Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**ДНЕВНИК**

**учебной практики**

Наименование практики Сестринский уход в терапии.

Ф.И.О. \_\_\_\_\_Васильева Ксения Андреевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения практики Фармацевтический колледж КрасГМУ

с «\_12\_\_» \_10\_\_\_ 20\_20\_ г. по «\_24\_\_» \_\_10\_\_\_\_20\_20\_ г.

Руководитель практики:

Ф.И.О. (его должность) Стародубец Ирина Ивановна

Красноярск

2020год

**Содержание**

1. Цели и задачи практики

2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть обучающийся после прохождения практики

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (текстовой)

9. Приложения

**Цель** учебной практики «Сестринский уход в терапии» состоит в приобретении первоначального практического опыта по участию в лечебно-диагностическом процессе и последующего освоения общих и профессиональных компетенций по избранной специальности.

**Задачи:**

1. Закрепление и совершенствование приобретенных в процессе обучения профессиональных умений обучающихся по сестринскому уходу в терапии
2. Ознакомление со структурой различных отделений терапевтического профиля ККБ и организацией работы среднего медицинскогоперсонала;
3. Адаптация обучающихся к конкретным условиям деятельности учреждений здравоохранения.
4. Формирование навыков общения с пациентами терапевтического профиля и их родственниками с учетом этики и деонтологии
5. Освоение современных методов работы в медицинских организациях практического здравоохранения
6. Обучение студентов особенностям проведения лечебно-диагностических мероприятий в терапевтической практике.
7. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с медицинским персоналом и пациентами;

**В результате учебной практики обучающийся должен:**

**Приобрести практический опыт:**

* осуществления ухода за терапевтическими пациентами при различных заболеваниях и состояниях;
* проведения реабилитационных мероприятий в отношении терапевтических пациентов с различной патологией;
* **Освоить умения:**
* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* осуществлять сестринский уход за терапевтическими пациентами при различных заболеваниях и состояниях;
* осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях стационара;
* осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
* вести утвержденную медицинскую документацию;

**Знать:**

* причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента;
* организацию и оказание сестринской помощи пациентам терапевтического профиля;
* пути введения лекарственных препаратов;
* правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения

**Тематический план**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов и тем практики** | | **Всего часов** |
|
|
| 1. | Сестринский уход за больными при заболеваниях органов дыхания | | 12 |
| 2 | Сестринский уход за больными при заболеваниях сердца | | 12 |
| 3  4  5  6  7 | Сестринский уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта  Сестринский уход за больными при заболеваниях почек  Сестринский уход за больными при заболеваниях крови  Сестринский уход за больными при заболеваниях эндокринной системы  Сестринский уход за больными при аллергических заболеваниях | | 12  6  6  12  6 |
|  | **Итоговое занятие**  **Итого** | | **6**  **72часа** |
| **Вид промежуточной аттестации** | | зачет | 5 |

**График прохождения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование разделов и тем практики | Дата |
| 1. | Сестринский уход за больными при заболеваниях органов дыхания |  |
| 2. | Сестринский уход за больными при заболеваниях сердца |  |
| 3  4  5  6  7. | Сестринский уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта  Сестринский уход за больными при заболеваниях почек  Сестринский уход за больными при заболеваниях крови  Сестринский уход за больными при заболеваниях эндокринной системы  Сестринский уход за больными при аллергических заболеваниях |  |
| 8. | Зачет по учебной практике | 5 |

**Инструктаж по технике безопасности**

С инструкцией № 331 по охране труда для студентов фармацевтического колледжа ознакомлен

Дата Роспись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Содержание и объем проведенной работы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | Тема | Содержание работы |
|  | 1.Сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания | 1.Знакомство со структурой пульмонологического отделения, правилами внутреннего распорядка.  2.Принципы обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания.  3.Гигиеническое мытье рук.  4. Одевание одежды и перчаток  5. Накрытие манипуляционного стола.  6.Подготовка лотков, пинцетов спиртовых солфеток, шприцев для манипуляций.  7.Поготовка инструментов для плевральной пункции.  8.Выполнение всех видов сестринских манипуляций (в/в, п/к, в/м,в\в капельно.  9.Проведение забора материала для лабораторного исследования.  10.Подготовка пациентов к обследованиям: ренгеноскопии,ренгенографии, бронхографии, бронхоскопии.  11.Осуществлять сбор медицинских отходов.  12.Измерять основные показатели-АД, пульс,ч.д.д. чсс.  13. Использовать в повседневной  деятельности знания приказов МЗ РФ. |
|  | 2.Сестринский уход за больными с заболеваниями сердца | 1.Знакомство со структурой кардиологического отделения, правилами внутреннего распорядка.  2.Выполнять сестринские манипуляции(в/м,в/в,п/к,в\вкапельно).  3.Проводить оксигенотерапию  4.Проводить подготовку пациентов и забор материала для лабораторного исследования.  5.Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований.  6.Участвовать в проведении электрографии.  7.Готовить пациентов к УЗИ обследованию  8.Измерять основные показатели: Пульс, АД ,Ч.С.С, Ч,Д,Д  9.Осуществлять сбор медицинских отходов.. |
|  | 3.Сестринский уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. | 1.Знакомство со структурой отделения гастроэнтерологии, правилами внутреннего распорядка.  2 .Обследование больного с заболеванием желудочно-кишечного тракта  3.Проведение всех видов сестринских манипуляций(парентеральное введение лекарственных средств, проведение взятия желудочного сока, дуоденального зондирования, очистительной, сифонной, гипертонической клизмы постановки газоотводной трубки)  4.Подготовка пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям(ренгеноскопии,ректероманоскопии,колоноскопииУЗИ,ФГДС).  5.Измерение основных показателей(пульс,А.Д, Ч.С.С, Ч.Д.Д.  6.Осуществлять сбор медицинских отходов.  7.Решение кейсового задания. |
|  | 4.Сестринский уход за больными при заболеваниях  почек | 1Знакомство со структурой нефрологического отделения,правилами внутреннего распорядка.  2.Подготовка больного к лабораторным и инструментальным обследованиям(сдачи крови на общий и биохимический анализ, сдачи мочи по Зимницкому, по Ничепоренко, подготовка к УЗИ обследованию.  3.Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в\в,в/м,п/к,в/вкап., катетеризация мочевого пузыря)  4.Измерение основных показателей(температура,А.Д.Пульс,Ч.Д.Д.Ч.С.С.)  5.Осущетвлять сбор медицинских отходов. |
|  | 5.Сестринский уход за больными при заболеваниях крови | 1.Знакомство со структурой отделения гематологии, правилами внутреннего распорядка.  2.Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в/в,в/м,в/вкап.п/к)  3. Измерение основных показателей(температура, А.Д. Пульс, Ч.Д.Д,Ч.С.С.)  4.Осущетвлять сбор медицинских отходов.  5.Проведение бесед с пациентом по вопросам правильного питания.  6.Решение кейсового задания. |
|  | 6.Сестринский уход за больными с заболеваниями эндокринной системы. | 1Знакомство со структурой отделения эндокринологии, правилами внутреннего распорядка.  2. Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в/в,в/м,в/вкап.п/к)  3. Измерение основных показателей(температура, А.Д. Пульс, Ч.Д.Д,Ч.С.С.)  4.Осущетвлять сбор медицинских отходов.  5.Проведение бесед с пациентом по вопросам правильного питания.  6.Решение кейсового задания. |
|  | 7.Сестринский уход за больными с аллергозами  Зачет по учебной практике | 1Знакомство со структурой отделения аллергологии, правилами внутреннего распорядка.  2. Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в/в,в/м,в/вкап.п/к)  3. Измерение основных показателей(температура, А.Д. Пульс, Ч.Д.Д,Ч.С.С.)  4.Осущетвлять сбор медицинских отходов.  5.Проведение бесед с пациентом по вопросам правильного питания.  6.Решение кейсового задания. |

**Манипуляционный лист**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень манипуляций | Результат освоения | Роспись преподавателя |
| 1 | Сбор сведений о больном пациенте | освоено |  |
| 2 | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | освоено |  |
| 3 | Оценка тяжести состояния пациента, выявление проблем больного | освоено |  |
| 4 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | освоено |  |
| 5 | Кормление больного через зонд | освоено |  |
| 6 | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | освоено |  |
| 7 | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | освоено |  |
| 8 | Заполнение медицинской документации | освоено |  |
| 9 | Проведение проветривания и кварцевания | освоено |  |
| 10 | Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима | освоено |  |
| 11 | Оценка клинических анализов крови и мочи | освоено |  |
| 12 | Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований | освоено |  |
| 13 | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | освоено |  |
| 14 | Проведение ингаляций. | освоено |  |
| 15 | Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки. | освоено |  |
| 16 | Разведение и введение антибиотиков | освоено |  |
| 17 | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов | освоено |  |
| 18 | Забор крови для биохимического исследования | освоено |  |
| 19 | Промывание желудка | освоено |  |
| 20 | Подача кислорода через маску и носовой катетер | освоено |  |
| 21 | Смена постельного белья | освоено |  |
| 22 | Проведение фракционного желудочного зондирования. | освоено |  |
| 23 | Проведение фракционного дуоденального зондирования | освоено |  |
| 24 | Проведение катетеризации мочевого пузыря | освоено |  |
| 25 | Подготовка к проведению стернальной пункции | освоено |  |
| 26 | Подготовка к проведению плевральной пункции | освоено |  |
| 27 | Обучение пациента правилам пользования карманным ингалятором | освоено |  |
| 28 | Обучение пациента правилам пользования глюкометром | освоено |  |
| 29 | Ведение карты сестринского процесса | освоено |  |
|  |  |  |  |

# Текстовой отчет

Самооценка по результатам учебной практики

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сан-просвет работы с указанием количества человек курация, беседы с детьми, родителями

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я хорошо овладел(ла) умениями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенно понравилось при прохождении практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Недостаточно освоены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Замечания и предложения по прохождению практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Студент **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись (расшифровка

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 14.10.20 | **Стенокардия**  Специфический болевой синдром, характерный для ишемии миокарда. Выделяют стабильную и нестабильную стенокардию, а также стенокардию напряжения и покоя.  Важно отметить такие симптомы, как:   * сжимающий, давящий или жгучий характер приступа; * отдачу под левую лопатку или в руку, шею, нижнюю челюсть; * недостаток кислорода и головокружение; * очевидные перебои в работе сердца: колебание частоты пульса и артериального давления.   Причины стенокардии:  Причиной стенокардии является частичное перекрытие просвета артерий атеросклеротическими бляшками, вследствие чего возникает выраженное кислородное голодание клеток сердца, что и вызывает боль. Дополнительную роль играет спазм сосудов, которой может быть спровоцирован, например, нервным перенапряжением или резким выходом на холод.  Именно наличие атеросклеротических бляшек является ведущим фактором развития стенокардии. Развитие ишемической болезни сердца — процесс сложный и многокомпонентный, который провоцируется и ускоряется из-за факторов риска:   * артериальной гипертензии, * курения, ожирения, * нарушение обмена холестерина, * диабета, * низкой физической активности и неправильного питания.   Диагностика стенокардии:  Лабораторная диагностика крови помогает определить уровень:   * общего холестерина и липидных фракций, * липопротеидов высокой и низкой плотности, * триглицеридов, |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | * креатинкиназы, * глюкозы, * маркеров системного воспаления (ЦРБ), * показателей свертывающей системы — коагулограммы, * электролитов, * тропонина — в острых ситуациях.   Лечение стенокардии:  Стенокардия — сопровождающий фактор ишемической болезни сердца, поэтому основную борьбу необходимо вести именно с ней. Лечение стенокардии направлено на купирование и предупреждение приступов и осложнений.  Первоочередным при появлении приступа является прием нитроглицерина. Он способствует облегчению болевого синдрома. Если приступ не остановился, можно использовать нитроглицерин повторно. Лекарственная терапия подразумевает назначение лечащим врачом антиишемических препаратов, которые помогают сердцу справляться с пониженным уровнем кислорода. Также назначаются антисклеротические препараты, антиоксиданты и антиагреганты.  На основе диагностики принимается решение о дополнительном лечении нарушений сердечных проводимости и ритма. При стенокардии часто назначается оперативное вмешательство: баллонная ангиопластика, стентирование, аортокоронарное шунтирование.  ИБС Факторы риска ишемической болезни сердца:  1. Пол (мужской) 2. Возраст >40-50 лет 3. Наследственность 4. Курение (10 и более сигарет в день в течение последних 5 лет)   Гиперлипидемия (общий холестерин плазмы > 240 мг/дл; холестерин ЛПНП > 160 мг/дл) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 1. Артериальная гипертония 2. Сахарный диабет 3. Ожирение 4. Гиподинамия  Симптомы:Клиническая картина ИБС Первое описание стенокардии предложил английский врач Уильям Геберден в 1772 году: «...боль в грудной клетке, возникающая во время ходьбы и заставляющая больного остановиться, в особенности во время ходьбы вскоре после еды. Кажется, что эта боль в случае ее продолжения или усиления способна лишить человека жизни; в момент остановки все неприятные ощущения исчезают. После того, как боль продолжает возникать в течение нескольких месяцев, она перестает немедленно проходить при остановке; и в дальнейшем она будет продолжать возникать не только когда человек идет, но и когда лежит…» Обычно симптомы болезни впервые появляются после 50 лет. В начале возникают только при физической нагрузке. Лечение ишемической болезни сердца Лечение направлено на восстановление нормального кровоснабжения миокарда и улучшение качества жизни больных. К сожалению, чисто терапевтические методы лечения не всегда эффективны. Существует множество хирургических методов коррекции, таких как: аорто-коронарное шунтирование, трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация миокарда и чрескожные коронарные интервеционные вмешательства (баллонная ангиопластика, стентирование коронарных артерий).  «Золотым стандартом» в диагностике обструктивных поражений коронарных артерий сердца считается селективная коронарография. Применяется для того, чтобы узнать существенное ли сужение сосуда, какие артерии и сколько их поражено, в каком месте и на каком протяжении. В последнее время все большее распространение получила мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным болюсным контрастированием. В отличие, от селективной коронарографии, которая по существу является рентгенохирургическим вмешательством на артериальном русле, и выполняется только в условиях стационара, МСКТ коронарных артерий, как правило, выполняется амбулаторно с помощью внутривенного введения контрастного вещества. Еще одним принципиальным отличием может быть то, что селективная коронарография показывает просвет сосуда, а МСКТ и просвет сосуда, и, собственно, стенку сосуда, в которой локализуется патологический процесс. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Острый инфаркт миокарда  **Инфарктом миокарда** называют **острое** заболевание сердца, которое сопровождается возникновением очага некроза в сердечной мышце из-за нарушения кровообращения. Начинается **острый инфаркт миокарда** (ОИМ) с приступа, для которого характерна достаточно сильная и продолжительная боль за грудиной.  Расположение инфарктаИнфаркт миокарда преимущественно затрагивает ЛЖ, при этом возможно распространение процесса на ПЖ и предсердия.**ИМ правого желудочка** обычно развивается вследствие окклюзии правой коронарной артерии или доминирующей огибающей артерии. Основными проявлениями являются увеличение давления заполнения ПЖ, часто сочетающееся с тяжелой [трикуспидальной регургитацией](https://www.msdmanuals.com/ru/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9/%D0%BD%D0%B0%D1%80%D1%83%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B9-%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%8B/%D0%BF%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B8-%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%BF%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2-%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%86%D0%B0/%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%BA%D1%83%D1%81%D0%BF%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%BD%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) и снижением сердечного выброса.  **Нижнезадняя локализация ИМ** часто приводит к дисфункции ПЖ примерно у половины пациентов и проявляется гемодинамическими нарушениями у 10-15%. Дисфункция ПЖ должна быть заподозрена у каждого пациента с нижнезадней локализацией ИМ и повышенным центральным венозным давлением с гипотонией или шоком. Развитие ИМ ПЖ на фоне ИМ ЛЖ существенно увеличивает риск смерти.  **ИМ передней локализации** обычно больше по распространенности и характеризуется худшим прогнозом по сравнению с нижнезадним ИМ. Развитие переднего ИМ обычно связано с окклюзией в бассейне левой коронарной артерии, особенно передней нисходящей артерии; нижнезадний ИМ связан с обструкцией правой коронарной артерии или доминирующей огибающей артерией.  **Клинические проявления:**  Симптомы ИМсST и ИМбST схожи. За несколько дней или недель до коронарного события около 2/3 пациентов отмечают продромальные симптомы, которые включают [нестабильную или прогрессирующую стенокардию](https://www.msdmanuals.com/ru/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9/%D0%BD%D0%B0%D1%80%D1%83%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B9-%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%8B/%D0%B8%D1%88%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C-%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%86%D0%B0/%D0%BD%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%8F), одышку или усталость.  У женщин характерно частое развитие атипичной клиники ИМ. Для пожилых пациентов более характерны жалобы на одышку, чем на ангинозный болевой синдром.  В тяжелых случаях ишемии пациент часто имеет выраженный болевой синдром, сопровождающийся беспокойством и страхом смерти. Могут возникать тошнота и рвота, особенно при инфаркте миокарда нижней локализации. Преобладают одышка и слабость из-за недостаточности левого желудочка, отека легких, шока или клинически выраженной аритмии. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Диагностика:   * ЭКГ в динамике * Измерение уровня кардиомаркеров в динамике * Проведение коронарной ангиографии по экстренным показаниям (если не применялись фибринолитики) у пациентов с ИМпST или его осложнениями (сохраняющаяся ангинозная боль, гипотензия, значительное повышение уровня сердечных маркеров, нарушения ритма) * Отсроченная коронарная ангиография (в течение 24–48 ч) для пациентов с ИМбST без осложнений   Сердечная недостаточность:  Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из основных проблем здравоохранения в современном обществе. Заболеванию подвержено **10 человек** из **1000**после **65 лет** и **10%** населения после **80 лет**. Состояние характерно для пожилых людей. В молодом возрасте проявляется редко.  **Симптомы хронической сердечной недостаточности:**   * **Синдром тахикардии**― сердце в груди бьется часто, гулко, с надрывом. При прощупывании пульса можно насчитать до 90 ударов в минуту. * **Одышка**― появляется от минимальной физической активности (подъем по лестнице, быстрая ходьба, наклоны). Вместе с ней учащается цикличность вдохов-выдохов. Дыхание становится неглубоким, поверхностным. * **Быстрая утомляемость**― даже незначительная нагрузка способна вызвать ощущение тотальной усталости, упадка сил, опустошенности. Требуется время на восстановление. Этот симптом хронической сердечной недостаточности выражен ярко. Достаточно непродолжительной прогулки пешком, чтобы потом долго сидеть на лавочке, восстанавливая силы. * **Сухой кашель**― одиночные покашливания могут переходить в приступообразный кашель, при котором отделяется мокрота. При серьезных нарушениях в вязком отделяемом могут встречаться кровяные прожилки. * **Отечность конечностей**― развивается постепенно, поднимается по направлению к сердцу. Так, например, отек идет от стоп к бедрам, от кончиков рук к плечам. * Классификация: |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | В МКБ 10 хроническая сердечная недостаточность идет под кодом 150, разделяясь на систолическую и диастолическую формы. Это не единственное разделение патологии, существуют и другие основания для классификации. Одно из самых распространенных делений **ведется по стадиям**:   * **I стадия** ― первичные изменения, снижение функциональности левого желудочка сердца. В этот момент еще нет серьезных нарушений кровотока, поэтому симптомы хронической сердечной недостаточности не проявляются. * **II A стадия** ― кровь движется по руслу медленнее, может образовывать участки застоя в легочных полях или нижнем сегменте тела. * **II Б** ― страдает гемодинамика, затрагивая сразу оба круга кровообращения. Для этой ступени уже характерны заметные изменения сосудов и самой сердечной мышцы. Врач может выявить признаки заболевания, зафиксировав посторонний свист в легких, отечность нижних конечностей. * **III стадия** ― отеки распространяются по всему телу. Теперь они появляются не только в ногах, но и становятся заметными в области бедер, поясничной зоны. Жидкость может скапливаться в брюшине, распространяться по туловищу. На этой ступени необратимые изменения затрагивают жизненно важные органы: головной мозг, сердце, бронхо-легочную систему, почки и печень.   **Клапан** — часть [сердца](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%86%D0%B5), образованная складками его внутренней оболочки (эндокард), обеспечивает однонаправленный ток крови путём перекрывания венозных и артериальных проходов.  **Трикуспидальный клапан**  — клапан между правым предсердием и правым желудочком сердца, представлен тремя [соединительнотканными](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8C) пластинками, которые предотвращают [регургитацию](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%B3%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F" \o "Регургитация) (обратный ток) крови в правое предсердие во время [систолы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B0_(%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)) правого желудочка.  **Митральный клапан** — двухстворчатый (бикуспидальный) клапан между [левым предсердием](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D0%B8%D0%B5) и [левым желудочком](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%BA) сердца. Представлен двумя [соединительнотканными](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8C) створками, которые предотвращают во время [систолы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B0_(%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)) левого желудочка регургитацию (обратный ток) крови в левое предсердие. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Аортальный клапан** расположен на границе [левого желудочка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%BA) и [аорты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0), препятствуя обратному току крови из [аорты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0) в [левый желудочек](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%BA).  У человека клапан имеет три створки, открывающиеся в сторону [аорты:](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0) правую коронарную, левую коронарную и заднюю (некоронарную). Полулунные створки, смыкаясь, перекрывают отверстие, соединяющее аорту и левый желудочек. Створки крепятся к [фиброзному](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B8%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D1%87%D0%BA%D0%B0) кольцу, которое образует отверстие между аортой и левым желудочком.  Гемодинамика работы клапана: в [систолу](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B0_(%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)) [левого желудочка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%BA) под действием давления крови створки клапана открываются, и кровь поступает в [аорту](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0), затем в [диастолу](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B0) под давлением крови из аорты створки захлопываются, препятствуя обратному току крови в левый желудочек.  Эндокардит:  Эндокардит — это воспаление, происходящее во внутренней сердечной оболочке (эндокарде). В большинстве случаев эндокардит возникает из-за инфекции, однако известны и другие факторы. ****ПРИЧИНЫ**** Существует множество причин возникновения эндокардита:   * -инфекции; * -травмы; * -аллергические заболевания; * -интоксикации; * -поражения соединительной ткани.   Нередко эндокардит развивается не как самостоятельная болезнь, а как следствие других патологий в организме. Заболеванию в равной степени подвержены как мужчины, так и женщины. Возникнуть он может в любом возрасте. На сегодняшний момент известно около 130 видов микроорганизмов, способных спровоцировать эндокардит. ****СИМПТОМЫ**** Некоторое время заболевание может развиваться бессимптомно. Также оно характеризуется острыми и хроническими стадиями. Существует обширный перечень симптомов, что затрудняет постановку верного диагноза. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Некоторое время заболевание может развиваться бессимптомно. Также оно характеризуется острыми и хроническими стадиями. Существует обширный перечень симптомов, что затрудняет постановку верного диагноза.  Клиническая картина эндокардита выражается в следующей симптоматике:   * -повышенная температура; * -озноб; * -потливость; * -увеличенные лимфоузлы; * -признаки интоксикации (слабость, головные боли); * -изменение цвета кожи (бледность, пятна); * -изменение формы ногтей; * -артрит крупных суставов; * -поражение сердечных клапанов; * -повышенное тромбообразование; * -признаки перикардита; * -системные поражения органов (почек, центральной нервной системы и пр.); * -прогрессирующая сердечная недостаточность.   Проявление заболевания индивидуально, и зависит от общего состояния организма пациента и степени выраженности патологического процесса. ****ДИАГНОСТИКА**** Постановка верного диагноза нередко бывает затруднена из-за многообразия симптомов. Поэтому для диагностики необходимо всестороннее обследование, включающее в себя:  электрокардиограмму;  эхокардиографию;  анализы крови (общий, биохимический, иммунологический);  бактериологический посев крови. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | ****ВИДЫ**** В основе классификации миокардитов лежит причина его возникновения. Таким образом, выделяются следующие виды заболевания:   * -инфекционный (вызван осложнением после инфекции); * -ревматический (выраженная реакция иммунной системы на один из видов стрептококка); * -аллергический (также при тяжёлых состояниях организма — ожоговой болезни, после трансплантации и пр.); * -токсический (среди основных причин — отравление тяжёлыми металлами, алкоголем); * -симптоматический (развивается на фоне тяжёлых, как правило, аутоиммунных, хронических заболеваний).  ****СИМПТОМЫ**** Основной симптом миокардита — нарушение сердечных функций, выражающееся в:   * -быстрой утомляемости; * -болях в области сердца; * -одышке; * -повышенном потоотделении; * -учащённом сердцебиении.  ****ДИАГНОСТИКА**** При первичном приёме врач побеседует с пациентом, выслушает жалобы, соберёт данные о перенесённых заболеваниях, проведёт осмотр и направит на обследования. Для точной постановки диагноза назначаются:   * -ЭКГ; * -УЗИ сердца; * -рентген грудной клетки; * -МРТ; * -общий и биохимический анализы крови; * -иммунологический анализ (для выявления аллергического миокардита)   Перикардит — это патологическое состояние сердечно-сосудистой системы, выражающееся в воспалительном процессе наружной оболочки сердца (перикарда). Он чаще всего возникает как следствие перенесённой инфекции либо после инфаркта. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | ПРИЧИНЫ Распространённые причины перикардита — это туберкулёз и ревматизм, нередко он сопровождается другими поражениями сердца: миокардом и эндокардом.  Перикардит могут спровоцировать:   * -инфекции различного происхождения; * -аллергии; * -аутоиммунные заболевания; * -болезни и травмы сердца; * -опухоли; * -воздействие токсинов; * -пороки развития перикарда.  ВИДЫ Существуют различные классификации перикардитов:   * -первичный или вторичный (осложнение при других заболеваниях); * -ограниченный, частичный либо общий; * -острый или хронический.  СИМПТОМЫ Симптоматика перикардита зависит от его формы и степени воспаления. Общие симптомы следующие:   * -слабость; * -постоянные боли в районе сердца, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле; * -одышка.   Манипуляции:  В/в коргликона 0.06%-1мл |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Оснащение:**  ·         накрытый стерильный лоток;  ·         20 - граммовый стерильный шприц;  ·         2-3 стерильные иглы для в/в инъекций и набора лекарственного средства;  ·         стерильные шарики (3 смоченных спиртом, один сухой);  ·         спирт 70 %;  ·         перчатки, маска;  ·         лоток для сбора использованного материла;  ·         жгут;  ·         лоток для сбора используемого материала;  ·         клеенчатый валик;  ·         стерильные марлевые салфетки  **Подготовка пациента:**  ·         психологическая подготовка пациента  ·         объяснить пациенту смысл манипуляции  ·         усадить или уложить пациента  **Алгоритм действий:**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Надеть перчатки и обработать их шариком со спиртом  3. Набрать лекарственное средство в шприц непосредственно из ампулы или через иглу, предварительно обработать ампулу шариком со спиртом.  4. Выпустить воздух из шприца  5. Положить шприц с лекарственным средством в стерильный лоток накрытый стерильной салфеткой  6. Взять 3 стерильных шарика (2 смоченных в спирте,1-сухой) и стерильную салфетку  7. Выпрямить руку пациента  8. Подложить клеенчатый валик под локтевой сгиб пациента  9. Наложить выше локтевого сгиба на 3-4 см жгут, концами вверх |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 10. Убедится, что пульс на лучевой артерии хорошо определяется  11. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак  12. Определить пальпаторно пунктируемую вену  13. Обработать область локтевого сгиба размером 10\*10см стерильным спиртовым шариком в одном направлений  14. Вторым стерильным спиртовым шариком обработать область пунктируемой вены в том же направлений  15. Снять сухим шариком излишек спирта  16. Взять шприц и убедится, что в нем нет пузырьков воздуха  17. Зафиксировать пальцами левой руки пунктируемую вену ниже обработанной области, не касаясь обработанной поверхности  18. Пропунктировать вену одним из способов (одномоментно или поэтапно)  19. Потянуть на себя поршень шприца, увидев появление крови, поймете, что вы попали в вену  20. Развязать свободной рукой жгут и попросить пациента разжать кулак.  Убедится еще раз, что игла не вышла из вены  21. Ввести лекарство, не меняя положения шприца, медленно, левой рукой, оставив в шприце 0,5 мл раствора  22. Извлечь иглу после введения лекарства быстрым движением  23. Прижать место пункции сухим стерильным шариком  24. Согнуть руку пациента в локтевом сгибе на 3-5 минут  25 Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации (КБУ) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | В/в Лазикса 40 мл капельно  **Оснащение:**           накрытый стерильный лоток;           система; лейкопластырь; стерильные шарики (3 смоченных спиртом, один сухой);           спирт 70%; перчатки, маска; лоток для сбора использованного материла;           жгут; лоток для сбора используемого материала; клеенчатый валик;           стерильные марлевые салфетки;           флакон с лекарственным раствором;           ножницы;           штатив  **Подготовка пациента:**           психологическая подготовка пациента           объясните пациенту смысл манипуляции           уложите пациента  **Алгоритм действий:**  1.      Вымыть руки теплой водой с мылом  2.      Надеть перчатки и обработать их шариком со спиртом  3.      Проверить герметичность упаковочного пакета и срок годности  4.      Вскрыть пакет ножницами и вынуть систему на стерильный лоток  5.      Прочитать внимательно название лекарственного вещества и срок его годности, и внешний вид (прозрачность)  6.      Снять ножницами фольгу до середины пробки  7.      Обработать шариком со спиртом пробку  8.      Снять колпачок иглы с воздуховода  9.      Ввести иглу до упора в пробку, закрыть трубку воздуховода вдоль так, чтобы ее конец был на уровне дна бутылки |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 10.  Закрыть зажим, снять колпачок с иглы для подключения к бутылке. Ввести иглу в пробку бутылки до упора  11.  Перевернуть бутылку и закрепить ее на штативе. Снять колпачок с инъекционной иглы  12.  Повернуть капельницу в горизонтальное положение, открыть зажим, медленно заполнить капельницу до половины объема  13.  Закрыть зажим и возвратить капельницу в исходное положение, фильтр должен быть заполнен полностью  14.  Открыть зажим и медленно заполнить устройство до полного вытеснения воздуха и появления капли из иглы. Закрыть зажим, надеть колпачок на иглу  15.  Проверить отсутствие воздуха в трубке устройства.    в/м Панангин  **Места для подкожных инъекций:**  верхний наружный квадрат ягодицы;  средняя переднебоковая поверхность бедра  **Оснащение:**  накрытый стерильный лоток;  стерильный шприц с лекарственным веществом;  стерильные иглы для внутримышечной инъекций (в/м);  стерильные шарики (3 смоченных спиртом, один сухой);  спирт 70%;  перчатки;  лоток для сбора использованного материала |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 15.10.2020 | **Сестринский уход при заболеваниях сердца**  **1.Что такое гипертоническая болезнь, симптомы:**  **Гипертоническая болезнь** (артериальная гипертензия) — хроническое заболевание, ключевым проявлением которого является стойкое повышенное артериальное давление (АД). Возникает вследствие нарушения регуляции сосудистого тонуса, изменений в работе сердца и почек.  **Общими симптомами гипертонии являются:**   * -шумы в ушах; * -головные боли; * -покраснение лица; * -головокружения; * -учащенное сердцебиение; * -нарушения памяти; * -обильное потоотделение; * -приступы пульсации в голове;   **2.Что такое ишемическая болезнь сердца: стенокардия, что такое острый инфаркт миокарда, симптомы.**  Ишемическая болезнь сердца — острое или хроническое поражение миокарда, возникающее вследствие уменьшения или прекращения снабжения сердечной мышцы артериальной кровью, в основе которого лежат патологические процессы в системе коронарных артерий.  **Стенокардия** — **это** проявление ишемической болезни сердца, характеризующееся приступами болей в области сердца. Это связано с ухудшением коронарного кровообращения (как правило, из-за атеросклероза сердечных артерий).  Острый инфаркт миокарда – омертвение участка сердечной мышцы, вызванное расстройством кровообращения. Инфаркт является одной из главных причин инвалидности и смертности среди взрослого населения. Инфаркт можно считать острой формой ишемической болезни сердца либо ее осложнением.  **Об ИБС свидетельствуют такие признаки:**   * -быстрая утомляемость, вялость, слабость и головокружения; * -ощущение кратковременной нехватки воздуха; * -жжение и тяжесть в груди; * -тошнота; * -во время физических нагрузок — неприятные ощущения в груди.   Стенокардия:   * сжимающий, давящий или жгучий характер приступа; * отдачу под левую лопатку или в руку, шею, нижнюю челюсть; |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | * недостаток кислорода и головокружение; * очевидные перебои в работе сердца: колебание частоты пульса и артериального давления.   **3.Что такое сердечная недостаточность симптомы.**  **Сердечная недостаточность** – под этим термином понимается нарушение насосной функции сердца, которое может протекать как в острой, так и в хронической форме. В результате этого происходит нарушение нормального кровоснабжения органов и тканей организма.  **Таким образом, основными симптомами сердечной недостаточности являются:**   * -одышка; * -цианоз (посинение) кожных покровов; * -головокружение и потемнение в глазах; * -отёки нижних конечностей; * -приступообразный кашель; * -быстрая утомляемость и слабость. * **4.Алгоритм в/м.введения промедола1мл.**   **Места для подкожных инъекций:**  верхний наружный квадрат ягодицы;  средняя переднебоковая поверхность бедра  **Оснащение:**  накрытый стерильный лоток;  стерильный шприц с лекарственным веществом;  стерильные иглы для внутримышечной инъекций (в/м);  стерильные шарики (3 смоченных спиртом, один сухой);  спирт 70%;  перчатки;  лоток для сбора использованного материала  **Подготовка пациента:**  психологическая подготовка пациента  объяснить пациенту смысл манипуляции  уложить пациента в удобную позу  освободить место для инъекций  **Алгоритм действий**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Надеть перчатки и обработайте их шариком ос спиртом  3. Определить место инъекции |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 4. Обработать место инъекции стерильным шариком, смоченным 70 - градусным спиртом площадью 10Х10 см в одном направлении  5. Обработать место инъекции вторым стерильным шариком со спиртом площадью 5Х5 см в той же последовательности  6. Выпустить воздух из шприца. Взять шприц в правую руку, расположить его перпендикулярно к поверхности тела пациента, 2-м пальцем придержать поршень, 5-й палец на муфте иглы, остальные пальцы на цилиндре  7. Растянуть кожу на месте прокола  8. Ввести быстрым движением иглу под углом 90 градусов на 2/3 длины иглы  9. Оттянуть поршень на себя, убедится в отсутствии крови в шприце  10. Ввести медленно лекарственное вещество  11. Извлечь быстрым движением шприц с иглой  12. Прижать сухим стерильным шариком место инъекции  13. Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации (КБУ)  **5.Алгоритм в/в введения строфантина0,005%-0,25 на глюкозе 10мл.**  **Оснащение:**           накрытый стерильный лоток;           20 - граммовый стерильный шприц;           2-3 стерильные иглы для в/в инъекций и набора лекарственного средства;           стерильные шарики (3 смоченных спиртом, один сухой);           спирт 70 %;           перчатки, маска;           лоток для сбора использованного материла;           жгут;           лоток для сбора используемого материала;           клеенчатый валик;           стерильные марлевые салфетки  **Подготовка пациента:**           психологическая подготовка пациента           объяснить пациенту смысл манипуляции           усадить или уложить пациента  **Алгоритм действий:**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Надеть перчатки и обработать их шариком со спиртом  3. Набрать лекарственное средство в шприц непосредственно из ампулы или через иглу, предварительно обработать ампулу шариком со спиртом.  4. Выпустить воздух из шприца  5. Положить шприц с лекарственным средством в стерильный лоток накрытый стерильной салфеткой |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 6. Взять 3 стерильных шарика (2 смоченных в спирте,1-сухой) и стерильную салфетку  7. Выпрямить руку пациента  8. Подложить клеенчатый валик под локтевой сгиб пациента  9. Наложить выше локтевого сгиба на 3-4 см жгут, концами вверх  10. Убедится, что пульс на лучевой артерии хорошо определяется  11. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак  12. Определить пальпаторно пунктируемую вену  13. Обработать область локтевого сгиба размером 10\*10см стерильным спиртовым шариком в одном направлений  14. Вторым стерильным спиртовым шариком обработать область пунктируемой вены в том же направлений  15. Снять сухим шариком излишек спирта  16. Взять шприц и убедится, что в нем нет пузырьков воздуха  17. Зафиксировать пальцами левой руки пунктируемую вену ниже обработанной области, не касаясь обработанной поверхности  18. Пропунктировать вену одним из способов (одномоментно или поэтапно)  19. Потянуть на себя поршень шприца, увидев появление крови, поймете, что вы попали в вену  20. Развязать свободной рукой жгут и попросить пациента разжать кулак.  Убедится еще раз, что игла не вышла из вены  21. Ввести лекарство, не меняя положения шприца, медленно, левой рукой, оставив в шприце 0,5 мл раствора  22. Извлечь иглу после введения лекарства быстрым движением  23. Прижать место пункции сухим стерильным шариком  24. Согнуть руку пациента в локтевом сгибе на 3-5 минут  25 Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации (КБУ)  **6.Алгоритм в/вкап. введения 200мл.физ.р-ра**  **Оснащение:**  ·         накрытый стерильный лоток;  ·         система; лейкопластырь; стерильные шарики (3 смоченных спиртом, один сухой);  ·         спирт 70%; перчатки, маска; лоток для сбора использованного материла;  ·         жгут; лоток для сбора используемого материала; клеенчатый валик;  ·         стерильные марлевые салфетки;  ·         флакон с лекарственным раствором;  ·         ножницы;  ·         штатив  **Подготовка пациента:**  ·         психологическая подготовка пациента  ·         объясните пациенту смысл манипуляции  ·         уложите пациента |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Алгоритм действий:**  1.      Вымыть руки теплой водой с мылом  2.      Надеть перчатки и обработать их шариком со спиртом  3.      Проверить герметичность упаковочного пакета и срок годности  4.      Вскрыть пакет ножницами и вынуть систему на стерильный лоток  5.      Прочитать внимательно название лекарственного вещества и срок его годности, и внешний вид (прозрачность)  6.      Снять ножницами фольгу до середины пробки  7.      Обработать шариком со спиртом пробку  8.      Снять колпачок иглы с воздуховода  9.      Ввести иглу до упора в пробку, закрыть трубку воздуховода вдоль так, чтобы ее конец был на уровне дна бутылки  10.  Закрыть зажим, снять колпачок с иглы для подключения к бутылке. Ввести иглу в пробку бутылки до упора  11.  Перевернуть бутылку и закрепить ее на штативе. Снять колпачок с инъекционной иглы  12.  Повернуть капельницу в горизонтальное положение, открыть зажим, медленно заполнить капельницу до половины объема  13.  Закрыть зажим и возвратить капельницу в исходное положение, фильтр должен быть заполнен полностью  14.  Открыть зажим и медленно заполнить устройство до полного вытеснения воздуха и появления капли из иглы. Закрыть зажим, надеть колпачок на иглу  15.  Проверить отсутствие воздуха в трубке устройства. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 16.10.2020 | **Сестринский уход за больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта**  **1.Гастриты(симптомы, классификация)**  **Гастрит** – **это** воспаление слизистого оболочки желудка, приводящее к нарушению его функции, в особенности секреторной. При наличии у человека **гастрита**, поступающая пища плохо перерабатывается, что приводит к нарушению всасываемости полезных веществ для организма человека.  Острый гастрит характеризуется следующей симптоматикой:   * дискомфорт и болезненные ощущения в эпигастральной области, которые усиливаются после приема пищи; * изжога; * белый налет на языке; * кислая отрыжка; * субфебрилитет (повышение температуры в пределах 37,9); * диспепсические явления — жидкий стул, рвотные проявления.   Вышеупомянутые признаки не являются специфическими для гастрита, то есть они могут быть результатом других патологий ЖКТ. Тем не менее эти симптомы являются основанием для визита к гастроэнтерологу с целью обследования на гастрит или другие проблемы с пищеварительной системой.  Симптоматика хронического гастрита обычно менее четко выражена по сравнению с таковой при острой форме. При хроническом течении гастрита обычно наблюдаются следующие проявления:   * чувство тяжести в желудке, которое сохраняется на протяжении нескольких часов после еды; * ухудшение аппетита; * диспепсические явления; * изжога; * болезненные ощущения в эпигастральной области; * дурнопахнущая отрыжка; * ухудшение внешнего вида и самочувствия.  КЛАССИФИКАЦИЯ Выделяют два основных типа гастрита — острый и хронический. Внутри каждого из этих типов различают несколько подтипов в зависимости от особенностей протекания заболевания. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Острый гастрит – это впервые возникший воспалительный процесс. Проявляется через рвоту, сильные боли, отрыжку, понос, ощущение тяжести и жжения в эпигастральной области. Обычно при остром гастрите воспаление распространяется только на поверхностный эпителий и железистый аппарат желудка, редко когда затрагивает глубокие слои слизистой оболочки.  Хронический гастрит (ХГ) может развиться как логическое продолжение острого гастрита, а может как самостоятельное заболевание. Симптомы те же, что и при острой форме. Только ХГ сопровождает уже тупая боль в области желудка, кроме того добавляются быстрая утомляемость, чувство усталости. Главное же отличие хронического гастрита от острого – продолжительный характер болезни с рецидивами.  Специалисты выделяют несколько форм острого гастрита:   * Эрозивный гастрит возникает при воздействии на желудок высококонцентрированных щелочных и кислотных растворов, разъедающих слизистую. В итоге происходит разрушение как поверхностных, так и более глубоких слоев желудка. Этот вариант острого гастрита зачастую приводит к развитию язвы и появлению рубцов. * Катаральная форма гастрита возникает из-за попадания в желудок некачественной пищи, болезнетворных микроорганизмов, аллергенов или повреждающих медикаментов. Воспаление слизистой, наблюдаемое при этой форме гастрита, быстро проходит после устранения болезнетворных факторов. * Фибринозный гастрит отмечается сравнительно редко, является следствием сепсиса. * Флегмонозная форма гастрита проявляется гнойными воспалительными процессами в слизистой. Его причиной может стать травма инородным телом, распад раковой опухоли, попадание инфекции в уже имеющуюся язву желудка. Для лечения этого вида гастрита требуется незамедлительное оперативное вмешательство, в противном случае есть риск развития перитонита и смертельного исхода.   Различают следующие виды хронического гастрита:   * бактериальный (вызван хеликобактерией); * аутоиммунный (вызван сбоем в работе иммунной системы, из-за которого организм начинает воспринимать собственные ткани как чужеродные и вырабатывает антитела к белкам слизистой оболочки желудка); * химически опосредованный (возникает при продолжительном приёме ряда медикаментозных средств или же при попадании желчи внутрь желудка); * аллергически опосредованный; * гранулематозный (отмечается при саркоидозе, туберкулезе и других гранулематозных воспалительных заболеваниях). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **2.Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки(симптомы, осложнения, признаки желудочно-кишечного кровотечения)**  Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - это заболевание, которое сопровождается образованием язвенного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь имеет хроническое рецидивирующее течение, протекает с периодами обострения и ремиссии. Симптомы язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки  * Ноющие или схваткообразные боли, слабоинтенсивные в эпигастральной области, чаще возникают натощак или непосредственно после еды * Постоянная изжога, особенно в ночные и утренние часы, отрыжка кислым * Тошнота * Отрыжка воздухом, кислым или горьким привкусом * Тяжесть в эпигастральной области после приема пищи, чувство быстрого наполнения желудка * Снижение аппетита * При кровотечении из язв появляется рвота “кофейной гущи”, темный стул (мелена) * При перфорации язв - сильная, кинжальная боль в эпигастральной области, тошнота, рвота, болезненное напряжение мышц живота     К осложнениям язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки относятся кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника и малигнизация  Общие симптомы желудочно-кишечного кровотечения схожи с симптомами кровопотери вообще. К ним относятся бледность кожных покровов, слабость, шум в ушах, холодный пот, тахикардия, одышка, головокружение, мушки перед глазами, снижение артериального давления.  **3.Холецистит,панкреатит(симптомы)**  Холецистит - это воспалительное заболевания желчного пузыря, следствие осложнения желчнокаменной болезни. Воспаление возникает из-за нарушения оттока желчи из желчного пузыря и наличия патогенной микрофлоры в стенке пузыря. Холециститом часто болеют люди старше 50 лет, но и возникают в более раннем возрасте. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Панкреатит** — это воспаление поджелудочной железы. При этом ферменты, выделяемые железой, не выбрасываются в двенадцатиперстную кишку, а активизируются в самой железе и начинают разрушать ее (самопереваривание).  **Симптомы острого панкреатита у взрослых**   * -Панкреатическая колика * -Рвота * -Учащенное сердцебиение * -Повышение температуры * -Вздутие живота * -Образование инфильтрата * -Изменения в общем анализе крови   Среди прочих симптомов холецистита можно выделить:   * -общую слабость; * -повышение температуры тела; * -систематические приступы тошноты; * -регулярную рвоту с примесями желчи.   -Среди прочих симптомов холецистита можно выделить:   * -общую слабость; * -повышение температуры тела; * -систематические приступы тошноты; * -регулярную рвоту с примесями желчи.   **4.Алгоритм взятия желудочного сока.**  1. Объяснить пациенту порядок проведения процедуры, вечером предупредить, что зондирование делается натощак, чтобы утром пациент ничего не ел, не пил, не курил (если зондирование делается в кабинете, то предупредить пациента, о том, чтобы он не забыл взять с собой чистое полотенце).  2. Правильно усадить пациента: опираясь на спинку стула, наклонив голову вперёд, если пациент в постели, то высокое положение Фаулера. Если пациенту нельзя придать положение сидя или полулёжа, он может лежать на боку без подушки.  3. Вымыть руки, надеть перчатки. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 4. На шею и грудь пациента положить полотенце, если есть съёмные протезы, их снять.  5. Ввести зонд (см. алгоритм введения желудочного зонда через рот).  6. Извлечь с помощью 20,0мл шприца содержимое желудка натощак - **первая** порция  7. С помощью цилиндра от 20,0мл шприца (используя его как воронку, присоединив к наружному концу зонда) ввести 200мл капустного отвара, подогретого до 38°С.  8. Через 10 минут извлечь 10мл желудочного содержимого - **вторая** порция.  9. Через 15 минут извлечь всё содержимое желудка - **третья** порция, желудок должен остаться пустым.  10. В течение часа через каждые 15 минут с помощью 20,0мл шприца извлечь ещё 4 порции содержимого желудка - **четвёртая, пятая, шестая** и **седьмая**порции.  11. Осторожно извлечь зонд с помощью полотенца или большой салфетки, поместить его в дезраствор.  12. Протереть рот пациенту и помочь ему придать удобное положение.  13. Снять перчатки, поместить их в дезраствор, вымыть руки.  14. Отправить в лабораторию **1, 4, 5, 6 и 7**порции вместе с направлением.  15. При получении ответа из лаборатории немедленно подклеить его в карту пациента. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **5.Алгоритм дуоденального зондирования.**  **Подготовка пациента:**  1.Установить доверительные отношения, объяснить ход процедуры, получить согласие на процедуру.  2. Проинформировать пациента, что исследование проводится утром, натощак;  3.Дать пациенту накануне исследования легкий ужин, исключить продукты, вызывающие метеоризм. На ночь поставить грелку на область правого подреберья и дать выпить стакан очень сладкого чая.  4. Уточнить у пациента рост и вес.  **Техника выполнения:**  1. Провести гигиеническую обработку рук с дополнительной обработкой кожным антисептиком, надеть маску, стерильные перчатки.  2. Усадить пациента на стул и попросить наклонить голову слегка вперед, положить на грудь и шею пациента полотенце или салфетку. В руки пациенту дать лоток для сбора вытекающей слюны и салфетку.  3. Достать из пакета стерильный зонд и положить в стерильный лоток; сделать отметки на зонде через каждые 10 см (9 отметок).  4.Взять зонд в правую руку на расстоянии 10-15 см от оливы, левой рукой поддерживать свободный конец зонда. Слепой конец зонда с оливой опустить в емкость с физиологическим раствором для смачивания.  5.Предложить пациенту открыть рот, положить слепой конец зонда с оливой на корень языка и ввести в глотку. Попросить пациента дышать через нос и делать глотательные движения.  6.Продвигать зонд при каждом глотательном движении в желудок до 5 метки. Проверить попадание зонда в желудок – подсоединить шприц к свободному концу и извлечь желудочное содержимое. В шприце должен быть слегка мутный кислый желудочный сок (синий лакмус – краснеет). Наложить на свободный конец зажим.  7.Попросить пациента походить медленно по кабинету в течение 15-20 минут (для ускорения прохождения оливы через привратник), и постепенно ввести зонд до 7-ой метки.  8.Уложить пациента на кушетку без подушки на правый бок, под таз подложить валик или подушку, под правое подреберье – грелку.  9. Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до 9-ой метки.  10.Снять зажим, опустить свободный конец зонда в одну из пробирок, стоящих на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой. В пробирку поступает светло-желтая жидкость щелочной реакции – это порция А или дуоденальная желчь. Собрать всю порцию А (до 40 мл), перекладывая зонд поочередно из пробирки в пробирку.  11. После прекращения вытекания порции А, уложить пациента на спину и ввести стимулятор через зонд, используя шприц как воронку. Наложить зажим на свободный конец зонда на 10-15 минут. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 12.Уложить пациента на правый бок также, как и для сбора порции А, снять зажим, опустить свободный конец зонда в пробирки поочередно и собрать вытекающую густую, темно-оливкового цвета желчь из желчного пузыря – это порция В или пузырная желчь. Может выделиться до 60 мл желчи.  13.Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, золотисто-желтая желчь.  Это порция С или печеночная желчь. Может выделиться до 20 мл порции С.  14.Извлечь зонд, дать пациенту прополоскать рот водой, обтереть кожу вокруг рта салфеткой. Уточнить самочувствие пациента. При удовлетворительном самочувствии отпустить пациента.  **Последующий уход:**  1.Промыть зонд дезинфицирующим раствором и замочить в емкости с дезинфицирующим раствором не менее чем на 60 минут.  2.Подвергнуь дезинфекции весь использованный инструментарий, перчатки.  3.Вымыть и высушить руки.  4.Отправить в лабораторию все пробирки, сопроводить их направлением.  5.Пациент в течение 30-40 минут после процедуры не должен употреблять резко контрастную пищу, не заниматься сухоедением.  6. При неприятных ощущениях в области желудка обеспечить пациенту покой. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **6.Алгоритм постановки очистительной клизмы.**  I Подготовка к процедуре:  1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3) Надеть фартук и перчатки.  4) Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом. 5) Налить в кружку Эсмарха рекомендуемый объем воды определенной температуры. 6) Заполнить систему водой.  7) Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см, открыть вентиль слить немного воды через наконечник, вентиль закрыть.  8) Смазать наконечник вазелином.  II Выполнение процедуры:  1) Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу.  2) Развести одной рукой ягодицы пациента.  3) Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку,а затем 8—10 см параллельно позвоночнику.  4) Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник.  5) Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом  6) Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлечь наконечник.  III Окончание процедуры:  1) Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин.  2) Проводить пациента в туалетную комнату.  3) Разобрать систему, наконечник, кружку Эсмарха и клеенку подвергнуть дезинфекции.  4) При необходимости подмыть пациента.  5) Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  7) Уточнить у пациента его самочувствие.  8) Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинскую документацию |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Сестринский уход за пациентами при заболеваниях желудочно-кишечного тракта**  **1.Гепатит(симптомы, классификация, осложнения)**  Воспаление печени, называемое также "**гепатит**" или "желтуха" - **это** заболевание, вызывающее ухудшение функций печени. Печень - жизненно важный орган, который обрабатывает множество веществ, фильтрует кровь и борется с патогенами.  **Симптомы:**   * -Желтуха — наиболее известный **симптом**, возникает, когда -билирубин, не переработанный в печени, попадает в кровь и -придаёт коже характерный желтоватый оттенок. ... * -Диарея. * -Повышенная утомляемость. * -Потеря аппетита и веса. * -Незначительно повышение температуры. * -Боли в мышцах и суставах. * -Тошнота, рвота.   **Классификация:**  **Выделяют две основные формы клинического течения гепатитов: острую и хроническую.**   * 1) Острая форма * 2) Хроническая форма * 3) Гепатит A. * 4) Гепатит B. * 5) Гепатит C. * 6) Гепатит D. * 7) Гепатит E. * 8) Гепатит F.   **Осложнение:**  Осложнениями вирусных гепатитов могут стать функциональные и воспалительные заболевания желчных путей и печеночная кома, и если нарушение в работе желчевыводящих путей поддается терапии, то печеночная кома является грозным признаком молниеносной формы гепатита, заканчивающейся летальным исходом практически в 90%  **2.Неспецифический язвенный колит(симптомы)** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Симптомы**   * 1) Частый понос или кашицеобразный стул с примесью крови, гноя и слизи. * 2) «Ложные позывы» на дефекацию, «императивные» или обязательные позывы на дефекацию. * 3) боль в животе (чаще в левой половине). * 4) лихорадка (температура от 37 до 39 °C в зависимости от тяжести заболевания). * 5) снижение аппетита.   **3.Хронический колит(симптомы)**  Существует ряд основных симптомов, сопровождающих хронический колит кишечника:   * урчание в животе; * тенезмы – ложные позывы к дефекации, заканчивающиеся выделением лишь слизи; * ноющая боль в животе, которая возникает после обильной еды; * запоры, периодически сменяющиеся диареей; * метеоризм при запорах, сопровождающийся ощущением тяжести, вздутием живота, психоэмоциональным и физическим дискомфортом у пациента; * диспепсия (тошнота, отрыжка, горечь во рту).   Среди общих симптомов можно выделить нарушение сна, повышенную раздражительность, слабость и потерю веса.  **4.Симптом раздраженного кишечника(симптомы)**   * Ноющие боли в области пупка и по ходу толстого кишечника, особенно после еды и проходят после акта дефекации и отхождении газов * Диарея непосредственно после приема пищи, чаще по утрам и в вечернее время |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | * Запоры * Вздутие живота * Тошнота, чувство быстрого переполнения желудка * Бессонница * Общая слабость   **5.Алгоритм оказания помощи при желудочно-кишечном кровотечении**    **6.Алгоритм постановки сифонной клизмы**  *Цель:*  - лечебная (удаление из кишечника токсинов, ядов, продуктов брожения, гниения);  - диагностическая (с целью диагностики кишечной непроходимости).  *Показания:* |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | - при неэффективности других клизм при запорах;  - для выведения ядов из кишечника;  - при подозрении на кишечную непроходимость. *Противопоказания:*  **-**кишечное кровотечение;  - острые воспалительные или язвенные процессы в толстой кишке или в области заднего прохода;  - злокачественные образования в прямой кишке;  - трещины в области заднего прохода;  - выпадение прямой кишки;  - кровоточащий геморрой;  - первые дни после операции на органах желудочно-кишечного тракта;  - боли в животе неясного генеза; массивные отеки.  *Оснащение:*система для сифонной клизмы, которая состоит - из 2-х стерильных толстых желудочных зондов (диаметром 0,8-1,0 см), соединенных стеклянной трубкой (закругленный конец одного зонда срезан), воронки (емкостью 0,5-1,0 л); вода t -20° С (комнатной температуры) 10 л, кувшин или ковш, емкость для промывных вод, перчатки, непромокаемый фартук, клеенка, пеленка, щиток, вазелин, шпатель, туалетная бумага, салфетки, емкости с дезрастворами, таз, емкость с водой.  **Алгоритм манипуляции:**  **I. Подготовка к манипуляции.**  1 .Приготовить все необходимое.  2. Провести психологическую подготовку пациента (см.выше) и получить его согласие.  3. Процедуру проводят в клизменной.  4. Надеть перчатки, щиток и фартук.  5. Постелить клеенку с пеленкой под пациента так, чтобы край клеенки свисал в таз.  6. Уложить пациента на левый бок с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами.  **II. Выполнение манипуляции.**  7. Смазать закругленный конец зонда вазелином на протяжении 30-40 см.  8. 1-м и 2-м пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой осторожно ввести закругленный конец зонда в анальное отверстие, осторожно продвигая его на 30-40 см. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 9. Присоединить к свободному концу зонда воронку.  10. Держать воронку слегка наклонно ниже тела пациента (на уровне края кушетки или кровати).  11. Заполнить воронку водой  (0,5-1,0 л).  12. Медленно поднять воронку  на 0,5 м выше тела пациента.  13. Следить за поступлением жидкости в кишечник, пока уровень жидкости не достигнет устья воронки.  14. Быстро опустить воронку ниже уровня тела пациента.  15. Подождать, пока вода заполнит воронку доверху, вылить поступившую из кишечника воду в приготовленную емкость.  16. Наполнить вновь воронку водой и т.д. повторить пункты 10, 11.12, 13, 14, 15 до чистых промывных вод.  *Примечание:*во время проведения  манипуляции необходимо следить за  общим состоянием пациента.  **III. Окончание манипуляции.**  17. Воронку снять и погрузить в дезраствор.  18. Трубку оставить в кишечнике еще на 10-15 минут для отхождения оставшейся жидкости и газов, опустив наружный конец трубки в емкость с водой.  19. Медленно через салфетку вывести зонд из кишечника и погрузить его в дезраствор.  20. Провести гигиену анального отверстия ( при необходимости - промежности).  21.Снять перчатки, фартук и щиток, погрузив в дезрастор.  22. Вымыть и осушить руки. Проводить пациента в палату или организовать его транспортировку.  23. Надеть перчатки и фартук.  24. Убрать пеленку и клеенку с последующей дезинфекцией.  25. Провести дезинфекцию промывных вод кишечника.  26. Снять перчатки, фартук и поместить их в дезраствор.  27. Вымыть и осушить руки.  28. Сделать отметку о проведенной манипуляции в медицинской документации.  29. Проследить за самочувствием пациента, его Рsи АД. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 19.10.2020 | **Сестринский уход за больными при заболеваниях почек**  **1.Гломерулонефрит(симптомы, диагностика, осложнения); пиелонефрит (симптомы, диагностика);почечная недостаточноть (острая, хроническая),амилоидоз почек(симптомы)**  **Гломерулонефрит** – **это** заболевание почек иммуновоспалительного характера, при котором поражаются почечные клубочки с вовлечением канальцев и интерстициальной ткани. Может протекать в острой, хронической или быстропрогрессирующей форме. ****СИМПТОМЫ**** Для острого гломерулонефрита характерно начало заболевания через 1 – 2 недели после воздействия провоцирующего фактора. Основными симптомами этого заболевания являются:   * -интоксикационный синдром – общая слабость, быстрая утомляемость, -снижение аппетита, повышение температуры до высоких цифр; * -снижение объема выделяемой мочи; * -наличие гематурии (примеси крови в моче); * -отёки, которые чаще всего возникают на лице; * -повышение артериального давления; * -боль в поясничной области; * -головная боль и тошнота; * -нарушения со стороны центральной нервной системы.   **При хроническом течении выделяют несколько видов:**   * -нефротический вид – происходит потеря белка с мочой, за счёт этого нарастают отёки; * -гипертонический вид – главным киническим проявлением является -артериальная гипертензия (повышение артериального давления); * -смешанный вид – сочетание нефротической и гипертонической формы; * -латентный вид – протекает без ярко выраженной симптоматики.   **Диагностика:**  В медицинском центре «СМ-Клиника» постановкой данного диагноза занимается врач-нефролог. Для уточнения заболевания назначаются:   * -общий анализ мочи – наличие эритроцитов, белка; * -проба Зимницкого – для выявления снижения объема мочеиспусканий; * -общий анализ крови – определяются признаки воспаления; * -биохимический анализ крови – повышение мочевины, креатинина, остаточного азота; * -ультразвуковое исследование почек; * -проведение биопсии в сомнительных случаях. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Осложнение:**   * -почечная эклампсия с отеком мозга; * -острая сердечная недостаточность; * -отек легких; * -острая почечная недостаточность.   **Пиелонефрит:**  **Симптомы:**   * -высокая температура до 38-40°C; * -боль при мочеиспускании; * -боль в зоне поясницы; * -повышенная потливость; * -чувство жажды; * -тошнота и рвота; * -дрожь и озноб.   **Диагностика:**   * -общий анализ крови и биохимический анализ крови; * -общий анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко; * -микробиологическое исследование мочи на флору и определение чувствительности к антибиотикам; * -ультразвуковое исследование органов малого таза.   **Осложнения:**   * -Абсцесс почки (формирование полости, заполненной гноем); * -Почечная недостаточность; * -Сепсис (заражение крови) при попадании болезнетворных бактерий в кровеносное русло.   **Почечная недостаточность:**  **это** такое состояние организма, при котором почки частично или полностью теряют способность выполнять свои основные функции. Данный орган перестает вырабатывать и выделять мочу, в связи с чем проявляются различные нарушения всего организма, которые могут привести к необратимым последствиям.  **Острая почечная недостаточность:**  (ОПН) — внезапное нарушение функции **почек** со снижением процессов фильтрации и реабсорбции, приводящий к расстройству водного, электролитного, азотистого и других видов обмена. ОПН является потенциально обратимым явлением. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Хроническая почечная недостаточность:**  (**ХПН**) - синдром, возникающий вследствие необратимого прогрессирующего снижения функции почек, обусловленного уменьшением массы их функционирующей паренхимы с сопутствующими расстройствами метаболизма и развитием патологии ряда органов и систем.  **Амилоидоз почек:**  заболевание нарушения обмена веществ, в результате чего в тканях образуется субстанция — **амилоид**, которая нарушает функций органов  **Симптомы:**   * -Общая слабость * -Увеличение лимфоузлов * -Боль в животе * -Тошнота * -Повышение температуры тела * -Потеря веса * -Одышка * -Увеличение печени   **2.Мочекаменная болезнь(клиника, сестринсая помощь при приступе мочекаменной болезни)**  **Мочекаменная болезнь** – это заболевание, проявляющееся образованием и наличием камней в почках и других отделах мочевыделительной системы (мочеточники, мочевой пузырь, реже мочеиспускательный канал). Камни могут быть единичными, иногда образуется несколько и даже множество камней – они состоят из различных по химическому составу нерастворимых солей (фосфатов, уратов, оксалатов), но в 70 % случаев имеют смешанную химическую структуру. Величина камней может быть разной: от 1 мм до более 10 см в диаметре. У одних пациентов камни долго не увеличиваются в размерах, у других – за полгода могут заполнить, например, всю почечную лоханку. Нередко камни образуются повторно, тогда возникает рецидив болезни.  **Клиника:**   1. Болевые ощущения в поясной области (это может быть непрекращающаяся или периодическая тупая либо острая боль). 2. Почечная колика (стихийно возникающая сильнейшая боль, которая свидетельствует о закупорке мочеточника). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 1. Боль при мочеиспускании и изменение цвета урины (частая потребность справлять нужду, примеси крови или гноя в моче). 2. Тошнота, рвота, повышенное артериальное давление и температура, вздутие.   У детей симптомы мочекаменной болезни нередко не совпадают с указанными. В любом случае поставить диагноз и назначить лечение может только квалифицированный специалист.  **Сестринская помощь при приступе мочекаменной болезни:**  1. Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать диету, предписанную врачом, разъяснив ее содержание. о режиме питания и питьевом режиме (пить до 2-3 л жидкости в день), о физических нагрузках, регулярности опорожнения мочевого пузыря. 2. Обеспечить проверку передач пациенту. 3. Оказывать доврачебную помощь при приступе почечной колики. 4. Контролировать: - соблюдение пациентом режима, назначенного врачом; - соблюдение диеты; - пульс и артериальное давление; - количество выпиваемой за сутки жидкости; - суточный диурез; цвет мочи; - прием лекарственных препаратов. 5. Обучить пациента самопомощи при приступе почечной колики. 6. Информировать пациента о лекарственных препаратах, назначенных врачом (доза, правила приема, побочные эффекты, переносимость).  7. Подготавливать пациента к сбору анализов мочи, УЗИ почек, урографии, цистоскопии. 8. Обучить пациента подготовке к дополнительным методам обследования.  **3.Подготовка больного к сдаче мочи на общий анализ, на анализ по Ничепоренко, по Зимницкому.**  **По Ничепоренко:**  1) Взять чистый герметично закрывающийся пластиковый контейнер для сбора мочи; утром провести туалет наружных половых органов, подмываясь и вытираясь по  направлению от уретры к промежности и заднему проходу  2) Первую порцию мочи выделить в унитаз (на счет 1, 2), задержать мочеиспускание, после чего выделить в банку (контейнер) среднюю порцию  мочи, не менее 10 мл, закончить мочеиспускание в унитаз! |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 3) Поскольку при общем анализе мочи и анализе мочи по Нечипоренко  4) собирается утренняя порция, то сдавать эти анализы в один день некорректно!  **Проба по Зимницкому:**  1) Не допускается избыточное потребление жидкости, необходимо исключить  2) в день исследования мочегонные средства. Мочу собирают на протяжении суток,  3) каждые 3 часа (8 порций) в том числе в ночное время. В 6 утра пациент опорожняет мочевой пузырь в унитаз. Затем, начиная с 9-00 точно каждые 3 часа необходимо собирать мочу в чистую сухую емкость, которая  хранится на нижней полке холодильника.  4) Объем каждой порции, собранной в течении 3-х часов, измеряется, моча перемешивается и отбирается в контейнер. На каждом контейнере необходимо указать номер порции, объем  5) выделенной мочи и время забора.  6) Если в течении 3 часов у пациента нет позывов к мочеиспусканию, порция  7) пропускается, и отдается лист бумаги с номером пропущенной порции.  **4.Подготовка больного к У.З.И.обследованию.**  1) прийти на **обследование** натощак: ничего не пить, не есть, не принимать лекарственные средства.  2) при себе иметь пелёнку и салфетки, воду - 1л. После проведения **УЗИ** органов брюшной полости наполнить мочевой пузырь (выпить 1 литр воды)! До проведения **УЗИ** органов брюшной полости жидкость принимать нельзя!!!! |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **5.Алгоритм катетеризации мочевого пузыря женщине.**  1. Подложить под больную клеёнку, сверху неё постелить пелёнку.  2. Попросить женщину принять положение лёжа (на столе, кушетке, кровати и пр.), ноги согнуть в коленях, развести бёдра и упереть ступни в матрас.  3. Между ногами поставить ёмкость для мочи.  4. Подготовиться к процедуре (тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой, надеть стерильные перчатки).  5. Большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть половые губы, чтобы обнажить наружное отверстие мочеиспускательного канала.  6. Правой рукой, взяв корнцангом марлевый тампон, смочить его в антисептическом растворе и обработать им область между малыми половыми губами в направлении сверху вниз.  7. Нанести на конец («клюв») катетера стерильное вазелиновое масло (для облегчения введения катетера и минимизации неприятных ощущений больной).  8. Правой рукой взять стерильным пинцетом катетер на расстоянии 7-8 см от его конца («клюва»).  9. Вновь раздвинуть левой рукой половые губы; правой рукой осторожно ввести катетер в мочеиспускательный канал на глубину 4-5 см до появления мочи.  10. Опустить свободный конец катетера в ёмкость для сбора мочи.  11. По окончании процедуры (когда сила струи мочи начинает значительно ослабевать) осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала. Катетер следует извлечь ещё до полного опорожнения мочевого пузыря, чтобы оставшаяся моча промыла мочеиспускательный канал.  12. Поместить катетер (если использовался многоразовый набор для катетеризации) в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  13. Снять перчатки, сбросить вотходы класса «Б», вымыть руки.  **6.Алгоритм подготовки больного к экскреторной урографии.**   * 1) исключить за день до исследования газообразующие продукты питания; * 2) накануне исследования вечером очистительная клизма (1,5—2,0 л воды); * 3) не ужинать (по-возможности); * 4) утром легкий завтрак обязателен. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 20.10.20 | **Сестринский уход за больными с заболеваниями крови**  **1.Лейкоз(клиника, диагностика, лечение)**  **Лейкоз** — **это** рак крови и костного мозга. Он является наиболее распространенным онкологическим заболеванием у детей и подростков. В США ежегодно диагностируется около 3500–4000 случаев лейкоза у детей. Лейкоз возникает, когда нарушается нормальная работа костного мозга  **Клиника:**  Симптомы лейкемии зависят от типа лейкоза и часто неспецифичны. Наиболее распространенные признаки и симптомы следующие:   * жар или озноб * постоянная усталость, слабость * частые инфекции * потеря веса * опухшие лимфатические узлы, печень и / или селезенка * легкое кровотечение, кровотечение * маленькие красно-фиолетовые пятна на коже, называемые петехиями * чрезмерное потоотделение, часто ночные * боли в костях   **Диагностика:**  Вполне возможно, что диагноз лейкемии , особенно хронической формы, происходит совершенно случайно, во время рутинных анализов или по другим причинам. В этом случае или при наличии признаков или симптомов лейкемии, в дополнение к медицинскому обследованию (при поиске признаков заболевания, таких как бледность, опухшие лимфатические узлы, увеличение размеров печени и селезенки), будут выполнены следующие тесты:  Анализы крови : анализ крови покажет возможное присутствие аномальных значений лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов.  Анализ костного мозга: для диагностики лейкемии необходимо взять образец костного мозга из тазовой кости, чтобы проанализировать характеристики пораженных клеток. Обследование проводится после местной анестезии с помощью тонкой иглы и является амбулаторной процедурой.  **Лечение:**  Лечение лейкоза зависит от различных факторов, таких как тип заболевания (острый или хронический лейкоз, миелоидный или лимфоидный), возраст и физическое состояние пациента, наличие других заболеваний.  **Основные формы терапии включают в себя:** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | * **Химиотерапия:** является основным методом лечения лейкемии и основана на использовании лекарства или комбинации лекарств, вводимых перорально или внутривенно, с целью уничтожения больных клеток. * **Целевая терапия:** она основана на использовании лекарств, направленных на специфические изменения, присутствующие в опухолевых клетках, таким образом блокируя пролиферацию клеток. * **Биологическая терапия:** это препараты, которые помогают иммунной системе распознавать лейкозные клетки и контролировать болезнь. * **Лучевая терапия:** введение ионизирующего излучения, чтобы остановить размножение больных клеток. Весь организм может быть облучен, но чаще облучение направлено на конкретную цель, например на костный мозг . * **Трансплантация стволовых клеток:** это процедура, позволяющая заменить больной костный мозг клетками здорового костного мозга. Перед трансплантацией вводят высокие дозы химиотерапии и / или лучевой терапии для разрушения больного костного мозга, затем внутривенно вводят донорские стволовые клетки, которые снова заселяют костный мозг.   **2.Анемии-( железодифецитная анемия, B12-дифецитная анемия, симптомы, диета)**  **Анемия** (или, говоря простым языком, малокровие) — это снижение количества переносящих кислород красных кровяных клеток (эритроцитов) или же снижение количества ключевого белка, переносящего кислород (гемоглобина), ниже определенного значения.  **Железодефицитная анемия:**  патологический синдром, характеризующийся уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина крови. Она является основной гипоксии тканей и органов, так как к клеткам доставляется мало кислорода  **Симптомы:**   * -возникает общая слабость организма; * -работоспособность значительно снижается; * -появляется высокая утомляемость, даже если человек не нагружен активной физической или умственной работой; * -постоянное состояние сонливости; * -настроение регулярно меняется; * -повышается уровень раздражительности; * -чувствуется недостаток витаминов, постоянно чего-то хочется; |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | * -возникает головная боль; * -в ушах может появляться звон или возникают посторонние шумы; * -перед глазами возникают мушки; * -появляется страшное желание кушать несъедобные предметы; * -болезнь характеризуется возникновением головокружений, даже до потери равновесия; * -периодически проявляется одышка; * -волосы и ногти становятся ломкими, их состояние и внешний вид ухудшаются; * -в сердце возникает боль при анемии; * -появляется слабость в мышцах; * -при развитии железодефицитной анемии возникают приступы потери сознания.   **Диета:**  Уровень железа в организме на начальных этапах развития анемии можно повысить при помощи продуктов питания:   * -Зеленые яблоки; * -Гречневая каша; * -Печень – преимущество отдается говяжьей, так как содержание железа в этом продукте максимально; * -Гранат; * -Петрушка; * -Говядина; * -Индейка; * -Яблочный сок; * -Овсяная каша.   **b-12 дефицитная анемия:** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Тяжелая прогрессирующая анемия, возникающая при нарушении усвоения витамина B12, поступающего с пищей, вследствие пониженной (или при отсутствии) секреции внутреннего желудочного фактора.  **Симптомы:**   * -снижение веса, не связанное с объективными причинами; * -жжение языка и изменение вкусовых ощущений; * -увеличение размеров языка, сглаживание сосочков, краснота слизистых; * -чередование запоров и диареи; * -тошнота; * -покалывания в руках и ногах, онемения; * -нарушение походки; * -нарушения мочеиспускания;   **Диета:**    **3.Геморрагический синдром(тромбоцитопения, геморрагический васкулит, гемофелия, симптомы**  **Геморрагический синдром**, или склонность к кожной геморрагии и кровоточивости слизистых оболочек, возникает как следствие изменений в одном или нескольких звеньях гемостаза. Это может быть поражение сосудистой стенки, нарушение структуры, функции и количества тромбоцитов, нарушение коагуляционного гемостаза.  **Тромбоцитопения:**  состояние, характеризующееся снижением количества тромбоцитов ниже 150⋅109/л, что сопровождается повышенной кровоточивостью и проблемами с остановкой кровотечений. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Симптомы:**  **Симптомы** Самопроизвольное появление синяков на конечностях и на теле, заметное увеличение времени остановки кровотечений. Учащение носовых кровотечений и появление кровотечений из слизистых рта. Результаты клинического анализа крови показывают от 0 до 50⋅109 тромбоцитов/л при норме 150—320⋅109  **Геморрагический васкулит:**  это **васкулит**, поражающий главным образом мелкие сосуды. Он чаще возникает у детей. Характерные проявления включают пальпируемую пурпуру, артралгии, желудочно-кишечные симптомы и гломерулонефрит  **Симптомы:**  Частота основных клинических проявлений геморрагического васкулита у детей и взрослых: пятнистые высыпания на коже (кожная геморрагическая сыпь) — 100%; суставной синдром (боль в голеностопных суставах) — 70%; абдоминальный синдром (боли в животе) — 60%;  **Гемофилия:**  это тяжелое наследственное заболевание, которое характеризуется нарушением свертывания крови (коагуляции) в результате отсутствия факторов свертывания VIII (гемофилия A) или IX (гемофилия B). Основными проявлениями гемофилии являются кровоизлияния в мышцы, суставы и внутренние органы.  **Симптомы:**   * -повышенная кровоточивость; * -подкожные, межмышечные гематомы вследствие ушибов; * -гематурия; * -гемартрозы; * -посттравматическое кровотечение.   **4.Алгоритм кормления больного через зонд**  **Цель**: введение зонда и кормление пациента.  **Показания**: травма, повреждения и отек языка, глотки, гортани, пищевода, расстройство глотания и речи, бессознательное состояние, отказ от пищи, психические заболевания. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Противопоказания**: язвенная болезнь желудка в стадии обострения. Если пациент без сознания: положение лежа, голову на бок, зонд оставляют на искусственное питание не более чем на 2–3 нед. Проводят профилактику пролежней слизистой.  **Оснащение**: шприц Жанэ емкостью 300 мл, шприц 50 мл, зажим, лоток, [глицерин](https://studopedia.ru/6_37842_glitserin-v-lubrikantah.html), фонендоскоп, питательная смесь (38–40 оС), вода кипяченая теплая 100 мл.  **Подготовка к кормлению**  1. Ввести назогастральный зонд (если он не введен заранее). 2. Сообщить пациенту, чем его будут кормить. 3. Перевести пациента в положение Фаулера. 4. Проветрить помещение. 5. Подогреть питательную смесь на водяной бане до 38–40 оС. 6. Вымыть руки. 7. Набрать в шприц Жанэ питательную смесь (300 мл). 8. Наложить зажим на дистальный конец зонда. 9. Соединить шприц зондом, подняв его на 50 см выше туловища пациента, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх.  **Кормление**  10. Снять режим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз. Внимание! 300 мл питательной смеси следует вводить в течение 10 мин!  **Завершение кормления**  11. После опорожнения шприца пережать зонд зажимом. 12. Над лотком отсоединить шприц от зонда. 13. Присоединить к зонду шприц Жанэ емкостью 50 мл с кипяченой водой. 14. Снять зажим и промыть зонд под давлением. 15. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда. 16. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой. 17. Помочь пациенту занять комфортное положение. 18. Вымыть руки. 19. Сделать запись о проведении кормления. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **5.Алгоритм оказания сестринской помощи при носовом кровотечении.**  Оказывается доврачебная помощь при носовом кровотечении по определенному алгоритму.   * ***Выбор удобного положения тела***   Больного после обнаружения носового кровотечения нужно усадить. Используют стул, кресло или подкладывают под спину подушки. Горизонтальное положение исключено, так кровь начнет затекать в глотку, провоцируя рвотные позывы.   * ***Правильное расположение головы***   Запрокидывать ее нельзя, хотя часто именно такую позу практикуют, когда идет кровь из носа. Чтобы исключить появление рвоты из-за протекания кровяных потоков в глотку и не спровоцировать захлебывание ими, следует голову слегка повернуть вбок и наклонить вперед.   * ***Выявление источника***   При оказании первой помощи при носовом кровотечении важно установить, какая ноздря получила повреждение. Для этого в зафиксированном правильном положении пальцами зажимают сначала одну ноздрю, контролируя наличие появления крови из другого отверстия. Затем все эти манипуляции проводят с другой стороны. Обычно при несильном кровянистом течении после зажимания ноздри удается полностью его остановить.   * ***Воздействие холодом***   Прекратить носовое кровотечение можно при помощи холодных компрессов, призванных сузить сосуды. Находясь дома, достают из морозильной камеры кубики льда, заворачивают в тканевый лоскут, носовой платок или кладут в целлофановый мешочек. Получившийся импровизированный компресс помещают на переносицу. На работе или в общественном месте пользуются тканевой салфеткой, которую смачивают холодной водой. Одновременно полезно прикладывать к затылку подобный компресс, содействуя уменьшению тока крови.   * ***Ножная ванна***   В домашних условиях, останавливая кровь из носа в рамках оказания первой самостоятельной помощи, полезно подержать ноги в теплой воде. Создаются условия для большего оттока крови в нижние отделы туловища. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **6. Цитостатики. Меры предосторожности при работе с цитостатиками**  Цитостати́ческие препара́ты (цитоста́тики) — группа противоопухолевых препаратов, которые нарушают процессы роста, развития и механизмы деления всех клеток организма, включая злокачественные, тем самым инициируя апоптоз.  Исследователи обнаружили несколько возможных путей попадания опасных лекарственных средств в организм: через кожу, ингаляционный путь, проглатывание (ненамеренное попадание руки в рот), инъекционный путь (укол иглами, инструментами). Соответственно выделяют опасные манипуляции: вскрытие флакона иглой для растворения или набора препарата, вынимание иглы после набора препарата, перенос шприца, введение иглы в вену или катетер, извлечение иглы после инъекции. Также обнаружен чрезвычайно высокий уровень контаминации препаратами всех поверхностей помещений для их приготовления и/или введения.  Таким образом, риски для медицинского персонала, связанные с введением химиотерапевтических препаратов, очевидны. Однако при выполнении всех рекомендаций по безопасности контаминация рабочих мест химиотерапевтическими препаратами снижается и, следовательно, уменьшается неблагоприятное воздействие на медицинский персонал. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 21.10.20 | **Сестринский уход при заболеваниях щитовидной железы**  **1.Базедова болезнь(симптомы, диагностика, лечение)**  **Базедова болезнь** – **это** типичное заболевание, вызываемое гипертириозом – состоянием избыточной выработки тиреоидных гормонов.  **Симптомы:**   * -Увеличение глаз (экзофтальм). * -Постоянное чувство тревоги, бессонница, резкие приступы головокружения; * -Покалывание в области сердца, повышение венозного давления; * -Нарушение стула, частые приступы тошноты, нарушение функций печени; * -Снижение сексуальной активности, нарушение менструального цикла у женщин;   **Диагностика:**  Диагностика Базедовой болезни не составляет труда. Наличие заболевания средней степени тяжести можно определить по внешнему виду пациента и по его поведению.По мере прогрессирования болезни зоб становится заметен даже человеку, далекому от медицины, шея больного утолщается. В некоторых случаях зоб может достигать очень большого размера, он локализуется на шее в виде большой опухоли.  Диагностика диффузного токсического зоба основывается на результате анализа крови. При наличии заболевания в ней обнаруживается увеличение количества трийодтиронина и тироксина, а также йода. Уровень холестерина в крови при этом понижен. В некоторых случаях Базедовой болезни зоб практически не прощупывается, в то время как анализ крови показывает ее наличие. В данном случае имеет место быть атипичное расположение зоба.  В подобной ситуации проводится радиоизотопное сканирование щитовидной железы, позволяющее определить ее точное место расположения и размер.  **Лечение:**  Для лечения диффузного токсического зоба назначаются препараты, уменьшающие выработку щитовидной железой ее гормонов. В случае неэффективности лекарственного лечения назначается хирургическое удаление зоба. На протяжении лечения заболевания пациент должен находиться в состоянии спокойствия, в привычной для него обстановке, его питание должно быть сбалансированным и разнообразным. Прогноз благоприятен в случае соблюдения всех рекомендаций |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **2.Микседема(симптомы, диагностика)**  заболевание, обусловленное недостаточным обеспечением органов и тканей гормонами щитовидной железы. Рассматривается как крайняя, клинически выраженная форма гипотиреоза. Вследствие нарушения белкового обмена органы и ткани становятся отёчными  **Симптомы микседемы**   * -Выпадение волос * -Повышенная утомляемость * -Сухость кожи * -Сонливость * -Заторможенность * -Запор * -Понижение температуры тела * -Ломкость ногтевой пластины   **Диагностика:**  Диагноз гипотиреоза в первую очередь устанавливают на основании характерных клинических проявлений, а именно, внешнего вида больных и диагностических лабораторных исследований. Функциональная недостаточность щитовидной железы характеризуется снижением йода.  Для диагностики также используют ультразвуковое исследование (УЗИ), электрокардиографию (ЭКГ).При необходимости врач-эндокринолог рекомендует проведение компьютерной томографии щитовидной железы, по результатам которого специалист уточняет диагноз и разрабатывает индивидуальный курс лечения. Иногда делают пункцию (забор материала органа для диагностических целей) для определения злокачественных образований в железе.  **3.Алгоритм взятия крови на гормоны вакутейнером**  1. Все данные пациента регистрируются в журнале или компьютере.  2. Емкости для взятия крови и направления маркируются.  3. Пациент усаживается в удобном положении с развернутым локтевым суставом, внутренней поверхностью вверх.  4. Под локтевой сустав подкладывается валик или специальная подушка.  5. Резиновый жгут накладывается на среднюю часть плеча поверх тканевой салфетки так, чтобы получить венозный застой.  6. Пациента просят несколько раз сжать кулак и разжать, повторяя движения до достаточного наполнения вен кровью. Кулак фиксируется в зажатом положении. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 7. Кожа пациента обрабатывается стерильной салфеткой (шариком) с 70%-ным спиртом, как при внутривенной инъекции, дважды: сначала большая площадь кожи, затем — меньшая, где будет производиться прокол.  8. Шарики сбрасываются в промаркированный лоток(контейнер) и производится пункция вены. Если используется шприц, поршень должен располагаться максимально близко к краю цилиндра с канюлей иглы, чтобы в цилиндре не было воздуха.  9. Вена пунктируется под острым углом к коже до ощущения попадания в пустоту. Поршень шприца постепенно оттягивается, при этом цилиндр наполняется кровью. Сразу после попадания иглы в вену жгут снимается с плеча пациента. Все время забора крови медсестра следит за состоянием и самочувствием пациента.  10.При использовании вакуумной пробирки вена пунктируется иглой с переходником, к которому после попадания в вену присоединяется пробирка. При заборе крови и на биохимическое, и на серологическое исследование наполненная пробирка отсоединяется, а пустая — присоединяется к игле через тот же переходник.  11.После набора нужного количества крови в шприц игла извлекается из вены после прижатия к месту прокола ватного шарика со спиртом. Если используются вакуум-системы, игла извлекается только после отсоединения пробирки.  12.Пациента просят прижать ватный шарик и удерживать его на локтевом сгибе в течение 5 минут.  13.Промаркированные пробирки помещают в специальный контейнер для транспортировки в лабораторию.  14.Весь инструментарий и использованные расходные материалы дезинфицируются с последующей утилизацией одноразовых инструментов.  15. Многоразовые материалы после дезинфекции промываются под проточной водой, просушиваются, при необходимости — стерилизуются и убираются в предназначенные для них места хранения.  16. Противопоказания к забору крови определяет лечащий врач (напр., анемия, гипотония, судороги, двигательное возбуждение пациента, гемофилия)  **4.Диета при заболеваниях щитовидной железы**  Питание при заболевании щитовидной железы будет зависеть от ее функции. В зависимости от функционального состояния выделяют эутиреоидный зоб (без нарушения функции), гипертиреоидный (повышение функции) и гипотиреоидный зоб (снижение функции). Для уточнения функции железы всем больным рекомендуется обследование ее гормонов. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Поэтому питание при болезни, протекающей с тиреотоксикозом, должно быть направлено на покрытие энерготрат и восстановление нарушений обмена. Больным с диффузным токсическим зобом показано усиленное питание и рекомендуется диета повышенной энергоценности за счет увеличения основных нутриентов — белков, жиров и углеводов. Основными принципами питания являются:   * Достаточное поступление витаминов и микроэлементов (тиамина, ретинола, кальция и фосфора, калия). Диету можно дополнять витаминно-минеральными комплексами. * Поступление достаточного количества белка. Усредненная норма его — 100 г для мужчин и 90 г для женщин. Но правильнее рассчитывать необходимое количество белка, исходя из дефицита веса, и оно может составлять 1,2-1,5 г на кг массы. * Увеличение энергетической ценности питания, за счет увеличения белка, углеводов и жиров. * Высококалорийная диета показана лицам со значительным снижением веса. Калорийность может достигать 3000-3700 ккал, содержание углеводов увеличивается до 400-550 г, жиров — до 120-130 г. * Употребление продуктов, богатых кальцием и фосфором (молочные продукты). * Дробное питание небольшими порциями, не допуская чувства голода. * Приготовление пищи на пару, избегая жареных, пряных блюд. * Ограничение употребления соли (5 г), так как у этих больных отмечается склонностью к повышенному давлению. * Исключение продуктов, возбуждающих ЦНС (специи, крепкие бульоны, алкоголь). * Мясо и рыбу для уменьшения экстрактивных веществ нужно отваривать, а потом подвергать дальнейшей обработке (тушение, жарка). * Исключаются также продукты с высоким содержанием кофеина (кофе, крепкий чай, шоколад, какао). * Ограничение продуктов, вызывающих брожение (виноград, сливы, квас, абрикосы, персики). * При любой форме узлового зоба больные должны больше употреблять свежих фруктов и овощей (содержат калий), злаков. * Рекомендован переход на морепродукты (лосось, морской окунь, сайра, тунец, мидии, камбала, водоросли, креветки, треска), нежирную говядину и яйца. Вся морская рыба, особенно жирных сортов, содержит омега-3 жирные кислоты, витамины А, D и группы В, легко усваиваемые белки и незаменимые аминокислоты. Морская рыба восполняет дефицит кальция, магния, фосфора и железа. * Следует увеличить в питании молочные продукты, как источник легкоусвояемых жиров, белков и кальция. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 22.10.20 | **Сестринский уход за больными при сахарном диабете**  **1.Сахарный диабет(симптомы, типы сахарного диабета, диагностика)**  хроническая болезнь, вызванная нарушением обменных процессов из-за дефицита синтеза инсулина и повышения сахара в крови. Заболевание может привести к развитию ряда серьёзных патологий  **Симптомы**   * -постоянное ощущение жажды, не прекращающееся при потреблении жидкости; * -учащённое мочеиспускание; * -повышенный аппетит; * -сухость кожных покровов, зуд, гнойничковые инфекции; * -сниженная работоспособность, бессонница; * -судороги в икрах; * -снижение зрения.   **Типы сахарного диабета:**  **Диагностика:**  В качестве диагностических критериев сахарного диабета и других нарушений гликемии используют концентрацию глюкозы (ммоль/л) в венозной плазме натощак, нормальные значения - до 6,1%. Состояние предиабета – уровни глюкозы в диапазоне 6,1 – 7%. Показатели выше 7% позволяют диагностировать сахарный диабет.  **2.Лечение сахарного диабета(диета, хпебная единица, сахароснижающие препараты, инсулинотерапия)**  **Диета:** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 1. -Крахмалистые продукты: хлеб, хлопья, крекеры, рис, паста и крупы 2. -Крахмалистые овощи: картофель, горох, фасоль и кукуруза 3. -Фрукты и фруктовые соки 4. -Молоко и йогурт 5. -Сладости: мед, столовый сахар, сироп, желе, конфеты, спортивные напитки, печенье, торты, выпечка, мороженое и пудинги   **Хлебная единица:**  По многочисленным просьбам начинаем чаще освещать вопросы подсчёта хлебных единиц (ХЕ). И перво-наперво разберём, как можно считать ХЕ. Если вы с диабетом недавно, информация вам наверняка пригодится!  В России принято считать еду в хлебных единицах (ХЕ). Это проще, чем считать в граммах углеводов, и позволяет считать углеводы на глаз в ситуациях, когда под рукой нет весов.  За 1 ХЕ вы можете брать 10, 11 или 12 г углеводов. Ваш выбор значительно повлияет на расчёт итоговой дозы. Например, вы хотите батончик, в котором 18 г углеводов. Если в вашей хлебной единице 10 г, то батончик выходит почти на 2 ХЕ; если 12 г - то для вас в нём ровно 1,5 ХЕ и совсем другая доза инсулина.  **Сахароснижающие продукты:**   * -Фасоль Богата клетчаткой, которая помогает снизить уровень холестерина и отвечает за чувство сытости, а значит, способствует стабильному уровню сахара в крови. ... * -Молочные **продукты** Одна из лучших натуральных комбинаций кальция и витамина D. ... * -Лосось ... * -Тунец ... * -Ячмень/перловка ... * -Овсянка ... * -Ягоды ... * -Финики   **Инсулинотерапия:**  **Инсули́нотерапи́я** представляет собой комплекс мер, направленных на достижение компенсации нарушений углеводного обмена с помощью введения в организм пациента препаратов инсулина. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **3. Алгоритм п/к введения инсулина.**  1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на процедуру.  2. Предложить/ помочь пациенту занять удобное положение (в зависимости от места введения: сидя, лежа).  3. Надеть маску.  4. Обработайте руки гигиеническим способом спиртсодержащим антисептиком (СанПиН 2.1.3.2630 -10, п.12).  5. Наденьте стерильные одноразовые перчатки.  6. Подготовить шприц. Проверить срок годности и герметичность упаковки.  7. Набрать необходимую дозу инсулина из флакона.  *Набор инсулина из флакона:*  - Прочитать на флаконе название препарата, проверить срок годности инсулина, его прозрачность (простой инсулин должен быть прозрачным, а пролонгированный – мутный)  - Перемешать инсулин путём медленного вращения флакона между ладонями (нельзя трясти флакон, так как тряска приводит к образованию воздушных пузырей)  - Протереть резиновую заглушку на флаконе с инсулином марлевой салфеткой, смоченной антисептиком.  - Определить цену деления шприца и сопоставить с концентрацией инсулина во флаконе.  - Набрать в шприц воздух в количестве, соответствующем вводимой дозе инсулина.  - Ввести набранный воздух во флакон с инсулином |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | - Перевернуть флакон со шприцем и набрать назначенную врачом дозу инсулина и дополнительно еще примерно 10 Ед (лишние дозы инсулина облегчают точный подбор дозы).  - Для удаления воздушных пузырей постучать по шприцу в области расположения воздушных пузырей. Когда воздушные пузыри переместятся вверх шприца, надавить на поршень и довести его до уровня назначенной дозы (минус 10 ЕД). Если воздушные пузыри остаются, продвигайте поршень до тех пор, пока они не исчезнут во флаконе (не выталкивать инсулин в воздух помещения, так как это опасно для здоровья)  - Когда правильная доза будет набрана, извлечь иглу со шприцем из флакона и надеть на нее защитный колпачок.  - Поместить шприц в стерильный лоток, покрытой стерильной салфеткой (или упаковку из под шприца однократного применения) (ПР 38/177).  8. Предложить пациенту обнажить место инъекции:  - область передней брюшной стенки  - передняя наружная поверхность бедра  - верхняя наружная поверхность плеча  9. Обработайте стерильные одноразовые перчатки спиртсодержащим антисептиком (СанПиН 2.1.3.2630 -10, п.12).  **II. Выполнение процедуры:**  10. Обработать место инъекции не менее, чем 2 стерильными салфетками, смоченными антисептиком. Дать коже просохнуть. Использованные марлевые салфетки сбрасывать в нестерильный лоток.  11. Снять колпачок со шприца, взять шприц правой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, иглу держать срезом вверх.  12. Собрать кожу в месте инъекции первым и вторым пальцами левой руки в складку треугольной формы основанием вниз.  13. Ввести иглу в основание кожной складки под углом 45° к поверхности кожи.(при выполнении инъекции в переднюю брюшную стенку угол введения зависит от толщины складки: если она менее 2,5 см – угол введения 45°; если более – то угол введения 90°) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 14. Ввести инсулин. Досчитать до 10, не извлекая иглу (это позволит избежать вытекания инсулина).  15. Прижать к месту инъекции сухую стерильную марлевую салфетку, взятую из бикса, и извлечь иглу.  16. Держать стерильную марлевую салфетку в течение 5-8 секунд, не массировать место инъекции (так как это может привести к слишком быстрому всасыванию инсулина).  **III. Окончание процедуры:**  17. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал (МУ 3.1.2313-08). Для этого из контейнера «Для дезинфекции шприцев», через иглу, в шприц набрать дез.средство, снять иглу с помощью иглосъемника, шприц поместить в соответствующий контейнер. Марлевые салыфетки поместить в контейнер «Для использованных салфеток». (МУ 3.1.2313-08). Подвергнуть дезинфекции лотки.  18. Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет соответствующего цвета для последующей утилизации (отходы класса «Б или В») (Технологии выполнения простых медицинских услуг; Российская Ассоциация Медицинских Сестер. Санкт-Петербург. 2010, п.10.3).  19. Обработать руки гигиеническим способом, осушить (СанПиН 2.1.3.2630 -10, п.12).  20. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в листе наблюдений сестринской истории болезни, Журнале процедурной м/с.  21. Напомнить пациенту о необходимости приема пищи через 30 минут после инъекции.  **4.Алгоритм определения уровня глюкозы с помощью глюкометра.** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 1. -Готовят аппарат для процедуры. Проверяют наличие иглы в держателе, выставляют уровень прокол, берут тест-полоски, ручку, блокнот для записи показателей. 2. -Тщательно вымывают руки мылом, сушат пальцы феном или ждут, пока руки просохнут сами. 3. -Вставляют полоски в прибор, а пенал с тестами сразу закрывают, чтобы они не высыхали. 4. -После прокола не нужно быстро давить подушечку, чтобы добыть кровь. Следует немного помассировать пальчик, так улучшиться кровоток. 5. -Первую каплю крови убирают ватой, а вторую наносят на полосу. 6. -После забора материала звучит характерный сигнал, означающий, что биоматериал поступил в обработку. Если крови будет мало, то звук прерывистый и анализ повторяют. 7. -Спустя 6-8с на дисплее высвечивается.   **5.Алгоритм определения сахара в моче с помощью тест полоски Глюкофан**  Достоверность результата обеспечивает правильная подготовка к экспресс-анализу и соблюдение всех этапов его проведения:   * Емкость под урину необходимо тщательно промыть. Контейнер для сбора должен быть чистым и сухим, без следов моющего средства * Моча свежесобранная и тщательно перемешанная * Тест полоски на сахар в моче нужно погружать не сгибая, так, чтобы индикаторы полностью закрывались жидкостью.   Теперь можно приступить к анализу:   1. Собираем мочу в емкость 2. Извлекаем из тубуса тест-полоску, после чего сразу же его плотно закрываем 3. Опускаем на 2-3 секунды в мочу полоску 4. Осторожно вынимаем 5. Удаляем остатки мочи легким постукиванием о край емкости 6. Выкладываем полоску на ровную сухую поверхность 7. Ждём 45-90 секунд (не более 2 минут) 8. Сравниваем окраску индикатора с цветовой шкалой на тубусе или пенале и оцениваем результат. Анализ может быть не достоверным, если тест полоски на сахар просрочены.   **6. Осложнения сахарного диабета(диабетические комы-гипергликемическая,гипогликемическая,кетоацидотическая,гиперосмолярная)** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Диабети́ческая ко́ма** — состояние, развивающееся в результате недостатка инсулина в организме у больных сахарным диабетом. Дефицит инсулина ведёт к повышению концентрации глюкозы в крови и «голоду» периферических инсулинозависимых тканей, не способных утилизировать глюкозу без участия инсулина.  **Гипергликемическая кома -** кома, связанная с повышенным содержанием уровня глюкозы в крови. К причинам развития **гипергликемической** комы относят: А). Неадекватное лечение сахарного диабета.  **Гипогликемическая кома** — крайняя степень проявления гипогликемии, развивающаяся при быстром снижении концентрации глюкозы в плазме крови и резком падении утилизации глюкозы головным мозгом (чаще всего — результат несоответствия дозы вводимого инсулина или значительно реже от препаратов сульфонилмочевины  **Гиперосмолярная кома-** особый вид диабетической **комы**, характеризующийся крайней степенью нарушения метаболизма при сахарном диабете, протекающей без кетоацидоза на фоне выраженной гипергликемии, достигающей 33,0 ммоль/л и выше.  7**.Поздние осложненния сахарного диабета.(дибетическая стопа, диабетическая полинейропатия, диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия)**  **Диабетическая стопа-** комплекс анатомо-функциональных изменений, развивающихся на фоне [диабетической нейропатии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BD%D0%B5%D0%B9%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F), [микро-](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F) и [макроангиопатии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B7" \o "Атеросклероз), [остеоартропатии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F" \o "Диабетическая остеоартропатия), способствующих повышенной травматизации и инфицированию мягких тканей [стопы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B0), развитию гнойно-некротического процесса и в запущенных случаях ведущий к [ампутации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BC%D0%BF%D1%83%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F)  **Диабетическая полинейропатия-** (поражение периферических нервов) является самым частым осложнением сахарного диабета. Она возникает у 75% больных сахарным диабетом. Для многих людей с диабетом 2-го типа, о котором зачастую они не подозревают, симптомы нейропатии могут стать первым тревожным звоночком  **Диабетическая ретинопатия-** одно из наиболее тяжёлых осложнений сахарного диабета - проявление диабетической микроангиопатии, поражающее сосуды сетчатой оболочки глазного яблока, наблюдаемое у 90% пациентов при сахарном диабете.  **Диабетическая нефропатия- это** заболевание, которое возникает как осложнение у людей с сахарным диабетом (СД). Для этого заболевания характерна утрата функции почек, которая называется хронической болезнью почек |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 23.10.20 | **Сестринский уход за больными с аллергическими заболеваниями**  **1.Аллергия -что это**  хроническое заболевание, вызванное неадекватной, нежелательной и неожиданной реакцией иммунной системы на воздействие веществ, которые обычно не приводят к заболеванию и не наносят вред человеку, например: на продукты питания, лекарства, пыльцу растений, яд насекомых и др.  **2.Анафилактический шок(причины, симптомы)**  сильнейшее проявление аллергии. Это состояние очень опасно и без незамедлительно реагирования способно привести к летальному исходу  **Причины:**  **Анафилактический шок** может развиться после введения лекарств, укуса насекомых, употребления некоторых видов продуктов, от шерсти животных, пыльцы растений, пыли и пр. Следует отметить, что зависимости между дозой полученного аллергена и развитием **анафилактического шока** нет.  **Симптомы:**   * - температура; * - сильное потоотделение; * - боль в голове; * - боль в области сердца; * - падение давления; * - обморок.   **3.Алгоритм оказания помощи при анафилактическом шоке(сестринская и врачебная помощь)**  1) Прекратить введение аллергена, наложение жгута проксимальнее места введения аллергена;  2) Обколоть место инъекции (или укуса) 0,5 мл 0,1% адреналина гидрохлорида (в разведении с изотоническим раствором на­трия хлорида 1:10), положить лед (кусочек).  3) Обеспечить проходимость дыхательных путей; при невоз­можности интубации трахеи – коникотомия.  4) Придать ногам возвышенное положение  5) Ингаляция 100% кислорода (не более 30 минут); обеспечить доступ к вене.  6) Если аллергическая реакция развилась на введение пенициллина, ввести 1000000 ЕД пенициллиназы в 2 мл изотонического раствора натрия хлорида.  7) Начать внутривенное струйное введение жидкости (полиглюкин, реополиглюкин, 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы).  8) Ввести адреналин 1 мл в 20 мл любого раствора внутри­венно (при необходимости повторить). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 9) При распространении отека на область гортани ввести адреналин эндотрахеально 2-3 мл в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида.  10) Ввести глюкокортикоидные гормоны внутривенно (преднизолон 90-120 мг или гидрокортизона гемисукцинат 300-600 мг (в капельницу или струйно); при неэффективности – повторить.  11) Ввести внутривенно 2 мл 1% раствора димедрола или 1-2 мл раствора супрастина в/м.  12) При появлении признаков сердечной недостаточности ввести коргликон - 1 мл 0,06% раствора в изотоническом растворе хлорида атрия, лазикс (фуросемид) 40-60 мг внутривенно струйно быстро в изотоническом растворе натрия хлорида.  13) При бронхоспазме ввести внутривенно медленно 10 мл 2,4% раствора эуфиллина.  14) После стабилизации состояния – транспортировка в стационар.  15) При необходимости – сердечно-лёгочная реанимация.  **4.Содержание противошокового набора**  Набор медицинский противошоковый представляет собой пенал из ударопрочного полимера, в котором размещены 5 вложений, необходимых для оказания медицинской само- и взаимопомощи при жизнеугрожающих состояниях. Набор рекомендуется применять подготовленными сотрудниками спасательных и специальных подразделений и лицами с медицинским образованием в автономных условиях. Набор применяется при отсутствии квалифицированной медицинской помощи в период «золотого часа» (до 40-60 мин с момента возникновения жизнеугрожающего состояния) и при длительной транспортировке пострадавшего в лечебное учреждение. Применение набора показано при таких критических состояниях как: травматический, болевой, анафилактический шок, и для профилактики их развития, при серьезных травмах и ранениях, укусах ядовитых животных, утоплении. Действие набора обусловлено препаратами входящими в его состав: кеторолака трометамин- обезболивающее средство, кордиамин- средство стимулирующее дыхательный и сосудодвигательный центры головного мозга, дексаметазон-глюкокортикоидный гормон, обладающий выраженным противовоспалительным и противошоковым действием. Возможно как раздельное, так и совместное применение препаратов. При применении следует исключить аллергические реакции на препараты входящие в состав противошокового набора и противопоказания к их применению. Для применения необходимо владеть устойчивыми навыками проведения внутримышечных или подкожных инъекций. Инъекция проводится  в непораженный участок ( конечность). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **УТВЕРЖДЕННЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ вложений, входящих в Набор медицинский противошоковый:**   * Спиртовая салфетка - 1 шт - Применяется для обработки места инъекции * Р-р кеторолака трометамина (кетанов) 30мг/мл  - 1 - Применяется как обезболивающее средство * Р-р кордиамина 250мг/мл – 1 амп. - Применяется для стимуляции сердечной и дыхательной деятельности * Р-р дексаметазона 4мг/мл – 1 амп - Применяется как противовоспалительное и противошоковое средство * Шприц 5 мл – 1 шт - Для проведения инъекций * Состав–описание - 1 * Футляр контейнер - 1- Для защиты содержимого от внешних воздействий   Все вложения не являются препаратами запрещенными к обороту гражданскими лицами.  **5.Отек Квинке(симптомы ,помощь -сестринская и врачебная)**  острое аллергическое заболевание характеризующееся возникновением массивного отека кожи, подкожной жировой клетчатки и слизистых оболочек.  **Симптомы:**  Типичные симптомы отека Квинке это остро возникающий отек тканей лица, тыльной стороны ладоней, шеи, тыльной стороны стоп. В области отека кожа бледная. Отек Квинке, как правило, не сопровождается зудом. Развившийся отек бесследно исчезает в течение нескольких часов или дней   * 1. Прекратить введение лекарственного вещества пациенту.   2. Вызвать врача к пациенту.   3. Подготовить лекарственные средства   4. 1. Ввести 0,1 % раствор адрена­лина, 0,3-0,5 мл.   5. Ввести внутримышечно 1% раствора димедрола — 2,0 мл.   6. Ввести внутривенно 60-90 мг преднизолона   7. Ввести внутривенно 80 мг лазикса   8. Ввести внутривенно 10 мл 2,4% раствора эуфилина с 10 мл 0,9% изотонического раствора   9. Измерить АД, подсчитать пульс,   чдд. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **6.Крапивница(симптомы, лечение)**  называемая иногда крапивная лихорадка, крапивная сыпь, уртикария — кожное заболевание, дерматит преимущественно аллергического происхождения, характеризующееся быстрым появлением сильно зудящих, плоско приподнятых бледно-розовых волдырей  **Симптомы**:  Основной **симптом крапивницы** – это появление на коже высыпаний. Они похожи на ожог крапивой (отсюда и название), имеют симметричный характер и сильно чешутся. Сыпь выражается в виде волдырей.  **Лечение**:  **Для лечения аллергической крапивницы назначают:**   * -седативные препараты для снижения зуда; * -лекарства от аллергии; * -стероидные препараты для борьбы с воспалением; * -мази либо кремы для устранения сыпи; * -лекарства для повышения иммунитета.   **7.Поллинозы(симптомы, причины, лечение)**  **это** сезонный аллергический ринит (насморк), который возникает как реакция организма на пыльцу во время цветения некоторых деревьев, трав и сорняков  **Симптомы**:   * -заложенность носа и выделение слизи; * -опухание бледной слизистой носа; * -чихание; * -проблемы с дыханием; * -зуд в носу и горле; * -воспаление глаз; * -сыпь.   **Лечение:**Диагностика поллиноза особых сложностей не вызывает, поскольку явно просматривается связь между контактом с пыльцой и появлением вышеперечисленных симптомов. Но необходимо не просто установить связь, а выяснить во всех подробностях историю заболевания, появления симптомов, а также определить, какие конкретные вещества вызывают аллергическую реакцию.  Для их определения делается аллергологическое тестирование: на кожу больного или под кожу (укол, царапина) в микроскопической дозе наносится определенный аллерген. А через некоторое время врач-аллерголог оценивает реакцию окружающего участка кожи – покраснение, сыпь, отек |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 24.10.20 | **Зачет**  **Плеврит:** воспалительное заболевание листков плевры, которое характеризуется отложением фибрина на их поверхности (фибринозный или сухой плеврит), или накоплением жидкости в плевральной полости (экссудативный плеврит). Данное заболевание встречается очень часто. Это наиболее часто диагностируемая патология легких.  **Симптомы:**  Плеврит (плевральный выпот) в большинстве случаев является лишь симптомом какого-либо заболевания, а не самостоятельной болезнью. Всего же насчитывается более пятидесяти заболеваний, которые могут сопровождаться накоплением жидкости в плевральной полости. При этом симптомы плеврита в виде появления и нарастания одышки, слабости, в некоторых случаях сухого кашля и даже лихорадки, могут появиться задолго до симптомов заболевания, приведшего к появлению жидкости в плевральной полости. Особую группу плевритов представляют поражения плевры, связанные с опухолями. В этом случае плевра поражается метастазами, а первичная опухоль может локализоваться в желудке, кишечнике, легком, матке, яичнике, лимфатических узлах.  **Диагностика:**  Диагностика плеврита начинается с осмотра врача. У пациента даже визуально отмечаются асимметрия грудной клетки. Пораженная сторона отстает пи дыхании. Дыхание становится очень слабым, почти не прослушиваемым.  Чтобы диагностировать плеврит у взрослых, дополнительно назначают следующие обследования:   * -рентген грудной клетки; * -УЗИ плевральной полости; * -пункцию скопившейся жидкости; * -бактериологическое и цитологическое исследование; * -общий анализ крови; * -биопсию.   На основании симптомов плеврита и полученных диагностических данных уже ставится диагноз. Дальше в зависимости от этиологии, вида и тяжести заболевания доктор подбирает схему того, как лечить плеврит. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Сестринская помощь при плевритах:**  Независимые с/в:  1) установить причину и объяснить больному, что воздействуют на основную причину 2) придать удобное положение в постели 3) на грудную клетку накладывают плотную повязку для уменьшения экскурсии грудной клетки 4) проветривать комнату 5) регулярная влажная уборка 6) обильное питье 7) высококалорийное питание  Зависимые с/в:  Лечение зависит от причины.  1) противотурберкулезные средства, а/б, гормоны коры надпочечников 2) химиотерапия при раке  Клиническая картина экссудативного плеврита:  Заболевание протекает более тяжело. Может быть лихорадочное состояние, интоксикация. Характерной жалобой является нарастающая одышка. При этом перед одышкой в течение суток может быть боль. Кашель обычно сухой, т.е. рефлекторного характера (полость плевры с бронхиальным деревом не сообщается).  Объективно:  При осмотре - больной занимает вынужденное положение. Не может лежать и сидя спит. Кожные покровы цианотичны (разлитой характер). Может быть набухание шейных вен. При пальпации - ЧДД значительно больше нормы, голосовое дрожание не проводится. При перкуссии над местом скопления жидкости определяется абсолютная тупость, которая расположена по изогнутой линии (линия Демуазо). Над легким, которое уменьшилось в размерах (сжалось), будет слышно усиление перкуторного звука. Границы сердца смещены в сторону от поражения. При выслушивании - над местом скопления экссудата дыхание не прослушивается, а выше линии Демуазо - бронхиальное дыхание (лучше слышен выдох). Шум трения плевры - не слышен.  **Сестринская помощь при приступе острого инфаркта миокарда** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | * вызвать бригаду скорой медицинской помощи; * сесть (лучше в кресло сподлокотниками) или лечь в постель с приподнятым изголовьем, принять 0,25 г ацетилсалициловой кислоты (аспирина) (таблетку разжевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (таблетку/капсулу положить под язык, капсулу предварительно раскусить, не глотать); освободить шею и обеспечить поступление свежего воздуха (открыть форточки или окно); * если через 5-7 мин. после приема ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и нитроглицерина боли сохраняются, необходимо второй раз принять нитроглицерин; * если через 10 мин после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в третий раз принять нитроглицерин; * если после первого или последующих приемов нитроглицерина появилась резкая слабость, потливость, одышка, необходимо лечь, поднять ноги (на валик и т.п.), выпить 1 стакан воды и далее, как и при сильной головной боли, нитроглицерин больше не принимать; * если больной ранее принимал лекарственные препараты снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувостатин), дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в дорогу. |  |  |