт. Емкость для промывных вод (судно) – 1 шт. Ковш емк. 1-2 л – 1 шт. Емкость для дезинфекции инструментария. Емкость для дезинфекции перчаток Емкость для текущей дезинфекции Емкость для медицинских отходов
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм постановки сифонной клизмы 1. <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Приготовить все необходимое для выполнения процедуры. 1.3. Надеть перчатки, фартук. 1.4. Постелить на кушетку клеенку и пеленку. 1.7. Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие. 2. <u>Выполнение процедуры:</u> 2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение (уложить пациента на кушетку на левый бок, ноги пациента согнуты в коленях и слегка подведены к животу). 2.2. Слепой конец зонда смазать вазелином. 2.3. Развести 1-ым и 2-ым пальцами левой руки ягодицы пациента, а правой рукой осторожно ввести слепой конец зонда в кишечник, продвигая первые 3 – 4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночнику, всего 30 – 40 см. 2.4. Присоединить воронку к зонду. 2.5. Держать воронку слегка наклонно, налить в нее 1 л воды. 2.6. Медленно поднять воронку вверх. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже исходного положения и вылить в емкость для промывных вод (судно). 2.7. Повторить выше описанные действия 10-15 раз. 2.8. Вылив последнюю порцию промывных вод, медленно извлечь зонд. <u>Окончание процедуры:</u> 3.1. Проконтролировать пациента в туалетной комнате, при необходимости его подмыть, проводить в палату. 3.2. Использованный инструментарий поместить в емкость для дезинфекции инструментария. 3.3. Салфетку поместить в емкость для отходов, пеленку – в мешок для использованного белья. 3.4. Клеенку, кушетку протереть ветошью смоченной дезинфицирующим раствором. 3.5. Снять фартук. 3.6. Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции. 3.7. Обработать руки гигиеническим уровнем. 3.8. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.	
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики. Процедура проводится в отдельном помещении. При атоническом запоре t воды для проведения очистительной клизмы должна быть равна 12 °С, при спастическом запоре – 42 °С.	

	При жалобе пациента на боль спастического характера, нужно прекратить процедуру, проконсультироваться с врачом
8.	Достижимые результаты и их оценка. У пациента происходит очищение нижнего отдела толстого кишечника до чистых вод
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Наличие записи о проведении процедуры в медицинской документации

Постановка гипертонической клизмы

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 060501Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептиком. Процедура выполняется в чистых (нестерильных) перчатках
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Термометр водяной – 1шт. Газоотводная трубка – 1 шт. Грушевидный баллон – 1шт. Шпатель – 1шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Лекарственные средства	Вазелин – 5 мл 10% раствор хлорида натрия или 20-30% раствор сульфата магния – 100-150мл.
5.3.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Фартук непромокаемый – 2шт. Пеленка – 1шт. Клеенка – 1шт. Салфетка – 1 шт. Мешок для использованного белья – 1 шт. Емкость для набора лекарственного средства – 1 шт. Емкость для дезинфекции инструментария. Емкость для дезинфекции перчаток Емкость для текущей дезинфекции

		Емкость для медицинских отходов
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p>Алгоритм постановки гипертонической клизмы</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.2. Приготовить все необходимое для выполнения процедуры.</p> <p>1.3. Надеть перчатки, фартук.</p> <p>1.4. Постелить на кушетку клеенку и пеленку.</p> <p>1.5. Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение (уложить пациента на кушетку на левый бок, ноги пациента согнуты в коленях и слегка подведены к животу).</p> <p>2.2. Набрать в грушевидный баллон 100-200 мл гипертонического раствора, подогретого до 37,0-38,0 °С.</p> <p>2.3. Шпателем смазать газоотводную трубку вазелином.</p> <p>2.4. Развести 1-ым и 2-ым пальцами левой руки ягодицы пациента, а правой рукой осторожно ввести газоотводную трубку в анальное отверстие, продвигая первые 3 – 4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночника, всего 15 – 20 см.</p> <p>2.5. Присоединить к трубке грушевидный баллон.</p> <p>2.6. Медленно ввести лекарственное средство.</p> <p>2.7. Не разжимая баллона, отсоединить его от газоотводной трубки.</p> <p>2.8. Осторожно извлечь газоотводную трубку.</p> <p><u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Предложить пациенту задержать раствор в кишечнике на 20-30 минут.</p> <p>3.2. Проводить и проконтролировать пациента в туалетной комнате, при необходимости его подмыть.</p> <p>3.3. использованный инструментарий поместить в емкость для дезинфекции.</p> <p>3.3. Салфетку поместить в емкость для отходов, пеленку – в мешок для использованного белья.</p> <p>3.4. Клеенку, кушетку протереть ветошью смоченной дезинфицирующим раствором.</p> <p>3.5. Снять фартук.</p> <p>3.6. Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.7. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.8. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>	
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>Процедура проводится в отдельном помещении.</p> <p>Гипертоническая клизма усиливает перистальтику кишечника, поэтому пациент испытывает некоторый дискомфорт. При жалобе на боль спастического характера следует сократить время задержки раствора в кишечнике до 10 минут и проконсультироваться с врачом</p>	
8.	<p>Достигаемые результаты и их оценка/</p> <p>У пациента происходит очищение нижнего отдела толстого кишечника до чистых вод</p>	
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи/</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента</p>	

10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Наличие записи о проведении процедуры в медицинской документации
-----	--

Практическая подготовка по теме: «Клизмы. Газоотводная трубка»

Выведение газов из кишечника возможно и при постановке очистительной клизмы. Если постановка очистительной клизмы нежелательна, а метеоризм, несмотря на специальную диету, прием лекарственных средств, уменьшающих метеоризм, причиняет пациенту значительное беспокойство, ему вводят в прямую кишку резиновую газоотводную трубку. Ее длина 40 см, внутренний диаметр 5-10 мм, наружный конец слегка расширен (используют в качестве проводника при микроклизмах), а на закругленной части трубки в центре и на боковой стенке имеются отверстия. Время выведения газов - 30-60 минут, но, с целью предупреждения возникновения пролежней в стенке кишечника, трубку не оставляют более 2 часов.

Постановка масляной клизмы

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептиком. Процедура выполняется в чистых (нестерильных) перчатках
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Термометр водяной – 1шт. Газоотводная трубка – 1 шт. Грушевидный баллон – 1шт. Шпатель – 1шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Лекарственные средства	Вазелин – 5 мл Раствор стерильного масла – 100-150мл.

5.3.	Прочий расходный материал	Дозированное жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Фартук непромокаемый – 2шт. Пеленка – 1шт. Клеенка – 1шт. Салфетка – 1 шт. Мешок для использованного белья – 1 шт. Емкость для набора лекарственного средства – 1 шт. Емкость для дезинфекции инструментария. Емкость для дезинфекции перчаток Емкость для текущей дезинфекции Емкость для медицинских отходов
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм постановки масляной клизмы 1. <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Приготовить все необходимое для выполнения процедуры. 1.3. Надеть перчатки, фартук. 1.4. Постелить на кушетку клеенку и пеленку. 1.5. Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие. 2. <u>Выполнение процедуры:</u> 2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение (уложить пациента на кушетку на левый бок, ноги пациента согнуты в коленях и слегка подведены к животу). 2.2. Набрать в грушевидный баллон 100-200 мл стерильного масла, подогретого до 37,0-38,0 °С. 2.3. Шпателем смазать газоотводную трубку вазелином. 2.4. Развести 1-ым и 2-ым пальцами левой руки ягодицы пациента, а правой рукой осторожно ввести газоотводную трубку в анальное отверстие, продвигая первые 3 – 4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночнику, всего 15 – 20 см. 2.5. Присоединить к трубке грушевидный баллон. 2.6. Медленно ввести лекарственное средство. 2.7. Не разжимая баллона, отсоединить его от газоотводной трубки. 2.8. Осторожно извлечь газоотводную трубку. 3. <u>Окончание процедуры:</u> 3.1. Предложить пациенту находиться в положении лежа не менее 60 минут. 3.2. Напомнить пациенту, что стул после клизмы будет через 10-12 часов. 3.3. Использованный инструментарий поместить в емкость для дезинфекции. 3.4. Салфетку поместить в емкость для отходов, пеленку – в мешок для использованного белья. 3.5. Клеенку, кушетку протереть ветошью смоченной дезинфицирующим раствором. 3.6. Снять фартук. 3.7. Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции. 3.8. Обработать руки гигиеническим уровнем. 3.9. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.	
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики. Процедура проводится в отдельном помещении. Гипертоническая клизма мягко воздействует на слизистую кишечника, обволакивает, размягчает каловые массы. Поскольку время воздействия масла составляет 10-12 часов, клизма обычно выполняется перед ночным сном.	
8.	Достижимые результаты и их оценка/ У пациента происходит очищение нижнего отдела толстого кишечника до чистых вод	

9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи/ Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Наличие записи о проведении процедуры в медицинской документации

Практическая подготовка по теме: «Катетеризация мочевого пузыря»

Катетеризация мочевого пузыря – введение катетера в мочеиспускательный канал и мочевой пузырь с лечебной или диагностической целью.

Цели:

- 1) для отведения мочи при острой (внезапной) и хронической задержке мочеиспускания,
- 2) для введения в мочевые пути лекарств,
- 3) для промывания мочевого пузыря,
- 4) получения мочи для лабораторного исследования.

Процедура противопоказана: при острых воспалительных процессах в мочеиспускательном канале и мочевом пузыре, т.к. способствует распространению инфекции.

Для катетеризации мочевого пузыря используют уретральный катетер - полая трубка.

Катетеры могут быть резиновые (мягкие), эластические (полужесткие) и металлические (жесткие). Все катетеры заканчиваются слепо, отверстие находится на боковой стенке.

Виды резиновых катетеров:

- 1) катетер Нелатона- равномерной толщины, длиной около 25 см, с закругленным концом;
- 2) катетер Тиманна, имеющий суженный, плотный и несколько изогнутый в виде клюва конец. На его наружном конце имеется небольшой гребешок, указывающий направление клюва;
- 3) катетер Фолея, имеющий длину 45 см и баллон, наполняемый через специальное отведение стерильной водой. Баллон позволяет фиксировать катетер в уретре на длительное время.

Эластические катетеры несколько сужены на слепом конце. Все катетеры имеют несколько различных диаметров.

Металлический женский катетер значительно короче мужского и имеет слегка изогнутый клюв.

Запомните! Эластический и металлический катетеры мужчинам вводит только врач.

Катетеризация мочевого пузыря женщин

Перед процедурой проводят гигиену наружных половых органов.

Приготовить: катетер, зажим, пинцет, салфетки и марлевые шарики на стерильном лотке, лубрикант (гель/глицерин), раствор фурацилина, кожный антисептик, судно, непромокаемую пеленку, салфетку, перчатки, емкость с дезинфектантом.

Положение пациентки: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, разведены в тазобедренных суставах.

Последовательность действий:

1. Вымыть и осушить руки.
2. Надеть перчатки.

3. Подставить судно.
4. Обработать перчатки кожным антисептиком.
5. Взять зажимом марлевый шарик, смочить антисептиком (фурацилином) и обработать область уретры.
6. Сбросить использованный шарик.
7. Взять катетер пинцетом, обработать рабочий конец лубрикантом.
8. Развести 1-м и 2-м пальцами одной руки большие и малые половые губы, ввести катетер в мочеиспускательный канал на глубину 3-5 см, постепенно продвигать катетер пинцетом до появления мочи.
9. Опустить наружный конец катетера в судно.
10. Надавить левой рукой в надлобковой области для более полного опорожнения мочевого пузыря.
11. Вывести катетер при ослаблении струи мочи, сбросить катетер в контейнер с дезинфектантом. Последняя порция мочи омывает стенки мочевыводящих путей с целью профилактики восходящей инфекции.
12. Промокнуть салфеткой уретральную область.
13. Снять перчатки, вымыть, осушить руки.
14. Обеспечить комфорт пациентке.
15. Провести обеззараживание перчаток, катетера, инструмента, перевязочного материала после выполнения процедуры.

Катетеризация мочевого пузыря женщины катетером Фолея.

Оснащение: 1. Стерильный катетер Фолея. 2. Перчатки стерильные. 3. Перчатки чистые — 2 пары. 4. Стерильные салфетки средние — 5–6 шт. 5. Стерильные салфетки большие — 2 шт. 6. Кувшин с тёплой водой (30–35°C). 7. Судно. 8. Флакон со стерильным глицерином 5 мл. 9. Стерильный шприц 20 мл — 1–2 шт. 10. 10–30 мл физиологического раствора или стерильной воды в зависимости от размера катетера. 11. Антисептический раствор. 12. Лотки (чистый и стерильный). 13. Мочеприёмник. 14. Впитывающая пелёнка или клеёнка с пелёнкой. 15. Пластырь. 16. Ножницы. 17. Пинцет стерильный. 18. Корнцанг. 19. Ёмкость с дезинфицирующим раствором.

Подготовка к процедуре:

1. Уточнить у пациентки понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить её согласие.
2. Отгородить пациентку ширмой (если процедура выполняется в палате).
3. Постелить под таз пациентки впитывающую пелёнку (или клеёнку и пелёнку).
4. Помочь пациентке занять необходимое для процедуры положение: лёжа на спине с разведёнными ногами, согнутыми в коленных суставах.
5. Вымыть и осушить руки. Надеть чистые перчатки.
6. Провести гигиеническую обработку наружных половых органов, уретры, промежности. Снять перчатки и поместить их в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
7. Вымыть и осушить руки.
8. В лоток положить стерильные салфетки большие и средние с помощью пинцета. Смочить средние салфетки антисептическим раствором.
9. Надеть перчатки.
10. Лоток оставить между ног. Развести в стороны левой рукой (если вы правша) малые половые губы.
11. Обработать вход в уретру салфеткой, смоченной в антисептическом растворе (держат её правой рукой).
12. Обложить стерильной салфеткой вход во влагалище и анус.
13. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для использованного материала.
14. Обработать руки антисептиком.
15. Открыть шприц и наполнить его стерильным физиологическим раствором или водой 10 — 30 мл.
16. Открыть флакон с глицерином и налить в мензурку.
17. Открыть упаковку с катетером, выложить стерильный катетер в лоток.

18. Надеть стерильные перчатки.

Выполнение процедуры

1. Взять катетер на расстоянии 5–6 см, от бокового отверстия и удерживать его у начала 1 и 2 пальцами, наружный конец 4 и 5 пальцами.
2. Смазать катетер глицерином.
3. Ввести катетер в отверстие уретры на 10 см или до появления мочи (мочу направить в чистый лоток).
4. Спустить мочу в лоток.
5. Наполнить баллон катетера Фолея 10 — 30 мл стерильным физиологическим раствором или стерильной водой.

Завершение процедуры

1. Соединить катетер с ёмкостью для сбора мочи (мочеприёмником).
2. Прикрепить мочеприёмник пластырем к бедру или к краю кровати.
3. Убедиться, что трубки соединяющие катетер и ёмкость не имеют перегибов.
4. Убрать непромокаемую пелёнку (клеёнку и пелёнку).
5. Помочь пациентке удобно лечь и убрать ширму.
6. Использованный материал поместить в контейнер с дезраствором.
7. Снять перчатки и поместить их в дезинфицирующий раствор.
8. Вымыть и осушить руки.
9. Сделать запись о проделанной процедуре.

Катетеризация мочевого пузыря мужчин

Уретральный катетер вводят медленно и равномерно.

В случае препятствий исключают усилие, информируют врача.

Введение катетера мужчинам аналогично катетеризации женщин, но имеет особенности по приданию позы, выполнению процедуры личной гигиены (обмывания), методике введения.

Положение пациента:

лежа на спине, колени слегка разведены в стороны.

Туалет наружных половых органов:

1. Приподнять половой член левой рукой на 60—90°;
2. Отодвинуть крайнюю плоть;
3. Обмыть половой член;
4. Протереть шариками вход в мочеиспускательный канал.

Методика катетеризации:

ввести катетер через уретру в мочеиспускательный канал до появления мочи, учитывая анатомио-физиологические особенности мочевого выделительной системы мужского организма (изгибы мочеиспускательного канала).

Держать penis левой рукой в вертикальном и слегка натянутом положении в течение всей процедуры — это позволяет распрямить первый изгиб уретры.

Вводить катетер в уретру осторожно, медленно и равномерно, без усилий. При пользовании одноразовым катетером манипуляцию можно провести без пинцета, только в стерильных перчатках!

Катетеризация мочевого пузыря мужчины катетером Фолея

Оснащение

1. Стерильный катетер Фолея.
2. Перчатки стерильные.
3. Перчатки чистые 2 пары.
4. Стерильные салфетки средние — 5–6 шт.
5. Стерильные салфетки большие — 2 шт.
6. Кувшин с тёплой водой (30 — 35°C).
7. Судно.
8. Флакон со стерильным глицерином 5 мл.
9. Стерильный шприц 20 мл — 1–2 шт. 10.
- 10 — 30 мл физиологического раствора или стерильной воды в зависимости от размера

катетера.

11. Антисептический раствор.

12. Лотки (чистый и стерильный).

13. Мочеприёмник.

14. Впитывающая пелёнка или клеёнка с пелёнкой.

15. Пластырь.

16. Ножницы.

17. Пинцет стерильный.

18. Ёмкость с дезинфицирующим раствором.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.

2. Оградить пациента ширмой.

3. Постелить под таз пациента впитывающую пелёнку (или клеёнку и пелёнку).

4. Помочь пациенту занять необходимое положение: лёжа на спине с разведёнными ногами, согнутыми в коленных суставах.

5. Вымыть и осушить руки. Надеть чистые перчатки.

6. Провести гигиеническую обработку наружных половых органов. Снять перчатки.

7. Обработать руки антисептиком.

8. В лоток положить стерильные салфетки большие и средние с помощью пинцета).

Смочить средние салфетки антисептическим раствором.

9. Надеть перчатки.

10. Обработать головку полового члена салфеткой, смоченной в антисептическом растворе (держат её правой рукой).

11. Обернуть половой член стерильными салфетками (большими)

12. Снять перчатки и поместить их в ёмкость с дез. раствором.

14. Обработать руки антисептиком.

15. Поставить чистый лоток между ногами.

16. Открыть шприц и наполнить его стерильным физиологическим раствором или водой 10 — 30 мл.

17. Открыть флакон с глицерином.

18. Открыть упаковку катетера, выложить стерильный катетер в лоток.

19. Надеть стерильные перчатки. Выполнение процедуры

20. Взять катетер на расстоянии 5–6 см, от бокового отверстия и удерживать его у начала 1 и 2 пальцами, наружный конец 4 и 5 пальцами.

21. Смазать катетер глицерином.

22. Ввести катетер в уретру и постепенно, перехватывая катетер, продвигать его глубже в уретру, а половой член «подтянуть» кверху, как бы натягивая его на катетер, прилагая небольшое равномерное усилие, пока не появится моча (мочу направить в лоток).

23. Спустить мочу в лоток.

24. Наполнить баллон катетера Фолея 10 — 30 мл стерильным физиологическим раствором или стерильной водой.

Завершение процедуры

1. Соединить катетер с ёмкостью для сбора мочи (мочеприёмником).

2. Прикрепить мочеприёмник к бедру или к краю кровати.

3. Убедиться, что трубки соединяющие катетер и ёмкость не имеют перегибов.

4. Убрать непромокаемую пелёнку (клеёнку и пелёнку).

5. Помочь пациенту удобно лечь и убрать ширму.

6. Использованный материал поместить в контейнер с дез. Раствором.

7. Снять перчатки и поместить их в дезинфицирующий раствор.

9. Вымыть и осушить руки.

10. Сделать запись о проделанной процедуре.

Уход за постоянным катетером

Приготовить:

антисептик, мыльный раствор, судно, салфетки в упаковке, контейнер с дезинфектантом.

Последовательность действий:

1. Вымыть и осушить руки.
2. Надеть перчатки.
3. Провести гигиену наружных половых органов.
4. Обработать перчатки кожным антисептиком.
5. Смочить салфетки мыльным раствором.
6. Обработать наружную часть катетера.
7. Смыть водой, высушить.
8. Обработать наружную часть катетера антисептиком.
9. Оценить состояние кожи на возможное инфицирование: гиперемия; отечность; отделяемое.
10. Осмотреть уретральную область на состояние дренажной системы (катетер+мочеприемник): наличие оттока мочи, проходимость дренажных трубок.
11. Снять перчатки, вымыть, осушить руки.

Провести обеззараживание перчаток, перевязочного материала после выполнения процедуры. Рекомендации для медсестры:

1. Проводить обработку наружной части катетера мыльным раствором не менее 2 раз в день, антисептиком — ежедневно.
2. Фиксировать мочеприемник лейкопластырем на бедре пациента или к кровати.
3. Контролировать ежедневно отток мочи по дренажной системе. Воспалительные процессы мочевыделительной системы и трансуретральные вмешательства требуют динамического наблюдения за пациентами урологического профиля и процедуры промывания мочевого пузыря. Ирригация мочевого пузыря - зависимое сестринское вмешательство. Методика промывания включает мероприятия личной гигиены промежности, катетеризацию с полным опорожнением мочевого пузыря и дробным струйным введением антисептика шприцем Жане. В качестве ирригационных растворов используют фурацилин, водный хлоргексидин биглюконат. Обратный ток промывной жидкости происходит самостоятельно в момент разъединения шприца и катетера. Кратность промываний определяет прозрачность ирригационного раствора. Процедуру проводят в условиях строгой асептики. Исключают контакт дистального конца уретрального катетера и судна.

Катетеризация мочевого пузыря — процедура введения катетера через уретру в мочевой пузырь с целью удаления мочи при обструкции мочевыводящих путей, задержке мочи в мочевом пузыре, лабораторной диагностики мочи на микрофлору, введении рентген контрастных препаратов при инструментальном исследовании пациента, ирригации мочевого пузыря, медикаментозного лечения. Все процедуры на мочевом пузыре требуют хирургической асептики, поскольку моча в нем стерильна. Процедуры, связанные с манипуляциями у входа в мочеиспускательный канал, не требуют медицинской асептики. Эта область должна быть чистой, а не стерильной. Катетер увеличивает риск инфицирования мочевыводящих путей, поскольку бактерии беспрепятственно проникают извне в мочевой пузырь при введении. Катетеризация — наиболее частая причина внутрибольничной инфекции, поэтому по возможности ее необходимо избегать.

Практическая подготовка по теме: «Промывание желудка».

При острых отравлениях большими дозами лекарственных препаратов, принятых внутрь, недоброкачественной пищей, алкоголем, грибами и т. д. осуществляют промывание желудка через толстый или тонкий желудочный зонд. (В то же время специалисты в области токсикологии считают промывание желудка толстым зондом небезопасной процедурой).

Промывание желудка проводят и при сужении (стенозе) выходного отдела желудка, при выделении через слизистую оболочку желудка некоторых токсических веществ, например, мочевины при хронической почечной недостаточности.

Противопоказаниями для промывания желудка являются органические сужения пищевода, острые пищеводные и желудочные кровотечения, тяжелые химические ожоги слизистой оболочки гортани, пищевода и желудка крепкими кислотами и щелочами (спустя несколько часов после отравления), инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения.

Промывание желудка пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии, при отсутствии кашлевого и ларингеального рефлексов для предотвращения аспирации жидкости проводят только после предварительной интубации трахеи, которую осуществляет врач или фельдшер.

Промывание желудка

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Процедура выполняется в чистых (нестерильных) перчатках
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Термометр водяной – 1шт. Толстый стерильный желудочный зонд диаметром 10 – 15 мм, длиной 100 – 120 см с метками на расстоянии 45, 55, 65 см от слепого конца – 1шт. Шприц Жанэ – 1шт. Роторасширитель – 1шт. Зажим – 1шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Прочий расходуемый материал	Дозированное жидкое мыло – 2 разовые дозы.. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Воронка емкостью 1 л – 1шт. Ковш (1литр) – 1 шт. Фартук непромокаемый – 2 шт. Полотенце – 1шт. Салфетка – 1шт. Емкость для сбора промывных вод. Емкость для воды (10 литров). Емкость для дезинфекции инструментария. Емкость для дезинфекции перчаток. Емкость для текущей дезинфекции. Емкость для медицинских отходов
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм промывания желудка 1. <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Приготовить все необходимое для выполнения процедуры. 1.3. Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие.	

	<p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение (усадить пациента на стул со спинкой или уложить на кушетку в положение «на спине»).</p> <p>2.2. Измерить артериальное давление, подсчитать частоту пульса.</p> <p>2.3. Надеть перчатки, фартук (на себя и на пациента). Дать пациенту в руки полотенце.</p> <p>2.4. Снять пациенту зубные протезы (если они есть).</p> <p>2.5. Поставить к ногам пациента или к головному концу кушетки емкость для сбора промывных вод.</p> <p>2.6. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд (от резцов до пупка или от мочки уха до кончика носа и до мечевидного отростка).</p> <p>2.7. Встать сбоку от пациента, взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от закругленного конца.</p> <p>2.8. Смочить слепой конец зонда водой, предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад.</p> <p>2.9. Положить зонд на корень языка, попросить пациента делать глотательные движения одновременно с продвижением зонда.</p> <p>2.10. Наклонить голову пациента вперед, вниз.</p> <p>2.11. Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями до метки, при этом попросить пациента глубоко дышать через нос.</p> <p>2.12. Убедиться, что зонд в желудке «воздушной пробой».</p> <p>2.13. Присоединить воронку к зонду.</p> <p>2.14. Опустить воронку ниже положения желудка пациента.</p> <p>2.15. Заполнить воронку водой, держа ее наклонно.</p> <p>2.16. Медленно поднять воронку выше уровня желудка, так чтобы вода поступала из воронки в желудок.</p> <p>2.17. Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью.</p> <p>2.18. Осторожно вылить содержимое желудка в емкость для промывных вод.</p> <p>2.19. Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Уложить пациента на бок, снять воронку, конец зонда опустить на 15 – 20 минут в емкость для сбора промывных вод.</p> <p>3.2. Пережать зонд у рта пациента зажимом, извлечь зонд при помощи салфетки, смоченной дезинфицирующим средством, снять фартук.</p> <p>3.3. Поместить зонд, воронку в емкость для дезинфекции инструментария, салфетку – в емкость для отходов класса Б.</p> <p>3.4. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта.</p> <p>3.5. Придать пациенту удобное положение в постели, тепло укрыть, следить за состоянием.</p> <p>3.6. Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.7. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.8. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание проводится при помощи шприца Жанэ.</p> <p>При отсутствии зонда, промывание проводится «стаканным методом»: предлагается выпить 6 – 8 стаканов воды и вызвать рвоту раздражением корня языка.</p> <p>Возможно промывание желудка тонким зондом (0,3 – 0,5 см) введенным интраназально, при этом в шприц Жанэ набирается вода в объеме 0,5 л, вводится в желудок и аспирируется этим же шприцем.</p> <p>При уремии промывание проводится 2 – 4% раствором натрия гидрокарбоната.</p> <p>При подозрении на отравление брать первую порцию промывных вод на исследование в стерильную емкость.</p>

	При наличии в промывных водах крови проведение процедуры остановить для коррекции последующих действий
8.	Достижимые результаты и их оценка. Наличие чистых промывных вод свидетельствует о полном промывании желудка
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на промывание желудка не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Наличие записи о проведении процедуры в медицинской документации

Практическая подготовка по теме: «Дуоденальное и фракционное зондирование»

Зондирование двенадцатиперстной кишки проводят для исследования состава желчи, что помогает в диагностике заболеваний желчевыводящих путей, желчного пузыря, поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки.

Дуоденальное зондирование применяют и с лечебной целью (например, для откачивания желчи при сниженной моторной функции желчного пузыря).

Исследование проводят с помощью специального дуоденального зонда диаметром 4-5 мм и длиной до 1,5 м, имеющего на конце металлическую оливу с отверстиями.

Полученные порции дуоденального содержимого подвергаются микроскопическому исследованию, которое позволяет выявить воспаление в желчном пузыре и желчевыводящих путях (лейкоциты, клетки эпителия), обнаружить различных бактерий и простейших (например, лямблий), определить нарушения коллоидного состояния желчи (большое количество кристаллов холестерина) и т. д.

Как правило, при проведении дуоденального зондирования получают три порции:

- порция А - сок двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, желчь;
- порция В - пузырная желчь;
- порция С - желчь из печеночных протоков.

В некоторых случаях появляется четвертая порция - ВС, так называемый пузырный рефлекс, как правило, имеющий место у детей при гипокинезии желчного пузыря, а у взрослых пациентов при желчно-каменной болезни.

Дуоденальное зондирование

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Процедура выполняется в чистых (нестерильных) перчатках
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные, амбулаторные	

4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, изделия назначения инструменты, медицинского назначения	Стерильный дуоденальный зонд диаметром 3 – 5 мм, длиной 100 – 150 см. На конце зонда имеется металлическая олива. На зонде имеются метки через каждые 5см. – 1шт. Зажим – 1шт. Шприц 20мл – 1шт. Грелка – 1шт. Термометр водяной – 1шт. Штатив с пробирками Лоток – 1шт. Кушетка – 1шт. Скамеечка – 1шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Лекарственные средства	33% раствор сульфата магния – 20-40мл 2% раствор гидрокарбоната натрия – 200мл Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук.
5.2.	Прочий материал расходуемый	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Фартук непромокаемый – 1 шт. Пеленка – 1шт. Полотенце – 1шт. Салфетка – 1шт. Валик из одеяла или подушки – 1шт. Банка 250мл Емкость для дезинфекции инструментария. Емкость для дезинфекции перчаток. Емкость для текущей дезинфекции. Емкость для медицинских отходов
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм дуоденального зондирования 1. <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Приготовить все необходимое для выполнения процедуры. 1.3. Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие. Выяснить у пациента: готов ли он к процедуре, зондировался ли раньше. 2. <u>Выполнение процедуры:</u> 2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение (усадить на кушетку). 2.2. Надеть перчатки, фартук. Дать пациенту в руки полотенце. 2.3. Осмотреть полость рта пациента, предложить снять пациенту зубные протезы (если они есть). 2.4. Определить ориентировочные метки на зонде: метка №1: от резцов до пупка + ширина ладони пациента (олива зонда в желудке) метка №2: + длина ладони пациента 2.5. Встать сбоку от пациента, взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от закругленного конца. 2.6. Смочить слепой конец зонда водой, предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад. 2.7. Положить зонд на корень языка, попросить пациента делать глотательные движения одновременно с продвижением зонда. 2.8. Наклонить голову пациента вперед, вниз.	

	<p>2.9. Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями, при этом попросить пациента дышать через нос. После того, как пациент проглотит зонд наполовину расстояния до первой метки и при прекращении позывов на рвоту, наложить на зонд зажим. Попросить пациента походить по кабинету, продолжая глотать зонд до первой метки.</p> <p>2.10. Когда 1я метка окажется у зубов пациента, присоединить к зонду шприц, потянуть поршень – если в шприц поступит мутноватая жидкость, значит, олива находится в желудке. Если жидкость не поступает в шприц, следует слегка потянуть зонд и предложить пациенту снова его глотать.</p> <p>2.11. Предложить пациенту лечь на правый бок, подложить под таз валик, под правое подреберье – горячую грелку, обернутую пеленкой (в таком положении облегчается прохождение оливы к привратнику). У изголовья кушетки поместить низкую скамеечку, а на нее поставить штатив с пробирками и банку.</p> <p>2.13. Предложить пациенту продолжить заглатывание зонда до 2-ой отметки. Наружный конец зонда поместить в банку.</p> <p>2.14. Продолжать периодически отсасывать шприцем содержимое желудка.</p> <p>2.15. При переходе оливы из желудка в 12-перстную кишку в банку начнет поступать прозрачная жидкость светло-желтого цвета. Сразу, пережав пальцами конец зонда, перенести его в одну из пробирок и в течение 20-30 минут собирать порцию А – 15-40мл, состоящую из кишечного, панкреатического сока и желчи.</p> <p>2.16. Пока собирается порция А, подогреть на водяной бане до 40⁰С 20-40мл 33% раствора сульфата магния.</p> <p>2.17. После окончания поступления порции А перевернуть пациента на спину и, используя цилиндр шприца как воронку, ввести через зонд в 12-перстную кишку сульфат магния. Затем наложить на зонд зажим и попросить пациента лежать на спине 5-7 минут. За это время сменить остывшую воду в грелке.</p> <p>2.18. Через 5-7 минут придать пациенту положение на правом боку, подложив валик и грелку. Убрать зажим и свободный конец зонда поместить в свободную пробирку.</p> <p>2.19. Переносить зонд из пробирки в пробирку, собирать порцию В – густую темно-оливкового цвета жидкость из желчного пузыря. В норме ее выделяется 50-60мл.</p> <p>2.20. Как только закончится выделение порции В, появится прозрачная золотисто-желтая порция С – желчь из печеночных протоков. Зонд следует перенести в свободную пробирку. За 20—30 минут выделится 15-20мл.</p> <p>3. Окончание процедуры:</p> <p>3.1. Усадить пациента.</p> <p>3.2. Вывести через салфетку зонд.</p> <p>3.3. Поместить зонд, воронку в емкость для дезинфекции, салфетку – в емкость для отходов класса Б.</p> <p>3.4. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта, спросить о самочувствии.</p> <p>3.5. Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.6. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.7. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>Предварительная подготовка пациента должна быть направлена на снятие спазма привратника и опорожнение желчного пузыря:</p> <ul style="list-style-type: none"> – накануне вечером пациенту дают 8 капель атропина; – пациент принимает несколько кусочков сорбита или 30г ксилита, растворенного в теплой воде; – ужин должен быть легким, исключаются газообразующие продукты; – на ночь под правое подреберье кладется грелка; – на зондирование следует явиться натощак. <p>Если через 2 часа содержимое 12-перстной кишки не поступает, при наличии</p>

	выраженного ацидоза у пациента, следует ввести через зонд 100-200мл теплого раствора гидрокарбоната натрия для снятия спазма привратника. Если более 2 часов зондирование не удастся, его прекращают. При появлении крови зондирование следует прекратить.
8.	Достижимые результаты и их оценка. Получение 3-х порций желчи
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на промывание желудка не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Наличие записи о проведении процедуры в медицинской документации

Практическая подготовка по теме: «Выписка, учёт и хранение лекарственных средств»

Применение лекарственных средств занимает одно из важнейших мест среди методов лечения. Выписывание, получение лекарственных средств из аптеки производит старшая медицинская сестра отделения в соответствии с потребностью отделения по заявкам палатных медицинских сестер. Требования на получение лекарственных средств из аптеки выписываются в трех экземплярах. На ядовитые, наркотические, сильнодействующие, спирт этиловый выписываются на один экземпляр больше. Требования подписываются главным врачом и заверяются печатью лечебного учреждения. В требованиях на получение из аптеки ядовитых, наркотических, остродефицитных лекарственных средств указывают номера историй болезни, фамилии, имена, отчества пациентов. При получении лекарственных средств из аптеки старшая медицинская сестра проверяет их соответствие прописи в требованиях (название препарата, дозировку), а также срок годности, дату изготовления, серию препарата, соответствие оригинальной заводской или аптечной упаковке.

При хранении лекарственных средств соблюдаются правила размещения их по группам: список А (ядовитые и наркотические), список Б (сильнодействующие) — находятся в сейфе, под замком.

Ключи от сейфа хранятся только у лиц, назначенных приказом по ЛПУ, ответственных за хранение и выдачу лекарственных средств группы «А». Другие лекарственные средства хранятся в отделении в запирающихся шкафах с обозначениями «Наружные», «Внутренние», «Парентеральные». При сдаче дежурств медицинская сестра делает запись в соответствующих журналах по форме.

Запасы наркотических лекарственных средств не должны превышать трехдневной потребности отделения, ядовитых — пятидневной, сильнодействующих — десятидневной. В местах хранения соблюдается температурный режим. Светочувствительные средства хранятся в темных, закрытых шкафах. Пахучие хранятся отдельно, в плотно закрывающихся ящиках. Отвары, настои, эмульсии, антибиотики, свечи, сыворотки хранятся только в холодильнике при температуре от +2 °С до +10 °С, предназначенном для хранения лекарственных средств.

Лекарственные средства нужно использовать в пределах установленных сроков годности. Наркотические, ядовитые, этиловый спирт, остродефицитные препараты подлежат предметно-количественному учету, контролю, который ведется в специальной книге, пронумерованной, прошнурованной и скрепленной печатью и подписью главного врача лечебного учреждения.

Прежде всего следует разделить лекарственные средства в зависимости от способа введения. Все стерильные растворы в ампулах и флаконах (на флаконах с препаратами, изготовленными в аптеке, должна быть голубая этикетка) хранят в процедурном кабинете в стеклянном шкафу. На одной из полок располагают антибиотики и их растворители, на другой (нижней) — флаконы для капельного вливания жидкостей вместительностью 200 и 500 мл, на остальных полках — коробки с ампулами, не входящими в список А (ядовитые) или Б (сильнодействующие), т. е. растворы витаминов, дибазола, папаверина, магния сульфата и др. В холодильнике при определенной температуре (от +2 до +10 °С) хранятся вакцины, сыворотки, инсулин, белковые препараты

Лекарственные средства, входящие в список А и Б, хранят отдельно в специальных шкафах (в сейфе). Допускается хранить лекарственные средства списка А (наркотические анальгетики, атропин и др.) и списка Б (амиазин и др.) в одном сейфе, но в разных, отдельно запирающихся отделениях. В сейфе хранят также остродефицитные и дорогостоящие средства.

На отделении сейфа, где хранятся ядовитые лекарственные средства, с наружной стороны должна быть надпись «Venena» (А), а на внутренней стороне дверцы сейфа этого отделения — перечень лекарственных средств с указанием максимальных разовых и суточных доз. Отделение сейфа с сильнодействующими лекарственными средствами помечается надписью «Heroica» (Б)

Внутри отделения лекарственные средства распределяются по группам: «наружные», «внутренние», «глазные капли», «инъекционные».

Срок хранения стерильных растворов, изготовленных в аптеке, — 3 дня. Если за это время они не реализованы, их следует вернуть старшей медсестре. Лекарственные средства для наружного и внутреннего применения должны храниться на посту медицинской сестры в запирающемся шкафу на различных полках, соответственно промаркированных: «наружные», «внутренние», «глазные капли». На полке следует отдельно размещать твердые, жидкие и мягкие лекарственные формы. Лекарственные формы, изготовленные в аптеке для наружного употребления, имеют желтую этикетку, а для внутреннего — белую.

Сестринский персонал не имеет права:

- менять форму лекарственных средств и их упаковку;
- одинаковые лекарственные средства из разных упаковок объединять в одну;
- заменять и исправлять надписи на этикетке с лекарственным средством;
- хранить лекарственные средства без этикеток.

Лекарственные средства должны быть размещены таким образом, чтобы можно было быстро найти нужный препарат. Для этого их систематизируют по назначению и помещают в отдельные емкости. Например, все упаковки с антибиотиками (ампициллин, оксациллин и др.) складывают в одну емкость и подписывают «Антибиотики»; средства, снижающие артериальное давление (клофелин, папазол и др.), помещают в другую емкость с надписью «Гипотензивные средства» и т. д.

Лекарственные средства, разлагающиеся на свету, выпускают в темных флаконах и хранят в защищенном от света месте.

Сильнопахнущие лекарственные средства хранят отдельно.

Скорпортящиеся лекарственные средства (настои, отвары, микстуры), а также мази размещают в холодильнике, предназначенном для хранения лекарственных препаратов. На разных полках холодильника температура колеблется от +2 (на верхней) до +10 °С (на нижней). Препарат может стать непригодным, если его поместить не на ту полку холодильника. Температура, при которой должен храниться лекарственный препарат, указана на упаковке. Срок хранения настоев и микстур в холодильнике — не более 3 дней. Признаками непригодности таких лекарственных средств являются помутнение, изменение цвета, появление неприятного запаха.

Настойки, растворы, экстракты, приготовленные на спирту, со временем становятся более концентрированными вследствие испарения спирта, поэтому эти лекарственные формы следует хранить во флаконах с плотно притертыми пробками или хорошо

завинчивающимися крышками. Непригодны к употреблению также порошки и таблетки, изменившие свой цвет.

Холодильник и шкаф с лекарственными средствами должны запираются на ключ. Ключи от сейфа с наркотическими препаратами находятся у ответственного лица, определенного приказом главного врача МО.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. ВЫБОР НАЗНАЧЕНИЙ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Цель: Выбрать назначения из истории болезни и записать в соответствующую документацию.

Показания: Назначения врача.

Противопоказания: Нет.

Оснащение:

1. История болезни.
2. Листы назначений.
3. Листы раздачи лекарственных препаратов.
4. Журнал для инъекция, в/в вливаний.
5. Журнал консультаций.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Выбирайте назначения из истории болезни ежедневно в удобное для медицинской сестры время, свободное от ухода за пациентом, после завершения обхода всех больных врачами и записей назначений в историю болезни.
2. Выбирайте назначения для процедурной медицинской сестры и записывайте их в журнал для инъекций.
3. Выбирайте отдельно назначение на консультации, исследование и заносите их в соответствующие журналы.
4. Убедитесь в правильности понимания ваших записей при передаче дежурства.

РАСКЛАДКА И РАЗДАЧА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ.

Цель: Подготовить лекарственные средства к раздаче и приему пациентами.

Показания: Назначение врача.

Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента медицинской сестрой.

Оснащение: 1. Листы назначений.

2. Лекарственные средства для внутреннего употребления.
3. Передвижной столик для раскладки лекарственных средств.
4. Мензурки, пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями).
5. Емкость с кипяченой водой.
6. Ножницы.
7. Дезинфицирующие растворы.
8. Емкость для дезинфекции.
9. Полотенце.

Возможные проблемы пациента:

1. Необоснованный отказ.
2. Рвота.
3. Аллергия.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

При введении лекарственных средств через рот:

1. Вымойте руки и вытрите их насухо.
2. Ознакомьтесь внимательно с листами назначений.
3. Прочтите внимательно название лекарственного средства и дозировку на упаковке, сверьте его с листом назначения.
4. Обратите на срок действия лекарственного средства.
5. Разложите назначенные лекарственные средства по ячейкам на каждого пациента на один прием.
6. Не оставляйте лекарственные средства на тумбочках у постели пациента (за исключением нитроглицерина или валидола).

7. Информировать пациента о назначенных ему лекарственных средствах, о правилах его приема и о возможных побочных действиях.
8. Проследите, чтобы пациент принял назначенные лекарственные средства в вашем присутствии.
9. Обработайте использованные мензурки и пипетки в соответствии с требованиями СЭР.

Запомнить

1. Внимательно прочитать название препарата, процентное содержание, дозу, срок годности, посмотреть герметичность и запись в листе назначений.
2. Раздавать лекарство только у постели пациента.
3. Пациент должен принять препарат в вашем присутствии.
4. Средства назначенные «до еды», принимают за 15 минут до приема пищи, «после еды» через 15 минут после приема пищи, «натощак» должны, приняты за 20 – 60 минут, снотворные – за 30 минут до сна.
5. Нитроглицерин или валидол должны находиться у пациента постоянно.

М/с не имеет права сама назначать, отменять или заменять одни средства другими. Исключение: оказание экстренной помощи, непереносимость препарата или если препарат дан пациенту ошибочно, то в любом случае м/с докладывает врачу.

Практическая подготовка по теме: «Пути и способы введения лекарственных средств в организм»

Пути введения лекарственных веществ в организм

Энтеральный

1. Через рот (per os).
2. Под язык (сублингвально)
3. Через прямую кишку(ректально)

Наружный

1. На кожу
2. На слизистые: в глаза, ухо, нос, во влагалище.

Ингаляционный

Через дыхательные пути.

Парентеральный

Введение лекарственных средств инъекционным путем.

При любом способе введения лекарственных средств м/с должна информировать пациента:

- о точном названии препарата;
- о цели приема лекарственного вещества;
- о времени проявления эффекта;
- как, когда и как долго принимать лекарственное вещество;
- имеет ли значение пропуск приема препарата, как поступить в этом случае;
- как распознать побочные эффекты, в т.ч. влияющие на профессиональную и бытовую деятельность;
- о любом взаимодействии препарата с пищей, алкоголем, другими лекарственными средствами.

Правила раздачи лекарственных средств.

Раздача лекарств производится м/с в строгом соответствии с врачебными назначениями. М/с не имеет права сама назначать, отменять лекарственные средства или заменять их другими.

Алгоритм действий:

1. Поставьте на передвижной столик емкости с лекарственными препаратами, пипетки, мензурки, ножницы, листки назначений.
2. Переходя от пациента к пациенту, раздайте лекарственные средства на тумбочке посредственно у постели пациента согласно назначениям врача.
3. Давая лекарственное средство пациенту, предоставьте ему необходимую информацию.

4. Научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально.
5. Пациент должен принять лекарственное вещество в вашем присутствии.

Пероральный путь введения (per os).

Введение лекарственных веществ через рот является наиболее распространенным. При приеме внутрь лекарственные вещества всасываются в основном в тонком кишечнике.

Преимущества перорального пути введения:

1. Этим путем можно вводить различные лекарственные формы (порошки, таблетки, пилюли, драже, отвары, микстуры, настои, экстракты, настойки).
2. Простота и доступность.
3. Не требует соблюдения стерильности.
4. Не требует специально подготовленного персонала.

Недостатки перорального введения:

1. Частичная инактивация лекарственных средств в печени.
2. Зависимость действия от возраста, состояния организма, индивидуальной чувствительности организма.
3. Медленное и неполное всасывание в пищеварительном тракте.
4. Введение лекарственных веществ через рот невозможно при рвоте и бессознательном состоянии пациента.
5. Данный метод непригоден в экстренных ситуациях, когда необходимо немедленное действие лекарственных средств.
6. Возможность неблагоприятного действия на слизистую оболочку желудка и кишечника.

Сублингвальный путь введения.

Сублингвальный путь введения – применение лекарственных веществ под язык.

При данном пути введения лекарственные вещества хорошо всасываются через слизистую оболочку в подъязычной области и довольно быстро попадают в кровь, минуя печень и не разрушаясь в пищеварительными ферментами.

Ректальный путь введения

Ректальный путь введения - путь введения лекарственных веществ через прямую кишку.

Перед введением лекарственных веществ в прямую кишку следует сделать очистительную клизму.

Алгоритм действий:

1. Достаньте упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитайте название.
2. Сообщите пациенту информацию о лекарственном средстве.
3. Объясните пациенту технику введения.
4. Отгородите пациента ширмой, по его просьбе.
5. Уложите пациента на левый бок, с согнутыми в коленях и прижатых к животу ногами.
6. Надень перчатки.
7. Вскройте оболочку, не извлекая свечу.
8. Попросите пациента расслабиться.
- 9.левой рукой раздвиньте ягодицы.
10. Правой рукой введите узким концом всю свечу в анус (оболочка остается в руке).
11. Предложите пациенту удобно лечь.
12. Снимите перчатки, вымойте руки.

Ингаляционный путь введения.

Ингаляционный путь введения – введение лекарственных веществ через дыхательные пути.

Введение лекарственных препаратов через рот ингаляционным способом:

1. Прочитайте название лекарственного препарата.
2. Сообщите пациенту необходимую информацию о препарате.

3. Объясните пациенту ход процедуры.
4. Вымойте руки.
5. Усадите пациента.
6. Снимите с ингалятора защитный колпачок.
7. Переверните баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхните его.
8. Попросите пациента сделать глубокий вдох, затем выдох через нос.
9. Пациент обхватывает мундштук губами, голова пациента при этом запрокинута назад.
10. Попросите пациента сделать глубокий вдох через рот, одновременно нажать на дно баллончика.
11. Извлеките мундштук ингалятора изо рта пациента, порекомендуйте ему задержать дыхание на 5-10 сек.
12. Попросите пациента сделать спокойный выдох.
13. Закройте защитный колпачок, уберите ингалятор.
14. Вымойте руки.

Лекарственное вещество можно вводить и через нос. Существуют специальные насадки для ингаляции через нос.

Введение лекарственных препаратов через нос ингаляционным способом:

1. Прочитайте название лекарственного препарата.
2. Сообщите пациенту необходимую информацию о препарате.
3. Объясните пациенту ход процедуры.
4. Вымойте руки.
5. Усадите пациента.
6. Снимите с ингалятора защитный колпачок.
7. Переверните баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхните его.
8. Попросите пациента слегка запрокинуть голову и склонить ее к правому плечу.
9. Попросите пациента прижать пальцем правое крыло носа к перегородке.
10. Пациент делает глубокий вдох через рот.
11. Введите наконечник мундштука в левую половинку носа пациента.
12. Попросите пациента сделать глубокий вдох через нос и одновременно нажать на дно баллончика.
13. Извлеките наконечник мундштука из носа пациента, порекомендуйте задержать дыхание на 5-10 сек.
14. Попросите пациента сделать спокойный выдох.
15. Закройте защитный колпачок.
16. Вымойте руки.

Наружный путь введения лекарственных средств

Наружный путь введения – это применение лекарственных веществ на кожу и слизистые (в глаза, нос, уши). Этот путь введения рассчитан преимущественно на местное действие лекарственных средств.

Компрессы, примочки, присыпки, смазывания, втирания, повязки на раневую поверхность, закапывание капель в глаза, уши, нос, закладывание мазей в глаза, нос, уши – все это способы наружного пути введения различных лекарственных форм: мазей, эмульсий, растворов, болтушек, порошков, настоек, паст и других.

Втирание – введение через кожу лекарственных веществ в виде жидкостей или мазей. Для втирания используют специальные приспособления прилагаемые к мазям. Противопоказанием к данной процедуре является наличие воспалительных изменений на коже. В некоторых случаях мазь наносят на кожу, не втирая, тонким слоем стеклянной лопаточкой или шпателем и держат участок открытым 10-15 мин. Не рекомендуется делать это руками, т.к. некоторые мази оказывают раздражающее действие. Мази можно применять в виде мазевых повязок. На стерильную мазевую салфетку наносят необходимое количество мази и накладывают на поврежденный участок кожи, затем закрепляют бинтом. Пациента предупреждают, сколько времени он должен носить повязку.

Смазывание – широко применяется, преимущественно при кожных заболеваниях. Ватный или марлевый тампон смачивают в необходимом лекарственном веществе и наносят на кожу пациента легкими продольными движениями (по направлению роста волос).

Запомните!

Перед введением лекарственного вещества необходимо проинформировать пациента о назначенном ему препарате и ходе манипуляции.

Закапывание капель в глаза.

1. Прочитайте название препарата, срок годности.
2. Приготовьте пипетку, стерильные ватные шарики.
3. Объясните пациенту ход процедуры.
4. Усадите или уложите пациента.
5. Вымойте руки.
6. Наберите в пипетку нужное количество капель, возьмите в левую руку ватный шарик.
7. Попросите пациента слегка запрокинуть голову и посмотреть вверх.
8. Оттяните нижнее веко ватным шариком.
9. Закапайте в нижнюю конъюнктивальную складку 2-3 капли.
10. Попросите пациента закрыть глаз.
11. Промокните остатки капель у внутреннего угла глаза.
12. Если необходимо закапайте капли в другой глаз.
13. Убедитесь, что пациент не чувствует неудобств после процедуры.
14. Вымойте руки

Закладывание мази в глаза.

1. Прочитайте название препарата, срок годности.
2. Объясните пациенту ход процедуры.
3. Вымойте руки.
4. Усадите пациента, голова при этом запрокинута назад.
5. На стерильную стеклянную палочку наберите мазь, чтобы она покрывала всю лопаточку.
6. Попросите пациента посмотреть вверх, оттяните нижнее веко ватным шариком.
7. Заложите лопаточку с мазью за нижнее веко так, чтобы мазь была направлена к глазному яблоку, а свободная поверхность к веку.
8. Опустите нижнее веко и попросите пациента сомкнуть веки.
9. Извлеките лопаточку из-под сомкнутых век и затем слегка прижмите мазь к глазному яблоку.
10. Излишки мази уберите ватным шариком.
11. Вымойте руки.

Закладывание мази за веко из тюбика.

1. Прочитайте название препарата, срок годности.
2. Приготовьте стерильные ватные шарики.
3. Объясните пациенту ход процедуры.
4. Усадите или уложите пациента, голова при этом запрокинута назад.
5. Вымойте руки.
6. Оттяните нижнее веко ватным шариком.
7. Попросите пациента посмотреть вверх.
8. Держа тюбик у внутреннего угла глаза продвигайте его так, чтобы «цилиндрик» мази располагался вдоль всего века и вышел за наружную спайку век.
9. Опустите нижнее веко.
10. Излишки мази уберите ватным шариком.
11. Убедитесь, что пациент не чувствует неудобств после процедуры.
- 12.

Закапывание капель в ухо.

1. Прочитайте название препарата, срок годности.
2. Подогрейте капли до температуры тела.
3. Приготовьте пипетку.
4. Объясните пациенту ход процедуры.
5. Вымойте руки.
6. Помогите пациенту лечь на бок.
7. Наберите в пипетку 6-8 капель лекарственного средства.
8. Оттяните ушную раковину назад и вверх.
9. Закапайте капли в слуховой проход.
10. Попросите пациента полежать на боку 10-15 минут.
11. Помогите пациенту сесть, в ухо положите ватный тампон.
12. Убедитесь, что пациент не чувствует неудобств после процедуры.
13. Вымойте руки.

Закапывание капель в нос.

1. Прочитайте название препарата.
2. Приготовьте пипетку (если капельница вмонтирована, ей можно пользоваться только одному пациенту).
3. Объясните пациенту ход процедуры.
4. Вымойте руки.
5. Усадите пациента.
6. Наберите в пипетку нужное количество капель.
7. Попросите пациента слегка запрокинуть голову склонив ее к плечу.
8. Приподнимите кончик носа пациента.
9. Закапайте в носовой ход 3-4 капли.
10. Попросите пациента прижать пальцами крыло носа к перегородке и сделать легкие вращательные движения.
11. Закапайте капли во вторую ноздрю.
12. Убедитесь, что пациент не чувствует неудобств после процедуры.
13. Положите пипетку в дез.раствор.
14. Вымойте руки

Закапывание масляных растворов в нос.

1. Прочитайте название препарата.
2. Приготовьте пипетку (если капельница вмонтирована, ей можно пользоваться только одному пациенту).
3. Объясните пациенту ход процедуры.
4. Вымойте руки.
5. Попросите пациента лечь и слегка запрокинуть голову.
6. Предупредите пациента, что он почувствует вкус капель после закапывания.
7. Наберите в пипетку масляный раствор.
8. Приподнимите кончик носа пациента.
9. Закапайте в носовой ход 5-6 капель.
10. Попросите пациента подлечь несколько минут.
11. Убедитесь, что капли попали на заднюю стенку глотки (пациент чувствует их вкус).
12. Спросите пациента о его самочувствии.
13. Положите пипетку в дез.раствор.
14. Вымойте руки

Закладывание мази в нос.

1. Прочитайте название препарата.
2. Объясните пациенту ход процедуры.

3. Вымойте руки.
4. Усадите пациента, голова при этом запрокинута назад.
5. Выдавите на ватную турунду 0,5-0,7 см мази.
6. Введите турунду вращательными движениями в носовой ход на глубину не более 1,5 см.
7. Извлеките турунду, положите ее в дез.раствор.
8. При необходимости введите турунду с мазью в другой носовой ход.
9. Вымойте руки.

Вдыхание порошка в нос.

1. Прочитайте название препарата.
2. Объясните пациенту ход процедуры.
3. Усадите пациента.
4. Вымойте руки.
5. Разверните упаковку с порошком.
6. Попросите пациента прижать пальцем правое крыло носа к перегородке.
7. Поднесите порошок к левому носовому ходу.
8. Попросите пациента закрыть рот и сделать неглубокий вдох, «втянув» в нос часть порошка.
9. Уберите видимые остатки порошка.
10. Спросите пациента о его самочувствии.
11. Вымойте руки.

Применение пластыря.

Пластырь – густой консистенции липкая мазевая основа, покрытая непроницаемой марлей. Мазевая основа содержит активные лекарственные вещества. Перед наложением пластыря кожу обезжиривают спиртом, а волосы сбывают.

Применение присыпок.

Присыпки или припудривание порошкообразными лекарственными веществами (тальком) применяют для подсушивания кожи при опрелости и потливости. Поверхность, на которую наносят порошок, должна быть чистой и сухой.

Практическая подготовка по теме: «Парентеральное введение лекарственных средств в организм»

Обязательные этапы для любого вида инъекций

Инъекции можно выполнять в условиях процедурного кабинета или у постели больного с помощью подготовленного манипуляционного столика.

1 этап

1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги.
2. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.
3. Использование перчаток во время процедуры.
4. Применение непрокальваемого контейнера для использованных игл.

2 этап:

Проверить наличие:

- лекарственных средств;
- антисептика для обработки инъекционного поля;
- антисептика для обработки рук;
- дезинфицирующего средства.

Прочий расходный материал:

- салфетки стерильные;
- стерильные ватные шарики;
- мыло;

- перчатки нестерильные;
- емкость для дезинфекции;
- контейнер для сбора игл.

3 этап

Подготовка к процедуре инъекции

Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры.

1. Проверить лист назначений или назначение лекарства, имя пациента и дозу лекарства. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.
2. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата.
3. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции для того, чтобы избежать возможных осложнений.
4. Обработать руки гигиеническим способом (мытьё рук, обработка антисептиком), осушить.
5. Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки. Откройте упаковку перед пациентом, чтобы он видел, что шприц с иглой не использовались ранее.
6. Набрать лекарственный препарат в шприц.
7. Обработать руки антисептиком, осушить.
8. Надеть перчатки, обработать их антисептиком, осушить.
9. Обработать кожные покровы пациента.
10. Выполнить инъекцию специальным способом.

4 этап Окончание процедуры инъекции

1. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

НАБОР ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА (РАСТВОРА) ИЗ АМПУЛЫ

Цель: выполнить инъекцию.

Показания: инъекционные способы введения лекарственных растворов.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, стерильный шприц в собранном виде, стерильный лоток, емкость для использованного материала, стерильный пинцет, тетрадь назначений процедурной сестры, лекарственные препараты в ампулах, пилочки, бикс со стерильным перевязочным материалом, спирт 70°, перчатки стерильные, емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Технология:
1. Вымыть руки (гигиенический уровень), надеть перчатки.
2. Взять ампулу, внимательно прочитать название лекарственного раствора, дозу, срок годности. Сверить с назначением врача.
3. Переместить лекарственный раствор из узкой части ампулы в широкую. Для этого необходимо одной рукой взять ампулу за дно, а пальцами другой произвести легкие удары по узкому концу ампулы.
4. Надпилить ампулу в центре ее узкой части.
5. Обработать ватным шариком, смоченным спиртом, место надпила и отломить конец ампулы в противоположную сторону. Выбросить шарик и осколки в емкость для использованного материала.
6. Взять шприц в правую руку так, чтобы были видны деления. Захватить вскрытую ампулу между 2 и 3 пальцами левой рукой так, чтобы вскрытая часть была обращена внутрь ладони. Ввести иглу в ампулу. Перехватить шприц 1,4,5 пальцами левой руки.
7. Переместить правую руку на поршень и набрать нужное количество раствора. Следить, чтобы срез иглы был постоянно погружен в раствор.

8. Снять ампулу с иглы и поместить ее в нестерильный лоток.
9. Сменить иглу. Если игла одноразового использования - надеть на нее колпачок. Вытеснить воздух из шприца в колпачок.
10. Положить в стерильный лоток шприц, стерильные ватные шарики, смоченные спиртом. Накрывать все стерильной салфеткой, если шприц многоразовый. Шприц можно поместить в упаковку от одноразового шприца.

ПРАВИЛА ТЕХНИКИ БЕЗОПАСНОСТИ

1. Возможны ранения осколками стекла при вскрытии ампул, поэтому надо обязательно пользоваться при этом ватным шариком.

Помощь при ранениях:

- а) удалить, при необходимости, осколок стекла из ранки
- б) промыть ранку перекисью водорода
- в) смазать края ранки бриллиантовым зеленым или йодом
- г) наложить на ранку сухую асептическую повязку

2. Возможны уколы пальцев рук грязными иглами при снятии их со шприцев, упаковке игл для стерилизации.

Меры безопасности: не надевать на использованные иглы одноразовые колпачки.

3. При проверке проходимости иглы необходимо обязательно придерживать канюлю иглы пальцем, иначе игла может под давлением соскочить с подыгольного конуса и поранить окружающих.

4. Категорически ЗАПРЕЩАЕТСЯ НАДЕВАТЬ НА ИГЛУ ВАТУ, смоченную спиртом, так как ватные волокна могут быть причиной подкожных инфильтратов и нагноений.

ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ называется путь введения лекарственных веществ, минуя пищеварительный тракт.

Многообразие парентеральных путей введения:

1. В ткани - кожа, подкожная клетчатка, мышца, кость.
2. В сосуды - вены, артерии, лимфатические сосуды.
3. В полости - брюшная, плевральная, сердечная, суставная.
4. В субарахноидальное пространство - под мозговую оболочку.

Парентеральный путь введения иначе называется ИНЪЕКЦИЯМИ – от латинского слова *inectio* - впрыскивание.

Инъекции широко применяются в медицинской практике, благодаря многим преимуществам перед другими путями введения:

1. быстрота действия,
2. большая точность дозировки, т.к. исключается влияние пищеварительных ферментов на лекарственные средства,
3. исключается барьерная роль печени,
4. незаменимы при оказании экстренной помощи.

Для выполнения инъекции необходимо специальное оборудование - шприц и инъекционная игла.

Устройство шприцев

Составные части шприца одноразового применения:

1. подыгольный конус;
2. цилиндр с упором для пальцев;
3. поршень с рукояткой (все части изготовлены из полимерных материалов)

Практическая подготовка по теме: «Техника в/к инъекции»

Внутрикожная инъекция — самая поверхностная из инъекций. Место для инъекции — средняя треть внутренней поверхности предплечья. С диагностической или лечебной целью вводят от 0,1 до 1 мл жидкости. Используют туберкулиновый шприц емкостью 1 мл; иглу длиной 15 мм с диаметром внутреннего сечения 0,4 мм. Вводят только срез иглы под углом 5°.

ВЫПОЛНЕНИЕ ПОДКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: введение лекарственного средства под кожу.

Показания: назначение врача.

Противопоказания: аллергическая реакция на препарат.

Места введения: наружная поверхность плеча, подлопаточная область, передненаружная поверхность бедра, переднебоковая поверхность брюшной стенки.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, шприц емкостью 1-2 мл с лекарственным веществом и иглой 20 мм, стерильные ватные шарики, смоченные 70% раствором спирта в стерильном лотке или на внутренней поверхности крафт-пакета, маска, перчатки, контейнеры с дезинфицирующим раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Возможные проблемы пациента: отказ от манипуляции; психологический дискомфорт перед болезненностью инъекции, возможным инфицированием, аллергической реакцией; развитие инфильтрата.

I. Подготовка к процедуре:
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, если он с ней незнаком.
3. Получить его согласие.
4. Вымыть руки (гигиенический уровень).
5. Подготовить необходимое оснащение.
II. Выполнение процедуры:
6. Помочь занять пациенту удобное положение, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды.
7. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции.
8. Надеть маску, перчатки (если они уже надеты - обработать их ватным шариком, смоченным спиртом).
9. Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными спиртом. Первым шариком обработать большую область инъекционного поля, вторым - непосредственно место инъекции. 2-й шарик поместить между 4 и 5 пальцами левой руки или под мизинец. Дать спирту высохнуть.
10. Взять шприц в правую руку: указательный палец придерживает канюлю иглы; 1,3,4 пальцы охватывают цилиндр.
11. Первым и вторым пальцами левой руки захватить кожу в месте инъекции в складку и ввести иглу под углом 45° в основание кожной складки на глубину 15 мм. <i>Примечание: при введении масляных растворов потянуть поршень на себя и убедиться, что в шприц не поступает кровь.</i>
12. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство (скорость введения средняя).
13. Прижать ватным шариком к месту инъекции и быстро извлечь иглу.
14. Провести легкий массаж места инъекции, не отнимая ватный шарик от кожи.
15. Поместить ватные шарики, шприц в лоток для использованного материала или закрыть иглу (одноразовую) колпачком, соблюдая универсальные правила предосторожности.
16. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.

III. Окончание процедуры:

17. Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария.
18. Снять перчатки, маску. Вымыть руки (гигиенический уровень).
19. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации.

Практическая подготовка по теме «Техника в/м инъекции»

Внутримышечная инъекция — наиболее частая, может быть выполнена в области плеча, бедра и ягодицы.

При этой инъекции в верхненаружный квадрант ягодицы или область, расположенная ближе к спине (проекция большой ягодичной мышцы), следует точно определить место инъекции, т.к. случайное попадание иглой в седалищный нерв может вызвать частичный или полный паралич конечности. Кроме того, рядом находится кость (крестец) и крупные сосуды. У пациентов с дряблыми мышцами это место локализуется с трудом.

Во время определения места инъекции и её выполнения, пациент может лежать:

- на животе большие пальцы ног повернуты внутрь, пятки - наружу;
- на боку: нога, которая окажется сверху, согнута в бедре и колене, чтобы расслабить ягодичную мышцу.

Уложив пациента в нужное положение, пропальпируйте верхнюю заднюю подвздошную ость и большой вертел бедренной кости. Проведите одну линию перпендикулярно вниз от середины ости к середине подколенной ямки, другую — от вертела к позвоночнику. Воображаемая проекция седалищного нерва проходит несколько ниже горизонтальной линии вдоль перпендикуляра. Место инъекции локализуется в верхненаружном квадранте, приблизительно на 5—8 см ниже гребня подвздошной кости.

Специалисты сестринского дела предлагают использовать для внутримышечных инъекций и другую область ягодицы, называемую «область ягодицы, расположенная ближе к животу», включает в себя среднюю и малую ягодичные мышцы. Для определения места инъекции сестра помещает кисть на большой вертел бедра пациента: правая рука — для левого бедра, левая — для правого бедра. Кисть расположена так, чтобы большой палец руки был направлен к паху пациента, а остальные четыре пальца — к голове; указательный палец располагается на верхней передней ости подвздошной кости, а средний - вытянут вдоль гребня подвздошной кости по направлению к ягодице. Указательный и средний пальцы, гребень подвздошной кости образуют У-образный треугольник. Место инъекции — в центре этого треугольника. Положение пациента при инъекции — на спине или на боку. Для того, чтобы расслабить мышцы в положении пациента на боку, следует попросить его согнуть «верхнюю» ногу в колене и бедре.

Внутримышечная инъекция может выполняться и в латеральную широкую мышцу бедра, которая хорошо развита и является предпочтительным местом для инъекций не только у взрослых, но и у детей. Наружная поверхность средней трети бедра — наилучшее место для инъекции. Для определения места инъекции следует расположить правую кисть на 1—2 см ниже вертела бедренной кости, левую — на 1—2 см выше надколенника, большие пальцы обеих кистей должны находиться на одной линии. Место инъекции расположено в центре области, образованной указательными и большими пальцами обеих рук.

Положение пациента при этой инъекции — лежа на спине или на боку со слегка согнутой в коленном суставе ногой, в которую будет сделана инъекция, или — сидя.

Внутримышечная инъекция может быть выполнена и в дельтовидную мышцу. Вдоль плеча проходят плечевая артерия, вены и нервы. Во избежание их повреждения сестринский персонал редко использует эту область для инъекций, лишь тогда, когда другие места недоступны для инъекции, или при ежедневном выполнении нескольких внутримышечных инъекций. Следует помнить, что у детей эта мышца развита слабо. Определить место

инъекции в дельтовидную мышцу можно, попросив пациента освободить плечо и лопатку от одежды. Если рукав одежды узкий (сдавливающий), лучше его снять. Рука пациента расслаблена и согнута в локтевом суставе. Пациент может лежать или сидеть во время инъекции. Сестра пальпирует нижний край акромиального отростка лопатки, который является основанием треугольника, вершина которого — в центре плеча. Место инъекции — в центре треугольника, приблизительно на 2,5—5 см ниже акромиального отростка. Место инъекции можно определить и по-другому, приложив четыре пальца поперек дельтовидной мышцы, начиная от акромиального отростка.

Внутримышечно можно вводить от 1мл до 10 мл раствора, поэтому используют шприц соответствующей емкости. Длина иглы для внутримышечной инъекции зависит от толщины подкожно-жирового слоя пациента: при чрезмерной — длина иглы 60 мм, при умеренной — 38 - 40 мм, диаметр внутреннего сечения 0,8 мм. Игла вводится под углом 90°, почти на всю длину, оставляя 2-3 мм над поверхностью кожи для профилактики поломки иглы.

При выполнении инъекции у маленьких детей и истощенных взрослых следует взять кожу и мышцу в складку, чтобы быть уверенным, что лекарственный препарат попал именно в мышцу.

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: введение лекарственного средства в мышцу.

Показания: назначение врача.

Противопоказания: аллергическая реакция на препарат.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Места введения: верхненаружный квадрант ягодицы (средняя и малая ягодичные мышцы), латеральная широкая мышца бедра (средняя часть), дельтовидная мышца.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, шприц емкостью 1,2,5,10 мл с лекарственным препаратом и иглой 6-4 см; стерильные ватные шарики, смоченные 70% раствором спирта в стерильном лотке или в крафт-пакете, маска, перчатки, контейнеры с дезинфицирующим раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Этапы
<p>I. Подготовка к процедуре:</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.</p>
<p>2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, если он с нею незнаком.</p>
<p>3. Получить его согласие.</p>
<p>4. Подготовить необходимое оснащение.</p>
<p>5. Вымыть руки (гигиенический уровень).</p>
<p>II. Выполнение процедуры:</p> <p>6. Спросить пациента, не нужно ли отгородить его ширмой. Помочь занять пациенту положение, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды.</p>
<p>7. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции.</p>
<p>8. Надеть маску, перчатки (если они уже надеты - обработать их ватным шариком, смоченным спиртом).</p>
<p>9. Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными спиртом. Первым шариком обработать большую область инъекционного поля, вторым - непосредственно место инъекции. 2-й шарик поместить между 4 и 5 пальцами левой руки или под мизинец. Дать спирту высохнуть.</p>

10. Взять шприц в правую руку: мизинец придерживает иглу за канюлю, 1,2,3,4 пальцы охватывают цилиндр.
11. Первым и вторым пальцами левой руки растянуть кожу в месте инъекции и зафиксировать ее. Под углом 90° к поверхности кожи уверенным движением ввести иглу в мышцу, оставив над поверхностью кожи 3-5 мм иглы.
12. Перенести левую руку на поршень. Потянуть поршень на себя и убедиться, что в шприц не поступает кровь.
13. Нажать левой рукой на поршень и ввести лекарственное средство (скорость введения средняя).
14. Прижать ватным шариком к месту инъекции и быстро извлечь иглу.
15. Не отнимая ватный шарик от кожи, провести легкий массаж места инъекции.
16. Поместить ватные шарики, шприц в лоток для использованного материала или закрыть иглу (одноразовую) колпачком, соблюдая универсальные правила предосторожности.
17. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.
III. Окончание процедуры:
18. Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария.
19. Вымыть руки (гигиенический уровень).
20. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента в медицинской документации.

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо обработать руки гигиеническим уровнем. Использование непрокальваемого контейнера для использованных игл Процедура выполняется в перчатках
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги: Амбулаторно-поликлинические. Стационарные Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик – 1шт. Кушетка – 1шт. Непрокальваемый контейнер – 2шт. Емкость для дезинфекции – 2шт. Шприцы одноразовые (по количеству назначенных препаратов). Лоток – 2шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
.2	Лекарственные средства	Антисептики для обработки кожи и рук. Лекарственные препараты по назначению (в

		ампулах, флаконах)
.3	Прочий расходный материал	Марлевая салфетка или шарик – 3 шт. (желательно патентованные, в стерильной упаковке)
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p>Алгоритм выполнения внутримышечного введения лекарств</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка к процедуре: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача. 1.2. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.3. Подготовить шприц. 1.4. Набрать лекарственный препарат в шприц. 1.5. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение: лежа. 1.6. Надеть перчатки. 1.7. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции во избежание возможных осложнений. <ol style="list-style-type: none"> 2. Выполнение процедуры: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Дважды обработать место инъекции антисептиком в одном направлении. 2.2. Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки (у ребенка и пожилого, истонченного человека захватить мышцу в складку), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы. <ol style="list-style-type: none"> 2.3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы мизинцем. 2.4. Ввести иглу быстрым движением под углом 90° в кожу на 2/3 ее длины. 2.5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде. 2.6. Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу. <ol style="list-style-type: none"> 3. Окончание процедуры: <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Прижать к месту инъекции сухую салфетку или шарик, извлечь иглу. 3.2. Утилизировать шприц и использованный материал. 3.3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 3.4. Обработать руки гигиеническим уровнем. <p>3.5. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>	
.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <p><i>Места постановки внутримышечных инъекций:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – верхний наружный квадрант ягодицы; – четырехглавая мышца бедра, трехглавая мышца плеча. При проведении инъекции в мышцы плеча или бедра шприц держать в правой руке как писчее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу. <p><i>Особенности ведения антибиотиков (оказывают противомикробное действие):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – дозируются в единицах действия (ЕД) или граммах (г) (1г = 1000 000ЕД); – для разведения используются растворы: 0,25% или 0,5% новокаина, 0,9% натрия хлорида, вода для инъекций или прилагаемый растворитель; – разводятся так, чтобы в 1мл растворителя содержалось 100 000ЕД или 200 000ЕД антибиотика; разведенный антибиотик используется сразу (допускается хранение в холодильнике до 12 часов); – после внутримышечного введения антибиотика на место инъекции прикладывается грелка. <p><i>Особенности внутримышечного введения 25% сульфата магния</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – предварительно предупредить пациента о болезненности, попросить максимально расслабиться; – вводить глубоко внутримышечно; – после инъекции прикладывается грелка. 	
.	<p>Достижимые результаты и их оценка:</p> <p>Препарат пациенту введен</p>	
.	<p>Форма информированного согласия при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи:</p> <p>Пациент получает информацию о предстоящем лечении. Врач получает согласие на лечение и информирует медицинский персонал. Письменное согласие пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого</p>	

	выполнения режимных моментов (длительность применения, выполнение методических рекомендаций по нормам здорового образа жизни)
0.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики: Отсутствие отклонений и дефектов на этапах выполнения методики. Выполнение методики без осложнений. Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
1.	Графическое, схематическое и табличное предоставление технологий выполнения простой медицинской услуги: Отсутствует
2.	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости): Отсутствует

Практическая подготовка по теме: «Техника в/в инъекции»

Внутривенные инъекции удобнее делать в вены локтевого сгиба, но в некоторых случаях используют и более мелкие вены предплечья, кисти, стопы, височной области (у детей и младенцев). Шприц – 10,0-20,0 мл; игла длиной 40 мм, диаметр внутреннего сечения 0,8 мм, вводится параллельно коже. Для снижения риска возникновения необратимых осложнений, вводят растворы в разведенном виде и крайне медленно.

Внутривенное капельное вливание осуществляется с помощью специальных систем.

При необходимости проведения частых и длительных внутривенных капельных вливаний применяют метод катетеризации вен. Катетеризацию подключичной вены выполняет врач, в то время как катетеризацию периферических вен (локтевого сгиба, кисти) — медицинская сестра, прошедшая соответствующее обучение.

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: введение лекарственных веществ при оказании экстренной помощи; введение препаратов, действие которых более эффективно при внутривенном вливании.

Показания: назначение врача.

Противопоказания: аллергическая реакция на препарат.

Место введения: вены локтевого сгиба, вены предплечья, тыльной поверхности кисти и вил сочной области (у детей и младенцев).

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, шприц емкостью 10- 20 мл с лекарственным веществом и иглой 40 мм, стерильные ватные шарики, смоченные 70% раствором спирта в стерильном лотке, перчатки, венозный жгут, клеенчатая подушка, маска, стерильные салфетки, контейнеры с дезинфицирующим раствором, 0,5% раствор нашатырного спирта, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

Возможные проблемы пациента: отказ от манипуляции; психологический дискомфорт, страх перед возможным инфицированием, аллергической реакцией.

Этапы
I. Подготовка к процедуре:
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с нею незнаком).
3. Получить его согласие.
4. Вымыть руки (гигиенический способ).

<p>5. Подготовить необходимое оснащение. Особое внимание обратить на отсутствие воздуха в шприце и проходимость иглы. Для проверки проходимости иглы следует расположить шприц вертикально и нажимать на поршень левой рукой до появления первой капли лекарственного препарата на конце иглы. Нажимая левой рукой на поршень дальше, необходимо вытеснить воздух до появления первой капли лекарственного раствора.</p>
<p>II. Выполнение процедуры:</p> <p>6. Помочь занять пациенту положение (лежа на спине или сидя), при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды.</p>
<p>7. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции.</p>
<p>8. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку.</p>
<p>9. Надеть перчатки и маску.</p>
<p>10. Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или салфетку) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз (пульс на лучевой артерии не изменяется!). <i>Примечание:</i> при применении специальной венозной манжеты защелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока.</p>
<p>11. Попросить больного несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений стенки.</p>
<p>12. Обработать перчатки шариками смоченными спиртом, затем область локтевого сгиба. Движение шариков осуществлять в одном направлении - от периферии к центру. Одним шариком обработать площадь локтевого сгиба, другим - непосредственно место инъекции.</p>
<p>13. Взять шприц в правую руку: указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные охватывают цилиндр шприца.</p>
<p>14. По ходу выбранной вены большим пальцем левой руки натянуть кожу к периферии и прижать ее. Не меняя положение шприца в руке, держа иглу срезом вверх под углом до 30°, пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене.</p>
<p>15. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать вену, пока возникнет ощущение «попадания в пустоту». Зафиксировать правую руку со шприцем в данном положении.</p>
<p>16. Убедиться, что игла в вене. Для этого необходимо перенести левую руку на поршень и потянуть его на себя - в шприце должна появиться кровь.</p>
<p>17. Развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов. Попросить больного разжать кулак. Проверить, не вышла ли игла из вены. <i>Примечание:</i> при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка.</p>
<p>18. Не меняя положения шприца, перенести опять левую руку на поршень. Нажимая на него, медленно ввести лекарственный раствор, оставив в шприце 1-0,5 мл. Во время давления левой рукой на поршень положение правой руки должно быть жестко зафиксировано.</p>
<p>19. Следить за общим состоянием пациента и местом инъекции во время введения раствора.</p>

20. Прижать к месту инъекции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку больного в локтевом суставе. Попросить больного держать руку согнутой не менее 5 минут.
21. Положить шприц в лоток или закрыть иглу (одноразовую) колпачком, соблюдая универсальные правила предосторожности.
22. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.
III. Окончание процедуры:
23. Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария.
24. Вымыть руки (гигиенический уровень).
25. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента в медицинской документации.

Практическая подготовка по теме: «Инфузионная терапия»

Инфузионная терапия является одним из основных компонентов проведения интенсивной терапии и представляет из себя парентеральное (обычно – внутривенное) введение любых жидкостей. Традиционно под трансфузией подразумевается вливание компонентов крови, а под инфузией – введение кристаллоидных и коллоидных растворов.

Целью инфузионной терапии является восполнение ОЦК, улучшение текучести и нормализация состава крови, дезинтоксикация, парентеральное питание. При проведении инфузионной терапии необходимо учитывать состав вводимых растворов, объем и темп инфузии, критерии достижения конечной цели инфузии (ЧСС, АД, ЦВД, почасовой диурез, лабораторные показатели) и возможные побочные эффекты и осложнения.

Цели, задачи, направления инфузионной терапии

Инфузионная терапия может применяться в разных целях: от психологического воздействия на больного, до проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии. Основные задачи инфузионной терапии: волюмокоррекция – нормализация состава циркулирующей крови и восстановления ее адекватного объема при кровопотере; инфузионная регидратация – поддержание нормальной макро- и микроциркуляции (в том числе в случае клинически отчетливой дегидратации); гемореокооррекция – нормализация реологических и (текучести) гомеостатических (поддержание постоянства внутренней среды) свойств крови; активная инфузионная дезинтоксикация; нормализация кислотно-основного равновесия и электролитного баланса; обменкорректирующая инфузия – прямое воздействие на тканевой метаболизм благодаря активным компонентам кровезаменителя.

Заполнение устройства для вливаний инфузионных растворов

1. Обработать руки гигиеническим уровнем.
2. Проверить срок годности устройства и герметичность пакета.
3. Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности, убедиться в прозрачности раствора.
4. Спиртовым шариком обработать металлическую поверхность пробки, отогнуть ее центральную часть дежурным пинцетом (ножницами). Протереть резиновую пробку спиртовым шариком/салфеткой.
5. Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство на лоток (все действия производятся на рабочем столе).
6. Снять колпачок с иглы воздуховода (короткая игла с короткой трубочкой, закрытой фильтром), ввести иглу до упора в пробку флакона, свободный конец воздуховода закрепить на флаконе (пластырем, аптечной резинкой).
7. В некоторых системах отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие.

8. Закрывать винтовой зажим, снять колпачок с иглы на коротком конце устройства, ввести эту иглу до упора в пробку флакона.
 9. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе.
 10. Повернуть капельницу в горизонтальное положение, открыть винтовой зажим: медленно заполнить капельницу до половины объема.
 11. Если устройство снабжено мягкой капельницей, и она соединена жестко с иглой для флакона, необходимо одновременно с двух сторон сдавить ее пальцами и жидкость заполнит капельницу.
 12. Закрывать винтовой зажим и вернуть капельницу в исходное положение, при этом фильтр должен быть полностью погружен в лекарственный препарат, предназначенный для вливания.
 13. Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Капли лекарственного препарата лучше сливать в раковину под струю воды во избежание загрязнения окружающей среды.
 14. Можно заполнять систему, не надевая иглу для инъекций, в этом случае капли должны показаться из соединительной трубки.
 15. Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в длинной трубке устройства (устройство заполнено).
 16. Положить в стерильный лоток или упаковочный пакет иглу для инъекции, закрытую колпачком, спиртовые салфетки/ шарики, стерильную салфетку.
- Приготовить 2 полоски узкого лейкопластыря, шириной 1 см, длиной 4-5 см.

ВНУТРИВЕННОЕ КАПЕЛЬНОЕ ВЛИВАНИЕ

Цель: введение больших количеств инфузионных и трансфузионных сред.

Показания: назначение врача.

Противопоказания: аллергическая реакция на препарат.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, стерильная одноразовая система; стерильные лотки; ватные шарики, смоченные 70% раствором спирта; флаконы с инфузионными растворами; жгут; клеенчатая подушка; маска, перчатки; лейкопластырь; бикс со стерильным перевязочным материалом; стойка. емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

<p>I. Подготовка к процедуре: Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.</p>
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, если он с нею незнаком.
3. Получить его согласие.
4. Вымыть руки (гигиенический способ).
5. Подготовить необходимое оснащение. Проверить пригодность инфузионного раствора. Проверить герметичность упаковочного пакета системы и срок годности системы.
<p>II. Выполнение процедуры:</p>
6. Вскрыть и обработать крышку флакона ватным шариком.
7. Вскрыть пакет и выложить систему в стерильный лоток.
8. Снять колпачок с иглы воздуховода. Ввести иглу до упора в пробку флакона, закрепить свободный конец воздуховода вдоль флакона (можно это сделать аптечной резинкой). <i>Примечание: в некоторых системах отверстие для поступления воздуха находится непосредственно в капельнице. В этом случае нужно открыть заглушку, закрывающую это отверстие.</i>
9. Закрывать зажим, снять колпачок с иглы на коротком конце системы и ввести ее в пробку флакона.

<p>10. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе. Перевернуть капельницу-фильтр в горизонтальное положение, открыть зажим, медленно заполнить капельницу до половины объема. <i>Примечание: можно заполнить капельницу, не поворачивая ее на 90°, а просто надавливая 2-3 раза на ее корпус до тех пор, пока фильтр не будет полностью погружен в жидкость для вливания.</i></p>
<p>11. Закрыть зажим и вернуть капельницу в исходное положение: фильтр должен быть полностью погружен в жидкость для вливания.</p>
<p>12. Снять колпачок с иглы для инъекций. Открыть зажим и медленно заполнить трубку до полного вытеснения воздуха и появления раствора из инъекционной иглы, закрыть зажим. Надеть колпачок на иглу. <i>Примечание: если вы заполняете систему, не надевая иглу для инъекций, то капли должны показаться из соединительной канюли.</i></p>
<p>13. Проверить отсутствие пузырьков воздуха в трубке системы</p>
<p>14. Положить в стерильный лоток или в упаковочный пакет ватные шарики, смоченные 70% раствором спирта, стерильную салфетку. Приготовить и поместить на верхнюю часть стойки две полоски узкого (1 см) лейкопластыря длиной 4-5 см.</p>
<p>15. Помочь занять пациенту удобное положение лежа на спине. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку</p>
<p>16. Надеть перчатки и маску.</p>
<p>17. Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или салфетку) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз (пульс на лучевой артерии не изменяется!). <i>Примечание: при применении специальной венозной манжеты зацелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока.</i></p>
<p>18. Попросить больного несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Пальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений стенки.</p>
<p>19. Обработать перчатки, затем область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении - от периферии к центру. Одним шариком обрабатывать площадь локтевого сгиба, другим - непосредственно место пункции.</p>
<p>20. Снять колпачок с иглы. Срез иглы должен «смотреть» на медсестру.</p>
<p>21. По ходу выбранной вены большим пальцем левой руки натянуть кожу к периферии и прижать ее. Держа иглу срезом вверх под углом до 30°, пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене.</p>
<p>22. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать вену, пока возникнет ощущение «попадания в пустоту». <i>Примечание: можно пользоваться одномоментным способом, одновременно пунктируя кожу и подлежащую вену.</i></p>
<p>23. При появлении крови в системе левой рукой развязать жгут, потянув за один из свободных концов. Попросить больного разжать кулак. <i>Примечание: при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка.</i></p>

24. Открыть зажим. Отрегулировать скорость поступления капель винтовым зажимом, согласно назначению врача.
25. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть ее стерильной салфеткой.
26. Снять перчатки. Вымыть руки.
27. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента на протяжении всей процедуры капельного вливания.
28. Надеть перчатки. Закрывать винтовой зажим, когда останется небольшое количество раствора. Примечание. При введении лекарственных растворов из нескольких флаконов необходимо сделать следующее: когда в первом флаконе останется небольшое количество раствора, необходимо закрыть винтовой зажим, извлечь из флакона воздуховод и ввести в пробку второго флакона, заранее укрепленного на штативе. Также быстро переставить иглу для присоединения к флакону на короткой части системы и открыть винтовой зажим. Отрегулировать скорость поступления капель.
29. Прижать к месту инъекции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку больного в локтевом суставе. Попросить больного держать руку согнутой в суставе не менее 5 минут.
30. Закрывать иглу системы колпачком, соблюдая универсальные правила предосторожности. 31. Убедиться, что кровотечение остановилось, и поместить ватный шарик в контейнер с дезинфектантом или в лоток для использованного инструментария.
32. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.
III. Окончание процедуры: 33. Отсоединить иглу от системы. Поместить систему для внутривенного капельного вливания в дезинфицирующий раствор. Разрезать систему на несколько частей и провести их дезинфекцию и утилизацию. Проздезинфицировать и утилизировать иглу и ватные шарики в отдельных емкостях.
34. Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток. Вымыть руки (гигиенический уровень).
35. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента в медицинской документации.

Практическая подготовка по теме: «Уход за периферическим катетером»

Для своевременного выявления первых признаков осложнений необходимо ежедневно осматривать место установления катетера. Влажные или загрязненные повязки нужно менять немедленно.

Покраснение и отечность тканей в месте установки катетера свидетельствуют о локальной воспалительной реакции и указывают на необходимость срочного удаления ПВК. Во время проведения манипуляций с ПВК и инфузионной системой очень важно избегать их загрязнения и строго придерживаться правил асептики. Время установки катетера необходимо зафиксировать в письменном виде; у взрослых ПВК необходимо менять каждые 48-72 часа, а при использовании препаратов крови - через 24 часа (у детей место постановки меняют только в случае возникновения осложнений), инфузионную систему меняют каждые 24-48 часов. Для промывания катетеров используют гепаринизированный изотонический раствор натрия хлорида.

Цель ухода за установленным периферическим венозным катетером - обеспечение его функционирования и профилактика вероятных осложнений. Для достижения успеха необходимо соблюдать все пункты качественной эксплуатации канюли.

Каждое соединение катетера представляют собой дополнительные ворота для проникновения инфекции, поэтому прикасаться к оборудованию можно только лишь в случаях обоснованной необходимости. Избегайте многократного прикосновения руками к оборудованию. Строго соблюдайте асептику, работайте только в стерильных перчатках. Чаще меняйте стерильные заглушки, никогда не пользуйтесь заглушками, внутренняя поверхность которых могла быть инфицирована. Сразу после введения антибиотиков, концентрированных растворов глюкозы, препаратов крови промывайте катетер небольшим количеством физиологического раствора. Для профилактики тромбоза и продления функционирования катетера в вене дополнительно промывайте катетер физиологическим раствором днем, между инфузиями. После введения физиологического раствора не забудьте ввести гепаринизированный раствор! Следите за состоянием фиксирующей повязки и меняйте ее при необходимости.

Не использовать ножницы при уходе за катетером! Регулярно осматривайте место пункции с целью раннего выявления осложнений. При появлении отека, покраснении, местном повышении температуры, непроходимости катетера, подтекания, а также при болезненных ощущениях при введении препаратов поставьте в известность врача и удалите катетер. При смене лейкопластырной повязки запрещается пользоваться ножницами. Существует опасность для катетера быть отрезанным, что приведет к попаданию катетера в кровеносную систему.

Для профилактики тромбофлебита на вену выше места пункции тонким слоем накладывайте тромболитические мази (например, "Лиотон Гель"). Внимательно следите за маленьким ребенком, который незаметно может снять повязку и повредить катетер.

При появлении побочных реакций на препарат (бледность, тошнота, сыпь, затруднение дыхания, подъем температуры) — вызовите врача.

Прерывание вливания. При непостоянном использовании (например, для инъекций, коротких вливаний, и т. д.) катетер следует держать открытым (проходимым). Для достижения этой цели используются несколько методов.

1. Медленные инфузии - когда фактическое вливание прервано и заменено вливанием, не оказывающим никакого активного действия и служащим исключительно для сохранения катетера в открытом состоянии. Нужно учитывать дополнительные затраты при использовании данного метода - на введение.

2. Гепариновый блок: люмен трубки катетера заполнен раствором гепарина в разведении 1:100, после введения раствора катетер необходимо «заглушить» (навинтить заглушку на катетер). Это препятствует обратному движению крови по канюле и образованию сгустков в трубе катетера. Недостатки этого метода: затраты на не необходимое использование гепарина.

3. Стилеты - специально изготовленные для соответствующих по размеру внутривенных катетеров пластмассовые obturatory, оборудованные винтом-заглушкой (рис. 1).

Рис. 1. Короткий периферический внутривенный катетер G 18 со стилетом на гидрофобной заглушке для прерывания инфузии



Они вставлены в люмен трубы катетера и закреплены винтовой насечкой. Они полностью занимают пространство люмена. Наконечник стилета округлен так, чтобы не повредить стенки сосудов. Они безопасны, потому что обеспечивают дополнительную стабилизацию катетеров.

Удаление катетера. Тщательным образом вымойте руки. Снимите все фиксирующие катетер повязки. Не используйте ножницы, потому что это может привести к рассеканию катетера и эмболии срезанным участком катетера. Накройте место установления катетера сухой стерильной хлопковой салфеткой. Удалите катетер, прижав место, где он находился в течение 3-4 мин. Убедитесь, что кровотечения нет. Если кровотечение продолжается - поднимите руку пациента вверх. Если необходимо, наложите стерильную повязку на участок, где находился катетер. Всегда проверяйте целостность извлеченного катетера.

При необходимости длительных вливаний лекарственных средств, неотложных состояниях, с целью парентерального питания, массивной инфузионной терапии предпочтительнее выполнять чрескожную катетеризацию периферических вен с помощью сосудистых катетеров различного диаметра.



Преимуществами выбора обладают дистальные сосуды, мягкие и эластичные на ощупь, крупного диаметра.

Подготовка к процедуре

Вымыть руки и собрать набор, в который входят: стерильный лоток, лоток для мусора, шприц с гепарином (1:100), стерильные ватные шарики и салфетки, лейкопластырь, спирт 70%, внутривенный катетер, жгут, ножницы, СИЗ. Проверить целостность упаковки и сроки хранения медицинских изделий. Убедиться, что перед вами именно тот больной, которому назначена врачом катетеризация вены.



Алгоритм выполнения процедуры

- выбрать место для постановки катетера;
- наложить жгут выше места постановки катетера;
- надеть стерильные перчатки, обработав руки антисептиком;
- обработать место катетеризации, дать высохнуть антисептику;
- взять катетер и снять защитный чехол, срез иглы направить вверх;
- зафиксировать вену, прижав ее пальцами ниже места введения катетера;

- проколоть кожу под острым углом и ввести катетер, при появлении крови в камере уменьшить угол наклона, приблизив катетер к коже;
- продвинуть катетер по вене и мягко потянуть иглу-проводник назад, появление крови подтвердит правильное положение катетера в вене;
- полностью продвинуть канюлю в вену;
- снять жгут;
- пережать пальцем вену и окончательно удалить проводник;
- присоединить инфузионную систему;
- зафиксировать катетер;
- если не предполагается немедленное начало внутривенной терапии, то промыть катетер гепаринизированным раствором натрия хлорида 0,9%;
- оценить состояние пациента;
- утилизировать используемый материал с учетом правил безопасности;
- обработать руки;
- зарегистрировать процедуру.

Уход за катетером

Выполнять любые манипуляции с катетером в стерильных перчатках и СИЗ. Регулярно осматривать место входа катетера с целью раннего выявления осложнений. При появлении отека, покраснения, местного повышения температуры, непроходимости катетера, болезненных ощущениях катетер необходимо удалить.

После инфузионной терапии, и если инфузионная терапия не проводилась, для продления функционирования катетера необходимо промыть его гепаринизированным раствором натрия хлорида 0,9%.

ПВК может находиться в вене 72 часа. Разрешено нахождение ПВК в вене более 72 часов в случае затрудненного венозного доступа.

Удаление ПВК

Решение об удалении катетера принимает лечащий врач.

Немедленно удалить ПВК, если не планируется его дальнейшее использование либо при появлении первых признаков осложнений.

- надеть нестерильные перчатки;
- удалить фиксирующую повязку без использования ножниц;
- провести гигиеническую обработку рук и надеть стерильные перчатки;
- прижать место установки катетера стерильной салфеткой, аккуратно удалить катетер, вытягивая его параллельно коже;
- проверить целостность катетера, при подозрении на инфицирование кончик катетера отрезать стерильными ножницами и поместить в стерильную пробирку с направлением в бактериологическую лабораторию на исследование (по назначению врача);
- наложить стерильную давящую повязку;
- использованный материал поместить в емкость для сбора отходов класса Б;
- сделать запись об удалении.

Большинства осложнений можно избежать, если хорошо овладеть манипуляционной техникой, строго соблюдать правила асептики и антисептики и осуществлять правильный уход за катетером.

Обо всех внештатных ситуациях сообщать лечащему врачу!

Практическая подготовка по теме: «Лабораторные методы исследования»

Лабораторные исследования относятся к дополнительным методам и являются одной из важнейших составляющих обследования пациента.

В ряде случаев, результаты лабораторных исследований оказывают решающее значение для постановки диагноза, оценки состояния пациента и контроля за проводимым лечением.

Результаты дополнительных исследований во многом зависят от правильности подготовки пациентов и техники сбора биологического материала, подлежащего исследованию. Часть исследований проводится всем без исключения пациентам, отдельные исследования проводятся строго по показаниям в зависимости от диагноза. Исследуют кровь, мочу, кал, сперму, мокроту, желчь, спинномозговую жидкость, экссудаты, трансудаты, пунктаты, содержимое зева, носа, носоглотки, желудка, двенадцатиперстной кишки, прямой кишки и влагалища и др..

2. Виды лабораторий

1. Клиническая – исследования: ОАК, ОАМ, общий анализ мокроты, кала, кал на гельминты и простейшие, кал на скрытую кровь, анализ мочи по Зимницкому, по Нечипоренко, исследование желудочного сока, желчи.

Цели исследований: состав и физико-химические свойства биологической жидкости.

2. Биохимическая – кровь на билирубин, холестерин, протромбин, мочевины, сахар, общий белок, белковые фракции, остаточный азот и т.д.; моча на диастазу.

Цель исследования: определение концентрации отдельных веществ в крови или моче.

3. Бактериологическая – бактериологические исследования крови, мочи, кала, мокроты, отделяемого зева, носа, носоглотки, раны и др..

Цель исследования: определение микроорганизмов в исследуемом материале, определение их чувствительности к антибиотикам.

4. Серологическая – определение титра антител в крови к возбудителям инфекций (брюшного тифа, сифилиса, бруцеллеза, коревой краснухи, лямблиоза и т.п.).

5. Морфологическая (гистологическая) – исследование строения различных клеток и тканей под микроскопом.

6. Иммунологическая – определение концентрации различных иммуноглобулинов в крови.

7. Радиологическая – введение в кровь радиоизотопов с целью определения их захвата различными тканями.

Задачи медицинской сестры:

1. Объяснить пациенту цель исследования, получить его согласие.

2. Объяснить технику подготовки и сбора биологического материала.

3. Выписать направление на исследование.

4. Получить лабораторную посуду для сбора биологического материала и выдать пациенту, доставить собранный материал в лабораторию (в условиях стационара).

5. Выдать памятку с правилами подготовки к исследованию, сбору биологического материала, подготовке лабораторной посуды, адресом лаборатории и временем приема (в амбулаторных условиях).

СБОР МОКРОТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов дыхания.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, чистая сухая плевательница, бланки направлений. емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

I. Подготовка к процедуре (накануне вечером):

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.

<p>2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с нею незнаком) и особенности подготовки: вечером, накануне исследования, перед сном тщательно почистить зубы;</p> <ul style="list-style-type: none"> - утром, после сна, натошак, тщательно прополоскать рот кипяченой водой; - сделать несколько глубоких вдохов; <p>открыть крышку плевательницы, откашляться и собрать мокроту в чистую сухую плевательницу (достаточно 5 мл);</p> <ul style="list-style-type: none"> - закрыть крышку плевательницы и поставить ее в специальный ящик в санитарной комнате.
3. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты.
4. Указать, к каким последствиям может привести несоблюдение рекомендаций медсестры.
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры.
6. Обеспечить пациента емкостью для сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию.
II. Выполнение процедуры:
7. Проконтролировать действия пациента по сбору мокроты на исследование.
8. Доставить плевательницу с материалом в клиническую лабораторию на исследование.
III. Завершение процедуры:
9. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента в медицинской документации.
10. Подклеить полученные результаты исследования в медицинскую документацию.

СБОР МОКРОТЫ НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов дыхания.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, стерильная сухая плевательница (чашка Петри), бланки направлений. емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

I. Подготовка к процедуре (накануне вечером):

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.

2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с нею незнаком) и подготовку, обратив особое внимание на правила обращения со стерильной лабораторной посудой:

- вечером, накануне исследования, перед сном тщательно почистить зубы;
 - утром, после сна, натошак, тщательно прополоскать рот кипяченой водой;
 - вымыть руки;
 - откашляться, открыть крышку плевательницы и сплюнуть мокроту в стерильную сухую плевательницу, не касаясь краев посуды ртом или руками; стараться не допускать попадания слюны;
- сразу же закрыть крышку плевательницы и отдать ее медсестре.

3. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты.

4. Указать, к каким последствиям может привести несоблюдение рекомендаций медсестры
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры.
6. Обеспечить пациента емкостью для сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию.
II. Выполнение процедуры:
7. Проконтролировать действия пациента по сбору мокроты на исследование.
8. Доставить плевательницу с материалом в бактериологическую лабораторию на исследование.
III. Завершение процедуры:
9. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента в медицинской документации.
10. Подклеить полученные результаты исследования в документацию.

Взятие кала на скрытую кровь.

Показания: язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки, язвы кишечника, циррозы печени.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, чистая сухая стеклянная емкость, направление, шпатель, перчатки. емкость с дез. раствором, отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

I. Подготовка к процедуре (за 3-5 дней до исследования):
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с нею незнаком): <i>кал собирается в день исследования утром после опорожнения кишечника в судно (без воды).</i>
3. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре: соблюдение в течение 3-5 дней перед сбором кала диеты, в которой исключаются мясные и рыбные блюда, а также зеленые овощи, гранаты, яблоки, гречневая каша; нельзя принимать лекарственные препараты, содержащие железо, йод, бром, висмут.
4. Уточнить у пациента или его родственников, нет ли у него другого источника кровотечения (десны, кровохаркание, геморрой, менструация), приводящего к ложнополо-жительному результату. В случае положительного ответа дать рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии, в исключительных случаях - проконсультироваться у врача.
5. Попросить пациента повторить всю информацию. При необходимости дать ему письменную инструкцию.
6. Получить согласие пациента.
II. Подготовка к процедуре (в день исследования):
7. Вымыть руки. Надеть перчатки.
8. Подготовить необходимое оснащение.
III. Выполнение процедуры:
9. Взять шпателем после акта дефекации 5-10 г фекалий из нескольких мест и поместить их в приготовленную емкость. Закрыть емкость крышкой.
10. Поместить шпатель и перчатки в контейнер с дезин-фектантом. Вымыть руки.

<p>11. Надеть перчатки. Доставить емкость с направлением в клиническую лабораторию. <i>Примечание: допускается хранение емкости с фекалиями при температуре 3-5° С не более 8 часов.</i></p>
<p>IV. Завершение процедуры: 12. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового.</p>
<p>13. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента в медицинской документации. 14. Подклеить полученные результаты исследования в документацию.</p>

Практическая подготовка по теме: «Эндоскопические методы исследования»

Исследования структуры и функции органов человека при помощи специальной аппаратуры называют инструментальными методами исследования. Они применяются с целью врачебной диагностики. Проводимые инструментальные методы исследования безразличны для пациента, поэтому необходима психологическая подготовка пациента. Перед проведением многих инструментальных исследований необходимо позаботиться о том, чтобы сделать орган более доступным предстоящему исследованию, более «видимым». Медицинская сестра должна владеть

технологией подготовки пациентов к инструментальным методам исследования.

К инструментальным относятся методы с применением различных инструментов и аппаратуры:

- рентгенологические (Ро-скопия, Ро-графия, Ро-томография, контрастная ангиография, флюорография);
- радиоизотопные (радиометрия, радиография, сканирование);
- эндоскопические (бронхоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, цистоскопия, лапароскопия);
- функциональные (ЭКГ - электрокардиография, ЭЭГ- электроэнцефалография, реография, ФКГ - фонокардиография);
- эхография (ультразвуковое исследование), применение которого основано на том, что разные среды организма обладают неодинаковыми акустическими свойствами и по-разному отражают излучаемые аппаратом ультразвуковые сигналы. С помощью ультразвука можно определить положение, форму, размеры, структуру различных органов.

Подготовка пациента к фиброэзофагогастродуоденоскопии

Этапы

Подготовка к процедуре (накануне вечером):

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить его согласие на исследование.
3. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре:
 - последний прием пищи не позднее 21 ч;
 - исследование проводится утром натощак;
 - во время исследования он будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну.
4. Предупредить пациента:
 - о месте и времени проведения исследования;
 - о необходимости снять съемные зубные протезы перед исследованием;
 - о необходимости иметь с собой полотенце (впитывающую салфетку).
5. Проводить пациента в эндоскопический кабинет.

После проведения исследования:

6. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.
7. Подклеить полученные результаты исследования в документацию.

Подготовка пациента к колоноскопии.**Показания:** исследование высоких отделов толстой кишки.**Противопоказания:** обострение заболеваний кишечника, кровотечения, диарея, выпадение прямой кишки.**Проблемы:** страх, дефицит самоухода, негативное отношение, снижение интеллекта.**Осложнения:** ухудшение общего состояния, выпадение прямой кишки, кровотечение.

1. Информировать пациента о ходе манипуляции и правилах подготовки.
2. На 4-5 дней назначается безшлаковая диета, приём активированного угля.
3. Накануне в 14.00 назначают слабительное средство, легкий ужин до 19.00, в 21.00 - две очистительные клизмы.
4. Утром - 2 очистительные клизмы с интервалом 30 мин, последняя из них не менее двух часов до исследования.
5. Исследования проводятся строго натощак, за 30 мин. п/к ввести 1мл 0,1% р-ра атропина.
6. Сопроводить пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни.
7. Исследование проводится врачом в положении лёжа на левом боку.
8. После анестезии заднего прохода колоноскоп вводят в прямую кишку.
9. После осмотра извлечь колоноскоп и погрузить в дезинфицирующий раствор.
10. Провести пациента в палату, обеспечить наблюдение и покой. Оформить медицинскую документацию.

Практическая подготовка по теме: «Рентгенологические методы исследования»

Рентгенологические методы исследования - инструментальные методы исследования с применением рентгеновских лучей, которые способны проникать через ткани организма и давать изображение (тень) на экране аппарата. Рентгенологическое (рентгеновское) исследование основано на свойстве рентгеновских лучей в различной степени проникать через ткани организма. Степень поглощения рентгеновского излучения зависит от толщины, плотности и физико-химического состава органов и тканей человека, поэтому более плотные органы и ткани (кости, сердце, печень, крупные сосуды) просматриваются на экране (рентгеновском флюоресцирующем или телевизионном) как тени, а легочная ткань вследствие большого количества воздуха представлена областью яркого свечения.

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки**Цель:** диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.**Противопоказания:** язвенные кровотечения.**Подготовка к процедуре:**

1. Спросить согласие на проведение процедуры.
2. Перед проведением процедуры поставить пациенту очистительную клизму.
3. Предупредить пациента, чтобы он явился в рентгенологический кабинет утром, в назначенное врачом время, натощак.

В стационарных условиях: проводить (или транспортировать) пациента в рентгенологический кабинет в назначенное время с направлением.

Выполнение процедуры:

1. В рентгенологическом кабинете пациент внутрь взвесь сульфата бария в количестве 150-200 мл. В некоторых случаях доза контрастного вещества определяется врачом-рентгенологом.
2. врач делает снимки.

Окончание процедуры:

Напомнить пациенту, чтобы он доставил снимки лечащему врачу.

В стационарных условиях: необходимо провести пациента в палату, обеспечить наблюдение и покой.

Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию почек (внутривенная экскреторная пиелография).**Показания:** заболевания почек.

Противопоказания: аллергическая реакция на контраст.

Проблемы: страх, тяжёлое состояние, психо-моторное возбуждение, снижение интеллекта.

Осложнение: аллергическая реакция.

Оснащение: набор для очистительной клизмы, набор для в/в инъекции, контраст (верографин, урографин), ёмкости с дезраствором.

Этапы

1. Информировать пациента о ходе манипуляции, правилах подготовки.
2. На 3 дня пациенту назначается диета с исключением продуктов, вызывающих газообразование, при метеоризме – приём эспумизана 1т 3 раза в день.
3. Объяснить, к каким последствиям приведёт нарушение рекомендаций м/с.
4. Накануне в 21.00 и утром в 6.00 сделать очистительные клизмы.
5. За 2 часа до исследования провести аллергопробу: ввести в/в 1,0 мл контраста и оценить реакцию на введение.
6. Исследование проводится строго натощак, опорожнить мочевого пузыря.
7. Сопроводить пациента в рентген - кабинет с историей болезни.
8. После обзорного снимка почек, по назначению врача в/в медленно ввести 20-60 мл рентгеноконтраста.
9. Сделать серию снимков.

Рентгеноконтрастные йодсодержащие вещества могут вызвать аллергическую реакцию, вплоть до шока. В рентген-кабинете должны быть лекарственные средства для оказания помощи: антидотом к йодсодержащим веществам является 30% раствор тиосульфата натрия.

Практическая подготовка по теме : «Сердечно-легочная реанимация»

При остановке сердца у пострадавшего отсутствуют пульс и дыхание. Отсутствие пульса - первый признак остановки сердца. Если пульс на сонной артерии не определяется, значит, артериальная кровь не поступает в головной мозг. Пострадавший теряет сознание, дыхание останавливается. Пострадавший, у которого остановилось сердце и отсутствует дыхание, находится в состоянии клинической смерти. Но клетки его мозга и других жизненно важных органов еще живы в течение короткого времени, до тех пор, пока не истощится кислород, содержащийся в крови. Такой пострадавший нуждается в сердечно-легочной реанимации (СЛР) – сочетании непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Непрямой массаж сердца, проводимый методом компрессий на грудную клетку, «заставляет» кровь двигаться по артериям к головному мозгу, несмотря на остановку сердца. Эта манипуляция одновременно с искусственной вентиляцией легких поддерживает функции сердца и легких. СЛР, проводимая вне медицинской организации, сохраняет жизнь клеток головного мозга до прибытия к пострадавшему специализированной медицинской помощи. Без СЛР мозг может оставаться неповрежденным 4-6 мин. (в состоянии клинической смерти). Наступающие после этого необратимые изменения в клетках и тканях приводят к биологической смерти. Следует помнить, что даже качественно проводимая специалистами СЛР, обеспечивает мозг кровью только на 1/3 от нормального кровообращения. СЛР, проводимая в одиночку, несмотря на значительные усилия спасателя, малоэффективна для того, чтобы помочь пострадавшему выжить после остановки сердца. Поэтому, при обнаружении пострадавшего без сознания, очень важно сразу же вызвать «скорую помощь»; начать СЛР немедленно и продолжать ее до приезда специалистов. Промедление уменьшает шансы пострадавшего выжить. Человек, умеющий проводить СЛР - первое звено в цепочке, позволяющей пострадавшему выжить.

Соотношение ИВЛ : НМС = 2 : 30, независимо от того, один или 2 спасателя оказывают помощь.

3. Критерии прекращения СЛР

Начав СЛР, надо выполнять не останавливаясь. Прекращают ее, если:

- Вас сменяет другой спасатель;
- приехали специалисты «скорой помощи»;
- Вы исчерпали свои силы;

- место происшествия стало небезопасным;
- у пострадавшего появились пульс и дыхание.

Если у пострадавшего появился пульс, но еще нет самостоятельного дыхания, нужно продолжать ИВЛ, каждую минуту контролируя наличие пульса. Если у пострадавшего появился пульс и дыхание — поддерживать его дыхательные пути открытыми и продолжать наблюдать за пульсом и дыханием до приезда «скорой помощи», не отпуская пострадавшего, т.к. после клинической смерти он может находиться в состоянии шока. Пострадавший подлежит обязательной госпитализации с целью диагностики возможных при СЛР переломов ребер, грудины и травм внутренних органов.

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ВНЕ ЛПУ

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ (СЛР) ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (один спасатель)

Цель: реанимировать взрослого пострадавшего; реанимирующий (спасатель) - один человек.

Этапы	Обоснование
1. Коснуться пострадавшего, похлопать его по плечу, спросить, все ли у него в порядке	Выявление наличия сознания
2. Позвать на помощь криком и размахиванием рук, если ответа нет.	Возможность привлечь свидетелей. Посильную помощь может оказать каждый. Физическая и эмоциональная нагрузка меньше, когда спасатель не один.
3. Повернуть пострадавшего на спину (если он лежит не на спине) единым движением «на себя», предварительно вытянув вдоль тела вверх его руку, находящуюся ближе к спасателю. При необходимости поддерживать голову. После поворота вытянуть руки пострадавшего вдоль тела вниз.	СЛР проводится в положении на спине. При таком повороте равномерно распределяется вес пострадавшего; затрачивается минимум времени, «перекатывание» на руке защищает шейные позвонки и мягкие ткани.
4. Поднять шею пострадавшего правой рукой сзади, ладонью левой руки нажать на лоб вниз, максимально запрокидывая голову. Переместить правую руку на переднюю поверхность шеи таким образом, чтобы указательный и большой пальцы находились на уровне углов нижней челюсти. Вывести нижнюю челюсть вперед.	Обеспечение проходимости дыхательных путей.
5. Проверить, есть ли дыхание, приблизив свою голову так, чтобы одновременно: - посмотреть, поднимается ли грудная клетка; - послушать, есть ли дыхание; - почувствовать щекой выдыхаемый воздух.	Участие одновременно трех анализаторов (зрительного, слухового, тактильного).
6. Провести искусственную вентиляцию легких изо рта в рот при отсутствии дыхания (зубные протезы оставить во рту). Для этого: - зажать нос пострадавшего большим и указательным пальцами левой руки; - положить на область рта пострадавшего носовой платок, салфетку и т.п. или ввести воздуховод; - глубоко вдохнуть и плотно прижать свой рот ко рту пострадавшего; - сделать два глубоких вдувания с интервалом 5 с и продолжительностью 2-1,5 с каждый; - следить, чтобы голова пациента находилась в правильном положении; - почувствовать выдох воздуха изо рта пострадавшего. Если дыхательные пути непроходимы, необходимо восстановить их проходимость.	Проверка проходимости дыхательных путей. Зубные протезы способствуют более тесному контакту со ртом спасателя. При вентилировании воздух не должен выходить через нос. При неправильном выполнении этого пункта спасатель может ошибочно диагностировать закупорку дыхательных путей. Обеспечение инфекционной безопасности. При вентилировании воздух не должен выходить через щели между ртом пострадавшего и ртом спасателя. Пауза служит для пассивного выхода пострадавшего и возможности сделать вдох спасателю. Обеспечение проходимости

	дыхательных путей. Подтверждение, что дыхательные пути свободны.
7. Определить наличие сердечной деятельности: проверить пульс на сонной артерии со стороны спасателя.	Определение наличия сердечной деятельности. Определение пульса на противоположной стороне может привести к пережатию дыхательных путей рукой спасателя.
8. Приготовиться к компрессиям грудной клетки, при отсутствии пульса. Для этого необходимо: а) правильно встать - колени спасателя должны находиться рядом с правым плечом пострадавшего; б) правильно расположить свои руки для непрямого массажа сердца: - провести II и III пальцами правой руки вверх по реберной дуге и нащупать мечевидный отросток; - держать II и III пальцы правой руки на мечевидном отростке грудины, а основание левой ладони поместить рядом со II пальцем на нижнюю часть грудины (примерно на 2 см выше мечевидного отростка); - положить правую руку поверх левой. Пальцы не должны касаться грудной клетки (пальцы «верхней» руки могут придерживать пальцы «нижней».) в) наклониться вперед: - плечи спасателя должны быть над грудиной пострадавшего; - руки разогнуты в локтях (прямые от кистей до плеча).	В таком положении один спасатель может поочередно делать вдувания и компрессии. Определение места для компрессий. Сердце должно сжиматься между рукояткой грудины и позвоночником. При нажатии на ребра возможна их травматизация. Угол между основанием ладони спасателя и грудиной пострадавшего должен составлять 90 градусов. В противном случае компрессии будут неэффективны, и возможна травма ребер и внутренних органов.
9. Сделать 15 компрессий на грудины (с частотой 60 - 80 компрессий в минуту) на глубину 3-5 см при счете «раз и, два и»... (нажимать на грудную клетку при счете «раз» и отпускать, когда произносится «и»). Сжимать и отпускать грудную клетку плавно, постоянно держать руки в контакте с грудной клеткой.	Счет помогает выбрать правильный ритм. Предупреждение травмы грудной клетки и внутренних органов.
10. Сделать 3 больших цикла (один цикл: 15 компрессий и 2 вдувания).	
11. Пальпировать пульс на сонной артерии.	Оценка эффективности непрямого массажа сердца.
12. Продолжать вентилировать дыхательные пути (при отсутствии пульса) и компрессии по грудины. При наличии пульса проверить наличие самостоятельного дыхания. Отсутствие дыхания требует выполнения вентилиации с частотой 12/мин и ежеминутный контроль пульса.	Продолжение реанимации. Возможна повторная остановка работы сердца.
13. Если кто-то откликнулся на зов о помощи, просить его вызвать «скорую помощь».	Даже если пострадавший будет реанимирован, ему необходима медицинская помощь.
14. Прекратить реанимационные мероприятия в случае, если: - появились самостоятельное дыхание и пульс; - приехала бригада «скорой помощи»; - спасатель устал и не может больше реанимировать пострадавшего; - на смену пришел человек (люди), умеющий проводить СЛР.	

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ (СЛР) ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (два спасателя)

Цель: реанимировать взрослого пострадавшего; реанимирующие (спасатели) — два человека.

Этапы	Обоснование
1. Коснуться пострадавшего, похлопать его по плечу, спросить, все ли у него в порядке.	Выявление наличия сознания.
2. Позвать на помощь криком и размахиванием рук, если ответа нет. Если один спасатель вызывает скорую помощь, второй приступает к реанимации - см. предыдущий алгоритм.	Возможность привлечь свидетелей. Посильную помощь может оказать каждый. Физическая и эмоциональная нагрузка меньше, когда спасатель не один.
3. Повернуть пострадавшего на спину (если он лежит не на спине) единым движением «на себя» (спасатели стоят с одной стороны), предварительно вытянув вверх вдоль тела руку, находящуюся ближе к спасателям. При необходимости поддерживать голову. После поворота вытянуть руки пострадавшего вдоль тела вниз.	СЛР проводится в положении на спине. При таком повороте равномерно распределяется вес пострадавшего; затрачивается минимум времени, «перекатывание» на руке защищает шейные позвонки и мягкие ткани.
4. Спасателю, находящемуся ближе к голове пострадавшего, одной рукой поднять шею сзади, а другой нажать вниз на лоб, запрокидывая голову. После запрокидывания головы пострадавшего назад освободить руку, ранее находившуюся под шеей пациента, расположить ее на передней поверхности шеи таким образом, чтобы указательный и большой пальцы находились на уровне углов нижней челюсти, и вывести нижнюю челюсть вперед.	Обеспечение проходимости дыхательных путей.
5. Проверить, есть ли дыхание, приблизив свою голову так, чтобы одновременно: - посмотреть, поднимается ли грудная клетка; - послушать, есть ли дыхание; - почувствовать щекой выдыхаемый воздух.	Участие одновременно трех анализаторов (зрительного, слухового, тактильного).
6. При отсутствии дыхания провести искусственную вентиляцию легких изо «рта в рот» (зубные протезы оставить во рту). Для этого: - большим и указательным пальцем левой руки зажать нос пострадавшего; - положить на область рта пострадавшего носовой платок, салфетку и т.п. или ввести в рот воздуховод; - глубоко вдохнуть и плотно приложить свой рот ко рту пострадавшего; - сделать два глубоких вдувания с интервалом 5 с и продолжительностью 2-1,5 с каждый; - следить, чтобы голова пострадавшего находилась в правильном положении; - почувствовать выдох воздуха изо рта пострадавшего. Если дыхательные пути непроходимы, необходимо восстановить их проходимость.	Проверка проходимости дыхательных путей. Зубные протезы способствуют более тесному контакту со ртом спасателя. При вентилировании воздух не должен выходить через нос. Обеспечение инфекционной безопасности. При вентилировании воздух не должен выходить через щели между ртом пострадавшего и ртом спасателя. Пауза служит для пассивного выхода пострадавшего и возможности сделать вдох спасателю. Обеспечение проходимости дыхательных путей. Подтверждение, что дыхательные пути свободны.
7. Если дыхательные пути проходимы, то громко и четко сказать: «Дыхательные пути проходимы» и пальпировать пульс на сонной артерии на стороне спасателя (<i>выполняет первый спасатель, находящийся ближе к голове пострадавшего</i>).	Определение наличия сердечной деятельности. Определение пульса на противоположной стороне может привести к пережатию дыхательных путей рукой спасателя.

<p>8. Если пульс отсутствует, громко и четко сказать: «Пульса нет» <i>(выполняет первый спасатель, находящийся ближе к голове пострадавшего).</i></p>	<p>Информация для второго спасателя</p>
<p>9. Приготовиться к компрессиям грудной клетки второму спасателю. Для этого необходимо: а) правильно встать - колени спасателя должны находиться рядом с плечом пострадавшего на противоположной от первого спасателя стороне; б) правильно расположить свои руки для непрямого массажа сердца: - провести II и III пальцами правой руки вверх по реберной дуге и нащупать мечевидный отросток; - держать II и III пальцы правой руки на мечевидном отростке грудины, а основание левой ладони поместить рядом со II пальцем на нижнюю часть грудины (примерно на 2 см выше мечевидного отростка); - положить правую руку поверх левой. Пальцы не должны касаться грудной клетки (пальцы «верхней» руки могут придерживать пальцы «нижней»);</p>	<p>В таком случае спасатели не будут мешать друг другу. Определение места для компрессий. Сердце должно сжиматься между рукояткой грудины и позвоночником. При нажатии на ребра возможна их травма.</p>
<p>в) наклониться вперед: - плечи спасателя должны находиться над грудиной пострадавшего; - руки разогнуты в локтях, прямые от кистей до плеча.</p>	<p>Угол между основанием ладони спасателя и грудиной пострадавшего должен составлять 90 градусов. В противном случае компрессии будут неэффективны, и возможна травма ребер и внутренних органов.</p>
<p>10. Сделать 5 компрессий на грудины (с частотой 60 - 80, по возможности 100 компрессий в минуту) на глубину 3-5 см при счете «раз и, два и»... (нажимать на грудную клетку при счете «раз» и отпускать, когда произносится «и»). Сжимать и отжимать грудную клетку плавно, постоянно держать руки в контакте с грудной клеткой.</p>	<p>Счет помогает выбрать правильный ритм и дает сигнал первому спасателю для вентилирования. Предупреждение травмы грудной клетки и внутренних органов.</p>
<p>11. Сделать 10 больших цикла (один цикл: 5 компрессий и 1 вдувание).</p>	
<p>12. Пальпировать пульс на сонной артерии.</p>	<p>Оценка эффективности непрямого массажа сердца.</p>
<p>13. Если пульс отсутствует, громко и четко сказать: «Пульса нет» и вентилировать дыхательные пути. Повторить пп.11-12.</p>	<p>Продолжение реанимации.</p>
<p>14. Если пульс определяется: - проверить, есть ли самостоятельное дыхание; - провести искусственную вентиляцию (12 раз в мин) при отсутствии дыхания. <i>Выполняет спасатель, находящийся ближе к голове пострадавшего.</i> Следить за пульсом ежеминутно.</p>	<p>Возможна повторная остановка работы сердца.</p>

<p>15. Если после выполнения п. 11 спасатель, делающий компрессии, устал или не может больше делать компрессии, спасателям необходимо поменяться местами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - спасатель, осуществляющий компрессию, дает ясный сигнал о смене мест и делает пятую компрессию; - спасатель, проводящий вентиляцию дыхательных путей, делает 1 вдувание, затем передвигается к грудной клетке, располагает свои руки на груди, но не делает компрессии; - спасатель, который проводил непрямой массаж сердца, передвигается к голове пострадавшего и определяет, есть ли пульс; - при отсутствии пульса он обеспечивает проходимость дыхательных путей (см. п.4) и делает 1 вдувание; - после пассивного выдоха пострадавшего второй спасатель начинает делать компрессии. 	<p>Например, поменялись, два и, три и, четыре и, пять и. Определение эффективности непрямого массажа сердца. Продолжение СЛР.</p>
<p>16. Если кто-то откликнулся на зов о помощи, просить его вызвать «скорую помощь».</p>	<p>Даже если пострадавший будет реанимирован, ему необходима медицинская помощь.</p>
<p>17. Прекратить реанимационные мероприятия в случае, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - появились самостоятельное дыхание и пульс; - приехала бригада «скорой помощи»; - спасатели устали, и не могут больше реанимировать пострадавшего; - на смену пришел человек (люди), умеющий проводить СЛР. 	

Практическая подготовка по теме: «Терминальные состояния»

Состояние, в котором находится пациент между жизнью и смертью, называется терминальным (лат. terminate —конечный). Оно включает 3 стадии. В преагональном состоянии сознание пациента еще сохранено, но оно спутано, артериальное давление постепенно снижается, пульс резко учащается и становится нитевидным, дыхание учащается и становится поверхностным или углубляется и урежается, кожные покровы бледнеют. Преагональное состояние при многих хронических заболеваниях может продолжаться в течение нескольких часов и заканчивается развитием терминальной паузы (кратковременное прекращение дыхания), продолжающейся от 5-10 с. до 3-5 мин. и сменяющейся агональным периодом. При развитии у пациента терминального состояния врач информирует об этом его родственников.

В состоянии агонии (греч. Agonia —борьба) вначале отмечается некоторое повышение артериального давления, улучшение работы сердца, иногда даже восстановление сознания (непродолжительное, на несколько минут). Вслед за этим кажущимся улучшением состояния резко падает артериальное давление (до 10-20 мм рт. ст.), сердечные сокращения урежаются (до 20-40 в 1 мин), дыхание становится неравномерным, поверхностным, с редкими, короткими и глубокими дыхательными движениями – гастринг и, наконец, совсем прекращается, сознание угасает. Происходят произвольные мочеиспускание и дефекация. Зрачки расширяются, исчезает роговичный рефлекс. Наблюдаются общие тонические судороги, температура тела снижается на 1-2°C.

Продолжительность агонального периода у пациентов, умирающих от хронических заболеваний, может быть несколько часов, после чего развивается клиническая смерть.

Признаки клинической смерти:

- отсутствие пульса на сонной артерии;

- артериальное давление равно нулю;
- отсутствие дыхания;
- нет реакции зрачков на свет (зрачки не сужаются);
- отсутствие сознания.

Продолжительность этого периода 5-6 мин., в этот короткий период еще возможно восстановление жизненно важных функций с помощью реанимационных мероприятий. При резком нарушении жизненно важных функций сестра должна немедленно вызвать врача и до его прихода начать реанимационные мероприятия.

Манипуляция «Уход за пациентом в терминальном состоянии»

Терминальные состояния – это пограничные между жизнью и смертью стадии, которые проходит человеческий организм. Во время терминальных состояний происходит остановка функций сердечно-сосудистой системы, дыхания, центральной нервной системы, почек, печени, гормональной системы, метаболизма. Различные ткани по-разному реагируют на прекращение доставки к ним крови и кислорода, и их гибель происходит не одновременно. Поэтому своевременное восстановление кровообращения и дыхания при помощи мероприятий, называемых реанимацией, может вывести человека из терминального состояния.

К терминальным состояниям относятся:

- тяжелый шок (шок IV степени);
- запредельная кома;
- коллапс;
- терминальная пауза;
- преагония (преагональное состояние);
- агония (агональное состояние);
- клиническая смерть.

К терминальным состояниям относят также состояние оживленного организма после реанимации.

Основные этапы умирания:

- преагональное (преагональное) состояние;
- терминальная пауза (бывает не всегда);
- агональное состояние;
- клиническая смерть (или постреанимационная болезнь);
- биологическая смерть.

В преагональном (преагональном) состоянии сознание больного еще сохраняется, но спутано. Артериальное давление падает до нуля. Пульс резко учащается и становится нитевидным, отсутствует на периферических артериях, но пальпируется на сонных и бедренных артериях. Дыхание поверхностное, затрудненное. Кожные покровы бледные. Считается, что преагония не имеет определенной продолжительности. Например, при внезапном прекращении кровообращения этот период фактически отсутствует. Напротив, в случае кровотечения, когда включаются компенсаторные механизмы, преагония может продолжаться в течение нескольких часов.

Иногда между преагональным и агональным состоянием возникает терминальная пауза – состояние, которое продолжается от 5–10 секунд до 1–4 минут: прекращается дыхание, пульс редкий, иногда отсутствует. Исчезают реакции зрачка на свет, роговичный рефлекс (смыкание век при легком прикосновении к роговице), зрачки расширяются.

При умирании в состоянии глубокого наркоза терминальная пауза отсутствует. По окончании терминальной паузы развивается агония.

Во время агонии артериальное давление и пульс не определяются (пульс отсутствует на периферических и резко ослабевает на крупных артериях). Глазные рефлексы (роговичный, реакции зрачка на свет) исчезают, дыхание приобретает характер заглывания порций воздуха.

Клиническая смерть – кратковременная переходная стадия между жизнью и смертью продолжительностью 3–6 минут. Дыхание и сердечная деятельность отсутствуют, зрачки

расширены, кожные покровы холодные, рефлексов нет. В этот короткий период еще возможно восстановление жизненных функций при помощи реанимации. В более поздние сроки наступают необратимые изменения в тканях, и клиническая смерть переходит в биологическую, развитие которой исключает возможность оживления.

На длительность клинической смерти влияет вид умирания, его условия и продолжительность, возраст умирающего, степень его возбуждения, температура тела при умирании и прочее.

Причины терминальных состояний:

- травмы;
- ожоги;
- шок;
- инфаркт миокарда;
- острые нарушения сердечного ритма;
- значительная кровопотеря;
- закупорка дыхательных путей, асфиксия;
- поражения электрическим током;
- утопления;
- анафилаксия (укусы насекомых, введение медикаментов);
- заваливание землей и т.д.

Признаки терминальных состояний:

- отсутствие дыхания;
- остановка кровообращения;
- выключение сознания (кома).

Медицинская сестра должна быть очень внимательна к таким больным и до самой последней минуты вести борьбу за их жизнь.

У такого пациента устанавливается индивидуальный пост.

1. Все сведения о самочувствии больного, об изменениях его состояния врач получает от палатной медицинской сестры.
2. Медицинская сестра должна фиксировать выполняемые назначения и результаты наблюдений за больным (частоту дыхания и пульса, уровень артериального давления, диурез, температуру тела и др.) в специальные карты.
3. Следует облегчать боль и страдания пациента.
4. При умирании больного необходимо создать условия, учитывающие интересы окружающих пациентов, которые очень чувствительны к проявлениям профессиональной деформации со стороны персонала.

Производимые процедуры:

Контроль приёма лекарств и дача лекарства лежащему больному.

Измерение артериального давления.

Подсчет частоты пульса.

Измерение температуры.

Измерение сахара крови глюкометром.

Катетеризация мочевого пузыря, установка постоянного катетера, уход за ним.

Смена и уход за повязкой стомы.

Удаление послеоперационных швов.

Снятие гипса.

Профилактика пролежней.

Практическая подготовка по теме: «Уход за стомированными пациентами»

Стома - это отверстие из какого-либо органа, выполненное хирургическим путем, когда при травмах, воспалительных процессах, онкологических заболеваниях удаляются участки пораженной ткани или восстанавливается проходимость. Обычно стома имеет

округлую или овальную форму и здоровую розовую окраску (как в полости рта). В зависимости от того, из какого органа отверстие, стома получает свое название.

Стомы желудочно-кишечного тракта

Для того, чтобы лучше понять, что такое стомы желудочно-кишечного тракта, вспомните, как функционирует желудочно-кишечный тракт.

Гастростома - отверстие в желудке, сообщающее желудок с внешней средой.

Гастростомия (gastrostomia; греч. gaster желудок stoma рот, отверстие, проход) – операция образования искусственного наружного свища в желудке.

Она производится с целью:

- обеспечения пациента питанием;
- осуществления терапевтических мероприятий;
- отведения содержимого желудочно-кишечного тракта при непроходимости его нижележащих отделов;
- временного выключения функции нижележащих отделов желудочно - кишечного тракта и создания более благоприятных условий для заживления ран, язв и т. д.

Гастростома накладывается при следующих состояниях:

- значительные ожоги пищевода в результате приема агрессивных жидкостей;
- запущенные злокачественные опухоли пищевода;
- язвенные процессы желудочно - кишечного тракта;
- операции на желудке или обширные вмешательства на других органах брюшной полости для разгрузки желудка;
- гнойно-некротические заболевания органов брюшной полости - острый деструктивный аппендицит, перитонит и др;
- туберкулез кишечника.

Алгоритм ухода за кожей вокруг гастростомы:

1. Кожу вокруг гастростомы гладко выбрить.
2. Промыть теплой кипяченой водой или раствором фурацилина 1:5000 или 10% раствором танина или 0,5% раствором марганцовокислого калия.
3. Подсушить с помощью салфеток.
4. По назначению врача, нанести ту или иную индифферентную мазь, пасту, присыпку: цинковую пасту, пасту Лассара, дерматологовую пасту, мазь "Стомагезив"; присыпки: сухой танин, тальк, каолин.
5. После впитывания остатки снять салфеткой.

Помните! Смысл использования мазей, паст, присыпок - образование корки, предохраняющей кожу от раздражения при попадании на нее желудочного сока.

ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ИЛЕОСТОМОЙ

Операция наложения илеостомы достаточно тяжела для пациента. Необходимо помнить, что сразу после операции через стому выделяется слизь, а в течение первых 24–48 часов – серознокровянистое отделяемое. По мере восстановления функции кишечника из стомы начнут выделяться газы. Выделения из илеостомы частые, жидкие, содержат пищеварительные ферменты и могут очень сильно повреждать кожу, а присоединение инфекции, при неправильном уходе за стомой, может привести к развитию острых воспалений окружающих тканей. Кроме того, через свищ теряется много питательных веществ, что приводит к истощению больного. Медсестра должна обеспечить уход за илеостомой, обучить пациента уходу, а также консультировать его по возникшим проблемам. Цель ухода за илеостомой: – предотвратить развитие воспаления, изъязвления и инфицирования кожи вокруг стомы; – обеспечить свободное отхождение содержимого из стомы без неприятного запаха, чтобы больной мог находиться в обществе; – собрать в контейнер все отделяемое из стомы, при необходимости провести определение его объема и необходимое исследование; – защитить одежду больного от загрязнений кишечным отделяемым.

Уход за больным с илеостомой в стационаре включает:

- перевязку илеостомы;
- подбор и применение калоприемника.

Решение проблем пациента с илеостомой после выписки из стационара заключается в:

- проведении регулярной смены калоприемника;
- обеспечении правильного питания пациента с илеостомой; – организации правильного образа жизни пациента с илеостомой.

КАЛОПРИЕМНИК – пластиковый мешок, укрепленный на кишечном свище для сбора отделяемого.

Калоприемники могут быть дренируемыми и недренируемыми. Больным с илеостомой рекомендуется использовать дренируемые калоприемники, обеспечивающие более щадящие условия для состояния пациента.

Трахеостома – это открытая рана, которую надо вести по всем правилам асептики «Все, что соприкасается с раной, должно быть стерильным». Необходима защита кожи вокруг трахеостомы, в виду возможности образования зоны мацерации кожи, для чего используют антисептики: раствор йодоната 1% или раствор бриллиантовой зелени 1%, поэтому повязки вокруг трахеостомы нужно менять 5-6 раз в день. Нужно приготовить все необходимое для данного алгоритма. Уход за полостью рта После наложения трахеостомы следует осуществлять постоянный уход за полостью рта, поскольку там скапливаются слюна и слизь, а на губах могут образовываться трещины. В связи с этим необходимо: - бережно удалять слизь из ротоглотки, - осматривать губы, язык, полость рта. - очищать полость рта тампонами, смоченными в физиологическом растворе - смазывать губы увлажняющим кремом. Увлажнение слизистой трахеи Чтобы вдыхаемый воздух не раздражал слизистую оболочку трахеи, необходимо увлажнять его. Это достигается: - периодическим применением ингаляторов; - дыханием через увлажненную марлю (все эти способы увеличивают сопротивление дыханию, что снижает их ценность) - рис 1 - периодическим введением в трахеостому 2-4 мл 4% раствора соды или трипсина - рис 2 - обеспечением высокой гидратации большого Уход за трахеостомой в стационаре - в первые дни после операции (накладывания трахеостомы) в палате должен находиться отсасывающий аппарат (отсос) для периодического удаления выделяющейся мокроты - каждые 4-5 часов внутреннюю трахеостомическую трубку необходимо чистить. С этой целью на корнцанг накручивают вату, смачивают ее теплой водой и вводят внутрь трубки несколько раз. - внутреннюю трубку необходимо менять при перевязке - если при кашле, беспокойном поведении больного или слабой фиксации трубки, она выпала из трахеостомы, то ее необходимо ввести в трахеостому при помощи трахеорасширителя и разводят бранши, чтобы удержать трахею открытой. Пациенту нужно сказать, что ему нечего не угрожает и попросить лежать спокойно, так как активные движения могут привести к появлению одышки и усилят тревогу. - надо предупредить больного, что он не сможет разговаривать, необходимо договориться с ним о коммуникации (кивок головы, «да», «нет», жесты и блокнот и ручка) - если у больного внезапно появляется кашель, «чувство нехватки воздуха», удушье, учащение дыхания, сердцебиение и кожные покровы становятся синюшными, то необходимо вызвать врача и начать очищать дыхательные пути. - у пациента должна быть возможность быстро вызвать персонал (телефон, кнопка сигнализации).

Практическая подготовка по теме: «Оказание неотложной помощи при закупорке дыхательных путей»

Обструкция (непроходимость) дыхательных путей в большинстве случаев обусловлена уменьшением или полным закрытием просвета гортани. Причинами обструкции дыхательных путей могут стать: инородные тела, острые воспалительные и аллергические заболевания, травмы гортани и окружающих тканей, декомпенсация опухолей гортани и объемных процессов расположенных рядом с гортанью и воздухоносными путями.

Выделяют острые (молниеносные) и хронические формы обструкции дыхательных путей. Также выделяют и стадии: компенсации, субкомпенсации, декомпенсации и терминальная стадия асфиксии. В клиническом плане важной особенностью уменьшения просвета гортани (стеноза) является стремительность прохождения стадий процесса с переходом в неуправляемое или малоперспективное состояние. Поэтому лор-врач поликлинического звена обязан оказать своевременную и эффективную помощь при стенозе гортани и его угрозе.

Инородные тела верхних дыхательных путей.

Прием Геймлиха.

Причины: попадание инородных тел в верхние дыхательные пути. В соответствии с рекомендациями Европейского совета по реанимации и Национального совета по реанимации России, выделяют закупорки верхних дыхательных путей инородным телом умеренной и тяжелой степени:

При закупорке умеренной степени предложите пострадавшему покашлять.

Более ничего не предпринимать.

При закупорке тяжелой степени предпринять меры по удалению инородного тела. Для этого

необходимо сделать следующее:

1. Встаньте сбоку и немного сзади пострадавшего.
2. Придерживая грудную клетку пациента одной рукой, другой наклоните его вперёд, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути.
3. Нанесите 5 резких ударов между лопатками основанием ладони.
4. Проверяйте после каждого удара, не удалось ли устранить обструкцию.

Если после 5 ударов обструкция не устранена - сделайте 5 попыток надавливания на живот следующим образом (метод или прием Геймлиха):

Встаньте позади пострадавшего, обхватите его сзади обеими руками на уровне верхней половины живота.

Наклоните пострадавшего вперед.

Сожмите руку в кулак, поместите его посередине между пупком и мечевидным отростком грудины.

Обхватите кулак другой рукой и резко надавите на живот пострадавшего в направлении внутрь и вверх.

Повторите этот метод при необходимости до 5 раз. Если удалить инородное тело не удалось, продолжайте попытки его удаления, перемежая удары по спине с приёмом Геймлиха по 5 раз. Если пострадавший потерял сознание – начните сердечно-лёгочную реанимацию в объеме компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких. Особенностью оказания первой помощи при инородных телах верхних дыхательных путей у тучных или беременных является то, что у них метод Геймлиха не осуществляется. Вместо него проводятся толчки в грудь

Практическая подготовка по теме «Уход за тяжелобольным пациентом»

Общие рекомендации по уходу за тяжелобольным.

1) Поместите, если возможно, больного в отдельную комнату, а если нельзя, то выделите ему место у окна.

2) Кровать, по возможности, поставьте так, чтобы к ней был открыт доступ со всех сторон. Это поможет вам переворачивать больного, мыть его, менять постельное бельё.

3) Постель, не должна быть мягкой. Если это необходимо, застелите клеенкой матрац под поясницей. Простыня должна быть без складок; складки провоцируют пролежни.

4) Одеяло лучше использовать не тяжелое ватное, а шерстяное, легкое.

5) Рядом с постелью поставьте тумбочку (табуретку, стул) для лекарств, питья, книг и др.

6) В изголовье постели разместите бра, настольную лампу, торшер.

7) Чтобы больной мог в любую минуту вызвать Вас, приобретите колокольчик или мягкую со звуком резиновую игрушку (или поставьте рядом с больным пустой стеклянный стакан с чайной ложкой внутри).

8) Если больному трудно пить из чашки, то приобретите поильник или используйте соломку для коктейлей.

9) Если больной не удерживает мочу и кал, а у Вас есть средства, чтобы купить памперсы для взрослых или взрослые пеленки, то приобретите их. А если нет, то сделайте много тряпочек из старого белья для смены.

10) Используйте только тонкое (пусть старенькое) хлопчатобумажное бельё для больного: застежки и завязки должны быть спереди. Приготовьте несколько таких рубашек для смены.

11) Проветривайте комнату больного 5–6 раз в день в любую погоду на 15–20 минут, укрыв больного потеплей, если на улице холодно. Протирайте пыль и делайте влажную уборку каждый день.

12) Если больной любит смотреть телевизор, слушать приемник, читать – обеспечьте ему это.

13) Всегда спрашивайте, что хочет больной и делайте то, о чем он просит. Он знает лучше Вас, что ему удобно и что ему нужно. Не навязывайте свою волю, всегда уважайте желание больного.

14) Если больному становится хуже, не оставляйте его одного, особенно ночью. Соорудите себе постель рядом с ним. Включите ночник, чтобы в комнате не было темно.

15) Спрашивайте больного, кого бы он хотел видеть и зовите к нему именно этих людей, но не утомляйте его визитами друзей и знакомых.

16) Питание должно быть легко усваиваемым, полноценным. Желательно кормить больного небольшими порциями 5–6 раз в день. Пищу готовьте так, чтобы она была удобна для жевания и глотания: мясо в виде котлет или суфле, овощи в виде салатов или пюре. Конечно, необходимы супы, бульоны, каши, творог, яйца. Важно ежедневное употребление овощей и фруктов, а также ржаного хлеба и кисломолочных продуктов.

Этапы ухода за тяжелобольным пациентом

Утром, разбудив больного:

- а) предложите больному судно или мочеприемник;
- б) подмойте больного;
- в) поправьте нательное и постельное белье (стряхните крошки, расправьте складки на белье), при необходимости смените нательное и постельное белье;
- г) умойте больного, при необходимости проведите туалет глаз, носа, ушей, побрейте;
- д) проведите туалет полости рта;
- е) протрите кожу, расчешите волосы;
- ж) проведите профилактику пролежней;
- з) измерьте температуру тела;
- и) накормите больного;
- к) выполните назначения врача.

Практическая подготовка по теме: «Потеря, смерть, горе»

Горе, стадии горевания

В состоянии пациента наступает такой момент, когда он, его родные понимают неизбежность смерти. Чужая смерть – *испытание* для любого человека. Медсестра должна знать возможные реакции пациента и его близких на полученную информацию, и должна быть готовой к адекватной психологической поддержке с такого момента и до конца, понимая индивидуальность каждого случая.

Печаль, переживание – специфическое поведение, которое появляется после потери значимого человека, органа или части тела. Оно прекращается после того, как человек смирится с этой потерей.

Потерей может стать утрата работы, конечности в результате ампутации, потеря возможности двигаться самостоятельно, потери зрения или слуха, потеря родного человека, потеря жизни. Когда говорят о потере жизни, имеется в виду и тот, кто ушел, и те, кто переживает потерю близкого человека. Жизнь – серия потерь. Естественная *реакция* человека на потерю – горе.

Горе – эмоциональный отклик на утрату или разлуку, проходящий несколько стадий (фаз).

Стадии горевания

Умирующий:

Оцепенение, отрицание, неприятие – психологический шок, особенно если потеря внезапная. Первые мысли: "нет, не я, "не может быть, это – ошибка". Может перейти в истерику. Иногда возникает желание самоизоляции.

Страх и гнев – реакция злости на себя, семью, персонал.

Обсуждение, оспаривание происходящего, попытка сделать всё невысказанное для исцеления – обратиться к целителям, богу.

Депрессия. Испытывается отчаяние, растерянность. Реально ощущается близость потери, грусть, обида. Теряется интерес к дому, окружающему, собственной внешности.

Мужчины переживают данную стадию тяжелее, так как считают, что не имеют права плакать.

Принятие (измученность, смирение). Это – наиболее положительная реакция. Происходит прощание с жизнью, осознание конца.

Его родственники:

Отрицание.

Тоска.

Депрессия.

Вина или агрессия.

Возвращение душевного равновесия.

Разумеется, не может быть прямых параллелей и обязательных совпадений фаз. Некоторые фазы могут быть очень короткими или отсутствовать, другие – чрезвычайно затягиваться (например, депрессия близких умершего может продолжаться годами).

Медсестре необходимо верно определить стадию и вовремя оказать необходимую психологическую поддержку. В стадию отрицания надо не мешать. Мост взаимопонимания должен строиться от переживающего потерю. В стадию агрессии необходимо дать возможность "выплеснуться". Относиться к вспышкам гнева спокойно. В следующую стадию не надо лишать возможности сделать все, что можно для исцеления, помочь общению с духовником. В стадию депрессии необходимо сопереживание, уберечь от попытки суицида. Надо создать, доброжелательную обстановку с участием родственников, коллег по работе. В стадию принятия необходимо поддержать пациента. В финале пациенты чувствительны к любой фальши. Неоправданный оптимизм, замалчивание проблемы, чрезмерное переживание – неуместны. Важно терпеливое выслушивание, сочувствие, стремление поддержать. Беседы должны проводиться наедине. Беседы с родственниками – отдельно от пациента. Смерть – неотъемлемая часть самой жизни. Пациент должен принять её в нужный момент с достоинством и без страха. При приближении смерти медсестра должна сделать всё для пациента. Самое главное – дать понять ему, что до самой последней минуты он не будет один. Сообщая родственникам о смерти пациента, нельзя оставлять места сомнениям в том, что сделано всё необходимое и возможное, чтобы помочь спасти их близкого. В конце разговора попытаться переключить внимание родных на организацию похорон, посоветовать, что делать в первую очередь (оповещение родственников и знакомых, оформление свидетельства о смерти и т.д.).

Правила обращения с трупом.

Показания: подготовка трупа к транспортировке в патологоанатомическое отделение.

Оснащение: вода, мыло, полотенце, перчатки, бинт, простынь, ручка, бланк направления, ёмкости с дезрастворами.

Этапы	Обоснование
1. Вымыть руки, надеть перчатки.	Соблюдение требований СЭР
2. Раздеть умершего, положить без подушки на спину с разогнутыми конечностями.	Обязательное условие
3. Подвязать бинтом нижнюю челюсть и опустить веки.	Условие для трупного окоченения
4. На бедре умершего написать Ф.И.О., № истории болезни; накрыть простыней	Идентификация трупа
5. Труп оставляют в отделении на 2 часа; после появления признаков биологической смерти констатируют смерть.	Обязательное условие
6. Снять с трупа ценности, составить опись и отдать на хранение старшей м/с	Для передачи родственникам
7. Транспортировать труп в патологоанатомическое отделение направлением, заполненным по форме.	Обязательное условие
8. Снять перчатки, вымыть руки.	Требования СЭР