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. Абдужалилова Кундузой Юлдашбаевна

Место прохождения практики Фармацевтический колледж КрасГМУ

с «09» ноября 2020г. по «20» ноября 2020г.

Руководитель практики:

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

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 участиюв 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 пациентамитерапевтического 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 учебнойпрактики обучающийся должен:**

**Приобрести практический опыт:**

* осуществления ухода за терапевтическими пациентами при различных заболеваниях и состояниях;
* проведения реабилитационных мероприятий в отношении терапевтическихпациентов 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 |  |

**График прохождения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование разделов и тем практики | Дата |
| 1. | Сестринский уход за больными при заболеваниях органов дыхания | 09.11.2020г.  10.11.2020г. |
| 2. | Сестринский уход за больными при заболеваниях сердца | 11.11.2020г.  12.11.2020г. |
| 3 | Сестринский уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта | 13.11.2020г.  14.11.2020г. |
| 4 | Сестринский уход за больными при заболеваниях почек | 16.11.2020г. |
| 5 | Сестринский уход за больными при заболеваниях крови | 17.11.2020г. |
| 6 | Сестринский уход за больными при заболеваниях эндокринной системы | 18.11.2020г.  19.11.2020г. |
| 7. | Сестринский уход за больными при аллергических заболеваниях | 20.11.2020г. |
| 8. | Зачет по учебной практике | 20.10.2020г. |

**Инструктаж по технике безопасности**

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

Дата 09.11.2020г. Роспись Абдужалилова К.Ю

**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\вкапельно.  9.Проведение забора материала для лабораторного исследования.  10.Подготовка пациентов к обследованиям:ренгеноскопии,ренгенографии, бронхографии,бронхоскопии.  11.Осуществлять сбор медицинских отходов.  12.Измерятьосновные 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 УЗИобследованию  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 нефрологическогоотделения,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. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **09.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика № 1**  **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**  **1.СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ПНЕВМАНИИ**  1. Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением лечебно-охранительного режима. Провести беседу с пациентом и /или родственниками о заболевании и профилактике осложнений; объяснить пациенту и/или родственникам о необходимости соблюдения режима; приподнять головной конец кровати: проведение постурального дренажа 2-3 раза в день..  2.Обеспечивать организацию и контроль над питанием. Проведение беседы с пациентом о питании; рекомендовать употребление продуктов с большим содержанием углеводов, фрукты, овощи.  3. Организация досуга. Рекомендовать родственникам принести любимые книги, газеты и др.  4. Создание комфортных условий в палате. Контролировать проведение влажной уборки и регулярного проветривания; регулярность смены постельного белья; соблюдение тишины в палате  5. Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий и приеме пищи. Провести беседу о необходимости соблюдения гигиены; рекомендовать принести зубную пасту, расческу, чистое сменное белье.  6. Выполнять назначения врача  Зависимые вмешательства: Введение антибиотиков, обеспечение приема лекарственных препаратов: проведение инфузионной терапии  Независимые вмешательства: Объяснить пациенту про необходимость введения антибиотиков, прием других лекарственных препаратов; провести беседу с пациентом о возможных побочных эффектах терапии; сопровождать на физиотерапевтические процедуры.  7. Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией пациента на лечение. Опрос о самочувствии, жалобах, регистрация характера кашля; измерение температуры тела утром и вечером; ЧД. ЧСС. При ухудшении общего состояния срочно сообщить врачу. 5 этап. Оценка эффективности ухода  **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ХОБЛ**  Зависимое сестринские вмешательства . Выполнение назначений врача по проведению лекарственной терапии, физиотерапевтических процедур.  Сестринский процесс подразумевает: соблюдение схемы лечения, назначенной врачом; контроль изменений в состоянии больного в результате приема препаратов, предупреждение возникновения побочных эффектов. Особенности средств, применяемых при хронической обструктивной болезни легких: Препараты, расширяющие бронхи (антихолинэнергики) — уменьшают влияние блуждающего нерва, вызывающего спазм гладкой мускулатуры. Нужно контролировать возможные побочные эффекты: появление запоров и сухости во рту, нарушение мочеиспускания и зрения. Бета-агонисты (стимуляторы бета-адренорецепторов), расслабляющие мускулатуру бронхов. Может наблюдаться повышение артериального давления, сердцебиение, тревожность. Кортикостероиды — гормоны, уменьшающие воспалительный процесс и блокирующие иммунные реакции. Требуют мониторинга изменений основных функций организма (сердечной деятельности, давления, состава крови). Муколитики разжижают экссудат бронхов и ускоряют его выведение (карбоцистеин, амброксан, ацетилцистеин, амбробене). Растительные препараты, облегчающие отхаркивание (солодка, термопсис, девясил, чабрец). Курс антибиотиков назначается врачом при повышении температуры, признаках интоксикации, слабости, выраженной утомляемости. Оксигенотерапия при нарушении дыхательной деятельности. В условиях лечебного учреждения проводится газовой смесью с увеличенным содержанием кислорода, пропущенной через аппарат Боброва для увлажнения. Способы оксигенотерапии: через носовые катетеры (канюли); с помощью масок; через трахеостомические и интубационные трубки; в кислородных палатках. Ингаляции. Используются: баллонные спреи (ДАИ — дозирующие аэрозольные ингаляторы); спейсеры — вспомогательные устройства для облегчения применения ДАИ; маски — предназначены для тяжелобольных; небулайзеры — приспособления для создания аэрозоля с нужной величиной частиц.  Независимое сестринские вмешательства. Доврачебная помощь, наблюдение за реакцией на лечение, обеспечение гигиенических мероприятий, консультирование, профилактика, обучение новым приемам, организация досуга. Медицинская сестра разъясняет характер и причины заболевания, способы его лечения и профилактики, необходимость избавления от вредных привычек, профессиональных и бытовых влияний, подбирает оптимальный режим двигательной активности, обучает специальным дыхательным упражнениям, рекомендует диету, инструктирует по применению ингаляторов, спейсеров и небулайзеров. Необходимая информация предоставляется родственникам больного.  Для облегчения кашля рекомендованы банки, горчичники, горячее молоко с «Боржоми» или 1 ч. л. соды, щелочной морс. Объем потребляемой жидкости — не менее 3,5 л. Демонстрируется техника продуктивного кашля: Первый прием — два форсированных выдоха подряд после обычного вдоха, второй — медленный глубокий забор воздуха, задержка дыхания, три кашлевых толчка. Найти дренажное положение, при котором бронхи освобождаются эффективно, и выдерживать его до получаса в день. При одышке человеку придают полусидячее положение, активизируют проветривание. При дыхательной недостаточности проводят оксигенотерапию. Ингаляции с лекарственными средствами, физраствором, минеральной водой, раствором Рингера до 3 раз в сутки на протяжении недели. Ознакомление с комплексами дыхательной гимнастики. Надувание воздушных шаров. Разъяснение необходимости функционального положения в постели. Массаж грудной клетки. Регулярное проветривание помещения. Отсутствие в палате резких запахов, чтобы не провоцировать приступы кашля.  **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМ ПЛЕВРИТОМ**  Сестринский уход при плеврите направлен на улучшение общего состояния больного, наступление ремиссии, а также недопущение развития осложнений.  Особенностью процесса при данной болезни является значительная роль среднего медицинского персонала в установлении причин обострения болезни, нарушений предписаний и потребностей пациента.  Сестринский процесс при плеврите включает в себя:  1.Обеспечить пациенту дробное питание и обильное питье;  2.Следить за соблюдением пациентом постельного режима;  3.Обеспечить больного общим уходом в полном объеме;  4.Выбрать вместе с пациентом удобное положения в кровати (при котором интенсивность болей наименьшая) с приподнятым головным концом;  5.Провести беседу с пациентом и его родственниками о необходимости соблюдать диету назначенную врачом;  6.Обеспечивать пациента свежим воздухом;  7.Выполнять назначения врача;  8.При болях - по назначению врача проводить обезболивающую терапии;  9.При повышенной температуре - ухаживать как за лихорадящим больным;  10.Во время обильного потоотделения необходимо проводить смену нательного и постельного белья;  11.Проводить контроль за дыханием, пульсом и артериальным давлением.  **Особенности лечения плеврита**  Лечение больных с плевритом проводится в стационаре. Оно должно быть комплексным и направлено прежде всего на ликвидацию основного процесса, приведшего к его развитию.  Больным назначается:  · Постельный режим;  · Диетотерапия;  · Медикаментозная терапия;  · Оксигенотерапия  · Физиотерапия;  · ЛФК.  Симптоматическое лечение имеет целью обезболить и ускорить рассасывание фибрина, предупредить образование обширных шварт и сращений в плевральной полости.  Медицинская сестра обеспечивает своевременное и четкое выполнение назначений врача, проведение контроля за передачами родственников, контроль переносимости лекарственных средств, контроль АД,ЧДД, пульса, массы тела и величины диуреза, проведение кислородотерапии, ЛФК, подготовка пациента к плевральной пункции и всего необходимого для ее проведения, а также к другим лабораторным и инструментальным исследованиям.  Также медицинская сестра проводит беседы о правилах соблюдения гигиенического режима, о проведении ЛФК при плевритах; осуществляет обучения больных приемам ЛФК.  Медицинская сестра осуществляет смазывание грудной клетки в виде сетки с настойкой йода, ассистирует врачу при проведении плевральной пункции.  **Лечение сухого плеврита:**  Симптоматическое лечение заключается в проведении противоболевых мероприятий:  · покой  · фиксация грудной клетки повязкой, пластырем;  · новокаиновая блокада;  · противоболевая терапия (кодеин, дионин);  · противовоспалительные препараты (амидопирин, аспирин, бутадион).  **Лечение экссудативного плеврита:**  Лечение больного с экссудативным плевритом должно включать:  · соблюдение постельного режима;  · высококалорийное питание с достаточным содержанием в пище белков и витаминов;  · при болях - обезболивающие препараты.  Как только уточнено основное заболевание (туберкулез, пневмония, диффузные болезни соединительной ткани), осложнившиеся плевритом, назначают лекарственные средства, показанные при этом заболевании.  Важным лечебным мероприятием является плевральная пункция - извлечение экссудата из плевральной полости .  Нередко после удаления жидкости из полости плевры, а также в процессе течения сухого плеврита между париетальным и висцеральным листками плевры образуются спайки. Они существенно ограничивают подвижность легких, что затрудняет полноценный акт дыхания, а это сказывается на снабжении организма кислородом.  Предотвратить развитие спаечного процесса помогут методики физиолечения, вибрационный и ручной массаж грудной клетки, а также дыхательная гимнастика. Методы физиотерапии, кроме того, способствуют уменьшению воспалительного процесса, ускоряют рассасывание экссудата, расширяют сосуды, улучшая кровоснабжение плевры.  Перед началом физиолечения врач должен убедиться в том, что причиной плеврита является не онкологическое заболевание. Новообразования любой локализации - противопоказание к физиотерапии.  **АЛГОРИТМ ДЛЯ РАЗВЕДЕНИЯ И В/М ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ**  1. Подготовка к манипуляции:  1) Вымыть руки, осушить, одеть перчатки, маску  2) Объяснить ребенку старшего возраста или матери ход предстоящей процедуры  3) Приготовить все необходимое для манипуляции.  2. Выполнение манипуляции:  1) Прочитать надпись на флаконе (наименование, доза, срок годности).  2) Вскрыть алюминиевую крышку в центре флакона с антибиотиком не стерильным пинцетом.  3) Обработать спиртом резиновую пробку  4) Набрать в шприц нужное количество растворителя  5) Для обеспечения назначенной дозы антибиотик разводится классическим способом: на 100.000 ЕД антибиотика берется 1мл растворителя. Для этого дозу, указанную на флаконе антибиотика разделить на 100.000, полученное число указывает количество мл растворителя, которые необходимо ввести во флакон (разведение 1:1), т.е 1г разводим на 10 мл , набираем 5 мл.  6) Ввести растворитель во флакон  7) Снять флакон вместе с иглой с подигольного конуса и встряхнуть флакон, добиться полного растворения порошка  8) Надеть иглу с флаконом на подыгольный конус  9) Поднять флакон вверх дном и набрать заданную дозу из флакона в шприц  10) Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса  11) Надеть и закрепить на подыгольном конусе иглу для внутримышечной инъекции  12) Проверить проходимость этой иглы, пропустив немного раствора через иглу  13) Уложить пациента на живот, чтобы ягодичные мышцы были расслаблены  14) Определить место инъекции, мысленно провести вертикальную линию, проходящую через седалищный бугор, а горизонтальную, пересекающую большой вертел бедренной кости  15) Обработать ватным шариком (смоченным в 700 спирте) кожу в месте инъекции  16) Кожу в месте инъекции прижать и несколько натянуть между пальцами левой руки  17) Быстрым толчкообразным движением ввести иглу под углом 900 к коже в ягодичную мышцу на глубину 2-3 см  18) Немного оттянуть поршень назад, чтобы убедится, не попала ли игла в сосуд (если кровь в шприце – смените место инъекции)  19) Если кровь не показалась, ввести медленно раствор, не создавая высокого давления в тканях, что сопровождается болевыми ощущениями  20) Извлечь иглу  21) Место инъекции обработать и слегка массировать ватным шариком, смоченным в спирте  3. Окончание манипуляции:  1) Вымыть руки, снять перчатки, маску  2) Спросить ребенка о самочувствии  3) Шприцы, иглы, перчатки поместить в дезраствор.  Примечание:1. Наиболее удобные места для внутримышечных инъекций – верхненаружный квадрат ягодицы и передненаружная область бедра.  **АЛГОРИТМ СМЕНЫ ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ.**  **Продольный способ.**  Цель*:*соблюдение личной гигиены пациента, создание комфортного состояния  Показания: загрязнение белья. Применяется для больных способных повер­нуться на бок, но находящихся на постельном режиме  Противопоказания: определяет врач  Подготовка к манипуляции:  Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить  Приготовьте оснащение:перчатки, комплект чистого белья, мешок для грязного белья.  Выполнение манипуляции  1. Наденьте перчатки  2. Оцените положение и состояние пациента  3. Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья  4. Чистую простыню скатайте по длине до половины  5. Поднимите голову пациента и уберите из под нее подушку  6. Подвиньте пациента к краю кровати, повернув его на бок  7. Грязную простыню скатайте по всей длине по направлению к пациенту  8. На освободившейся части постели расстелите чистую простыню  9. Поверните пациента на спину, а затем на другой бок, чтобы он оказался на чис­той простыне  10. Уберите грязную простыню в мешок и расправьте чистую.  11. Осторожно положите подушку под голову  12. Края простыни подверните под матрац  13. Надеть чистый пододеяльник. Укрыть пациента  Окончание манипуляции.  1. Поместите грязный пододеяльник в мешок для белья  2. Спросите пациента, удобно ли ему лежать.  3. Снимите перчатки, погрузите в дезраствор  4. Вымойте руки.  **Поперечный способ**  Цель:соблюдение личной гигиены пациента, создание комфортного состояния  Показания: загрязнение белья. Применяется для больных не способных повер­нуться на бок, находящихся на строгом постельном режиме.  Подготовка к манипуляции:  Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить  Оснащение:   * Перчатки * Комплект чистого белья * Мешок для грязного белья   Выполнение манипуляции   1. Наденьте перчатки. 2. Чистую простыню полностью скатайте, как бинт, в поперечном направлении 3. Осторожно приподнимите верхнюю часть туловища пациента, уберите подушки 4. Быстро скатайте грязную простынь со стороны изголовья кровати, до поясницы положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню 5. На чистую простыню положите подушку и опустите на нее голову пациента 6. Приподнимая таз, а затем ноги пациента, сдвиньте грязную простыню, продолжая расправлять чистую. 7. Опустите таз и ноги пациента, заправьте края простыни под матрац.   Окончание манипуляции.   1. Спросите пациента, удобно ли ему лежать 2. Уберите грязную простыню в мешок. 3. Снимите перчатки, опустите в дезраствор 4. Вымойте руки   **Задача № 3**  Пациентка Г., 1935 г.р. доставлена в терапевтическое отделение машиной скорой помощи с диагнозом "Эксудативный плеврит слева". При сестринском обследовании медицинская сестра выявила жалобы на слабость, сухой приступообразный кашель, одышку при небольшой физической нагрузке, фебрильную лихорадку, тупые боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся во время кашля. Объективно: сознание ясное, больная контактна, состояние средней тяжести, положение активное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, лимфоузлы не увеличены. Температура 37,8 град., грудная клетка ассимегрична, отмечается сглаженность межреберных промежутков слева, левая половина резко отстает в акте 6 дыхания. ЧДД - 24 в минуту, пульс 96 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт.ст. Пациентке назначено 1.Общий анализ мокроты. 2.Анализ мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам. 3. Плевральная пункция  Задания:  1. Определите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пациентки и выявите проблемы. 2.Выявите приоритетные проблемы, поставьте цели и составьте план сестринских вмешательств  Ответы:  1.У пациентки нарушено удовлетворение потребностей: дышать, быть здоровым, поддерживать нормальную температуру тела, работать, избегать опасности.  Проблемы настоящие: слабость, сухой кашель, одышка, лихорадка, боль в грудной клетке. Потенциальные: высокий риск развития эмпиемы плевры и дыхательной недостаточности.  2.Приоритетная проблема: кашель сухой.  Цель краткосрочная - у пациентки уменьшится частота и длительность кашля к концу недели долгосрочная цель: отсутствие кашля к моменту выписки  План сестринских вмешательств:   1. М/с обеспечит сан–эпид режим. 2. М/с обеспечит контроль за состоянием пациентки (температура, пульс, ЧДД, АД, цвет кожных покровов). 3. М/с обеспечит пациентку теплым питьем. 4. М/с обеспечит выполнение простейших физиопроцедур по назначению врача, если не будет лихорадки. 5. М/с обеспечит пациентке проведение ингаляций (масляные, эвкалиптовые)и обучит пациентку самостоятельному проведению ингаляций. 6. М/с обеспечит прием противокашлевых средств по назначению врача. 7. М/с подготовит пациентку и инструментарий к проведению плевральной пункции по назначению врача. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **10.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №2**  **Сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания.**  1.Сестринская помощь при приступе бронхиальной астмы.   1. При возможности - исключить контакт с причинно значимым аллергеном. Для предупреждения прогрессирования приступа удушья 2. Придать пациенту удобное положение - сидя с упором на руки. Для облегчения дыхания. 3. Расстегнуть стесняющую одежду. Для облегчения дыхания. 4. Обеспечить доступ свежего воздуха. Уменьшение гипоксии. 5. Срочно вызвать врача через третье лицо. Для оказания квалифицированной помощи. 6. Обеспечить теплым питьем. Для разжижения мокроты и лучшего ее отхождения. 7. Применить ДАИ с бронхолитиком (беротек, сальбутамол) или ингаляцию через небулайзер. Для снятия спазма гладкой мускулатуры бронхов. 8. Приготовить лекарственные препараты: бронхолитики: сальбутамол, тербуталин, беродуал, атровент, эуфиллин. ГКС: преднизолон, гидрокортизон и др. Для оказания квалифицированной помощи. 9. Постоянно контролировать состояние пациента, пульс, АД, ЧДД, характер мокроты. Для контроля эффективности оказываемой помощи и своевременного выявления осложнений.   2.Что такое пикфлуометрия,с какой целью она проводится.  *Пикфлоуметрия* – одна из популярных и доступных методик для диагностики функциональных характеристик бронхолегочной системы человека. Процедура позволяет устанавливать значение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – показателя, который отображает наличие или отсутствие спазма дыхательных путей.  *Пикфлоуметрия используется для достижения следующих ключевых целей:*   1. Измерить ПСВ и установить, обратима ли обструкция (спазм) респираторных путей; 2. Выявить и определить степень нарушения функции бронхов, вызванной их гиперреактивностью (нарастание воспаления с прогрессированием спазма); 3. Выявить пациентов, склонных к астме; 4. Установить возможные причины бронхоспазма. Проведение пикфлоуметрии после влияния определенных факторов (пыльца, химикаты, запыленный воздух) с ухудшением функции дыхания – достоверное доказательство взаимосвязи конкретного триггера с прогрессированием заболевания; 5. Выявить наличие профессиональной астмы – болезни, вызванной влиянием факторов, присутствующих только на рабочем месте пациента; 6. Подобрать оптимальную комбинацию медикаментозных препаратов для улучшения самочувствия больного; 7. Провести при необходимости коррекцию используемой терапевтической программы.   3.Алгоритм пользования карманным ингалятором.  *Показания:* приступ бронхиальной астмы.  *Последовательность действий:*   1. снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном; 2. баллончик хорошо встрянуть; 3. сделать глубокий выдох; 4. баллончик с аэрозолем взять в руку и обхватить губами мундштук; 5. сделать глубокий вдох и одновременно сильно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля; 6. задержать дыхание на несколько секунд, затем вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох (если глубокий вдох в результате тяжести состояния больного невозможен, то первая доза аэрозоля распыляется в полости рта); 7. после ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок.   Количество доз аэрозоля определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов больной должен прополоскать рот водой для профилактики развития кандидоза полости рта.  4.Что такое спирография,с какой целью она проводится.  *Спирография* – это специальная процедура, направленная на выявление заболеваний бронхо-легочной системы и оценки ее состояния с отображением полученных результатов обследования в графическом документе – спирограмме.  Суть спирографии заключается в определении изменений объема легких при нормальном и усиленном дыхании, а также других показателей их работы. Она является обязательным методом обследования при различных бронхо-легочных патологиях, например при обнаружении симптомов бронхиальной астмы. Также с помощью спирометрического обследования устанавливается эффективность применяемого лечения, особенно при астме, проводятся профосмотры спортсменов, работников вредных производств, курильщиков с многолетним стажем, лиц с наследственной предрасположенностью к аллергиям или болезням дыхательной системы.  5.Алгоритм в/в введения эуфиллина 2.4% раствора 10 мл. на 10мл. физ.р-ра.   1. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие пациента на процедуру. Вымыть и осушить руки. 2. Помочь пациенту занять положение лежа на спине или сидя, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды. 3. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку. Надеть перчатки (если они уже надеты, обработать их ватным шариком, смоченным спиртом) и маску. 4. Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или салфетку) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля — вниз (пульс на лучевой артерии не изменяется!). Попросить больного несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений стенки. 5. Обработать область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обрабатывать площадь локтевого сгиба, вторым — непосредственно место инъекции. 6. Взять шприц в правую руку: указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные обхватывают цилиндр шприца. 7. Натянуть кожу по ходу выбранной вены большим пальцем левой руки к периферии и прижать ее. Не меняя положения шприца в руке, держа иглу срезом вверх под углом до 30°, пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене. 8. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать вену до возникновения ощущения «попадания в пустоту». Зафиксировать правую руку со шприцем в данном положении. Убедиться, что игла в вене (необходимо перенести левую руку на поршень и потянуть его на себя — в шприце должна появиться кровь). 9. Развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов. Попросить больного разжать кулак. Проверить, не вышла ли игла из вены. 10. Не меняя положения шприца, опять перенести левую руку на поршень. Нажимая на него, медленно ввести лекарственный раствор, оставив в шприце 1—2 мл. Во время давления левой рукой на поршень положение правой руки должно быть жестко зафиксировано. 11. Прижать к месту инъекции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку больного в локтевом суставе. Попросить больного держать руку согнутой не менее 5 мин. Положить шприц в лоток. Провести дезинфекцию и утилизацию перевязочного материала и одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента.   6.Сестринская помощь при кровохарканье у больного с абсцессом легкого.   1. Успокоить пациента; 2. Вызвать врача; 3. Обеспечить и объяснить пациенту необходимость щадящего физического, речевого режима, оказать психологическую поддержку; 4. Придать положение полусидя с наклоном в пораженную сторону во избежание попадания крови в здоровое легкое; 5. Исключить тепловые процедуры; 6. Положить на больную половину грудной клетки пузырь со льдом; 7. Дать пациенту проглатывать кусочки льда – вызывает рефлекторный спазм сосудов и уменьшение кровенаполнения легких; 8. Обеспечить парентеральное введение кровоостанавливающих средств по назначению врача (12,5% дицинон, аминокапроновая кислота, 10% хлористый натрий, 10% хлористый кальций и др.); 9. При сильном кашле, усиливающем кровотечение, необходимо использовать противокашлевые средства; 10. Обеспечить сбор мокроты с кровью на исследование; 11. Обеспечить постоянное наблюдение за состоянием пациента и характером выделяемой мокроты; 12. Обеспечить кормление пациента охлажденной полужидкой пищей и приемом охлажденной жидкости (при сложностях кормления – голод); 13. Обеспечить пациента индивидуальной плевательницей.   7.Алгоритм в/в кап. введения аминокапроновой кислоты 100мл.  *I. Подготовка к процедуре.*   1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае его отсутствия уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность процедуры. 3. Вымыть руки жидким мылом, осушить индивидуальным тканевым полотенцем или одноразовой бумажной салфеткой. 4. Приготовить лекарственное средство. Убедиться в его соответствии назначению врача, в целостности емкости и отсутствии признаков его негодности. Нестерильным пинцетом вскрыть металлическую крышку флакона. 5. Приготовить систему для капельного введения растворов. Убедиться в целостности упаковки и отсутствии признаков негодности. Вскрыть упаковку нестерильными ножницами. 6. Надеть маску. 7. Тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой. Осушить индивидуальным полотенцем, предпочтительно одноразовым. Хорошо протереть руки спиртом или другим кожным антисептиком, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами и выдерживая рекомендуемое время обработки. 8. Взять со стерильного стола или упаковки со стерильным материалом стерильный лоток и стерильный пинцет, стерильным пинцетом взять из крафт – пакета или бязевой упаковки стерильные марлевые шарики (4 шарика) и стерильную салфетку. Над лотком полить шарики 70° спиртом или другим антисептиком, положить в лоток. 9. Стерильным влажным шариком протереть резиновую пробку флакона. 10. Заполнить капельную систему: правой рукой из упаковки достать систему, закрыть зажим. Снять колпачок с капельницы, ввести ее до упора во флакон. Открыть воздуховод. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе. Заполнить капельницу, нажав на стенки, на ½ объема. Снять иглу с колпачком, не нарушая стерильность. Открыть зажим. Заполнить систему до полного вытеснения воздуха и появления жидкости из подигольного конуса. Надеть иглу, притереть ее. Проверить проходимость иглы, открыв зажим и выпустив несколько капель жидкости в колпачок. Расположить систему на штатив. 11. Доставить в палату манипуляционный столик с размещенным на нем необходимым оснащением (пластырь, стерильный лоток с шариками и стерильной салфеткой) и штатив для инфузионных вливаний. 12. Предложить /помочь пациенту занять удобное положение (выбор положения зависит от состояния пациента и вводимого препарата). 13. Надеть перчатки. 14. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции для избегания возможных осложнений. Предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего положить под руку клеенчатую подушечку или валик. 15. Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или пеленку) так, чтобы пальпировался пульс на лучевой артерии. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак. Оставить кулак зажатым.   *II. Выполнение процедуры.*   1. Обработать область венепункции марлевым шариком, смоченным антисептиком, или салфеткой движениями в одном направлении, определяя более наполненную вену. Затем другим шариком непосредственно место инъекции. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько шариков, сколько нужно. Все использованные ватные шарики положить в рабочий лоток или непромокаемый пакет. 2. Повторно проверить проходимость иглы. 3. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену (кончиками пальцев левой руки оттянуть кожу локтевого сгиба в сторону предплечья примерно на 5 см ниже места инъекции). 4. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой на слабом токе жидкости. При появлении крови в канюле попросить пациента разжать кулак. Развязать/ослабить жгут. 5. Открыть винтовой зажим. Отрегулировать скорость поступления раствора (согласно назначению врача). 6. Закрепить иглу и систему лейкопластырем выше соединительной трубки. Прикрыть иглу стерильной салфеткой. 7. Наблюдать в течение нескольких минут, не появятся ли вокруг вены припухлость и болезненность. Припухлость тканей, образующаяся вокруг места инъекции, свидетельствует о попадании в них вводимой жидкости. В этом случае следует немедленно прекратить инфузию и начать внутривенное вливание в другую вену, используя новую стерильную иглу. 8. Снять перчатки, положить их в непромокаемый пакет или рабочий лоток. 9. Обработать руки антисептиком. 10. Наблюдать за пациентом на протяжении всей процедуры.   *III. Окончание процедуры.*   1. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика), надеть перчатки. 2. Закрыть винтовой зажим. Прижать к месту инъекции стерильный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу. Руку пациента согнуть в локтевом суставе на несколько минут до полной остановки кровотечения. 3. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет. 4. Сложить использованные капельную систему, салфетку, иглы в лоток, затем в емкости для дезинфекции; использованные ватные шарики поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором. Утилизировать использованный материал согласно СанПин. 5. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 6. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика). 7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию. 8. Осмотреть место инъекции через 20-25 минут, выяснить состояние пациента.   8.Алгоритм обработки плевательницы.   1. Необходимо объяснить пациенту правила пользования плевательницей. 2. Следует выдать ему сухую чистую плевательницу с плотной крышкой. 3. Заполнить мокроту на 1/4 объема 3-ным раствором хлорамина, при туберкулезной патологии - 5-ным раствором хлорамина. 4. После дезинфекции мокроту слить в канализацию, а мокроту от туберкулезных больных сжечь с опилками в специальной печи. 5. Использованные плевательницы дезинфицировать в 3-ном растворе хлорамина в течение 1 ч. Если плевательницей пользовался туберкулезный пациент, то обработка проводится 5-ным раствором хлорамина в течение 4 ч. 6. Затем плевательницу следует промыть проточной водой. Хранить в чистом сухом виде в специально отведенном месте.   9.Задача №1.  В терапевтическое отделение госпитализирован больной 38 лет. Предъявляет жалобы на повышение температуры до 40˚ с ознобом, головную боль, слабость, сильный кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком вдохе, одышку.  Врачебный диагноз: внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле.  Объективно: состояние тяжелое, температура 39,50С. Лицо гиперемировано, на губах герпес. ЧДД 32 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание в нижних отделах правого легкого усилено, при перкуссии там же притупление, а при аускультации влажные мелко и среднепузырчатые хрипы. Пульс 110 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 130/80 мм рт.ст, тоны сердца приглушены.  Задания   1. Определите проблемы пациента, сформулируйте цели сестринского вмешательства. 2. Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.   Ответ:  1. Настоящие проблемы: повышение температуры до 40˚ с ознобом, головную боль, слабость, сильный кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком вдохе, одышку.  Приоритетная проблема: повышение температуры до 40˚ с ознобом, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком вдохе, одышка.  Потенциальная проблема: бронхообструктивный синдром, ателектазы, абсцедирование, пневмосклероз, переход в хроническую форму.  Краткосрочная цель: уменьшение проявления отдышки и купирования болевого синдрома, для восстановления нормального дыхания.  Долгосрочная цель: улучшение состояния пациента  2. План сестринского вмешательства   1. Постуральный дренаж. Придать пациенту дренажное положение, уложив его на правый бок. Для купирования болевого синдрома и уменьшение уровня отдышки. Чтобы улучшить отхождение мокроты в лёгких. 2. Проветривать палату ежедневно. Для поступления большего количества кислорода в палату, и повышение насыщения крови кислородом. 3. Укрыть пациента тёплым одеялом. Для улучшения сердечно-сосудистой деятельности, а также предотвращения сердечных осложнений. 4. Обучить пациента дыхательной гимнастике. Способствует к уменьшению вероятности возникновения дыхательной недостаточности. Улучшение оттока (дренажа) мокроты. Для восстановления правильного дыхания. 5. Своевременное выполнение назначений врача (Постановка препаратов, оксигенотерапия и.т.д). Для организации скорейшего выздоровления пациента. Для купирования болевого синдрома и уменьшения отдышки в лёгких. 6. Следить за показателями АД, ЧДД, ЧСС, температуры, SpO2. Для предупреждения острых состояний у пациента.   10.Ответить на тестовые задания (есть на сайте) в разделе "Сестринский уход в пульмонологии" с1 по 100 вопросы.   1. в 2. г 3. а 4. г 5. а 6. г 7. б 8. а 9. в 10. а 11. а 12. г 13. г 14. б 15. б 16. в 17. в 18. г 19. в 20. в 21. в 22. г 23. в 24. г 25. б 26. г 27. г 28. в 29. б 30. г 31. б 32. а 33. а 34. а 35. г 36. г 37. г 38. б 39. в 40. г 41. б 42. б 43. в 44. б 45. а 46. б 47. г 48. г 49. а 50. а 51. б 52. а 53. б 54. в 55. б 56. г 57. в 58. а 59. в 60. б 61. б 62. г 63. б 64. в 65. а 66. а 67. б 68. б 69. г 70. б 71. г 72. в 73. в 74. г 75. в 76. г 77. г 78. г 79. г 80. г 81. г 82. а 83. г 84. а 85. г 86. а 87. в 88. г 89. г 90. г 91. а 92. в 93. а 94. г 95. г 96. б 97. г 98. г 99. г   100.б |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **11.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №3**  **Сестринский уход за больными при заболеваниях сердца.**  **1.Алгоритм исследования пульса.**  Подготовка к процедуре   1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры по исследованию пульса. Получить согласие пациента на процедуру. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Предложить пациенту или придать ему удобное положение.   Выполнение процедуры   1. Положить первый палец руки на тыльную сторону выше кисти пациента, а второй, третий и четвертый пальцы — по ходу лучевой артерии, начиная с основания первого пальца пациента. 2. Прижать слегка артерию к лучевой кости и почувствовать её пульсацию. 3. Взять часы с секундомером. 4. Провести подсчет пульсовых волн на артерии в течение 1 мин. 5. Определить интервалы между пульсовыми волнами (ритм пульса). 6. Определить наполнение пульса (объем артериальной крови, образующей пульсовую волну). 7. Сдавить лучевую артерию и оценить напряжение пульса.   Окончание процедуры   1. Провести регистрацию частоты пульса в температурном листе графическим способом, а в листе наблюдения - цифровым способом. 2. Сообщить пациенту результаты исследования. 3. Вымыть и осушить руки. 4. Руки обработать антисептическим средством.   Подсчет пульса необходимо проводить утром, лежа в постели, затем стоя (ортостатическая проба)  **2.Алгоритм исследования артериального давления.**  Подготовка к процедуре:   1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его.   Выполнение процедуры:   1. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца. 2. Наложить манжету тонометра на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки - один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки. 3. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей тонометра до исчезновения пульса (исчезновение пульса фиксируется исследователем пальпаторно). Этот уровень давления, зафиксированный на шкале тонометра, соответствует систолическому давлению. 4. Спустить воздух из манжеты тонометра и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха. 5. Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но, не прилагая для этого усилий. 6. После фиксации мембраны быстро накачать манжету до уровня, превышающего полученный результат на 30 мм рт.ст. 7. Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст. за секунду. При давлении более 200 мм рт.ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт.ст. за секунду. 8. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона – это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем. 9. Отметить по шкале на тонометре прекращение громкого последнего тона – это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.   Окончание процедуры   1. Сообщить пациенту результат измерения артериального давления. 2. Обработать мембрану фонендоскопа антисептическим или дезинфицирующим средством. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления у пациента – сообщить врачу.   **3.Алгоритм наложения электродов при снятии электрокардиограммы.**   1. предложить пациенту раздеться до пояса и освободить голени от одежды, предложить занять горизонтальное положение на кушетке лёжа на спине, добиться максимального расслабления мышц, 2. заправить электрокардиограф специальной термобумагой, 3. подключить аппарат к специальной шине контурного заземления, недопустимо заземление через трубы водопровода и отопления и последовательное заземление аппаратов, электрокардиограф с автономным источником питания не требует заземления, 4. подключить сетевой кабель к розетке сети переменного тока с номинальным напряжением 220 В, 5. закрепить электроды на внутренней поверхности конечностей: на предплечьях над запястьем, на голенях над щиколоткой; при отсутствии конечности, её части, либо при наличии повязки, электроды наложить на наиболее дистальный имеющийся (открытый от повязки) сегмент конечности, а на здоровой конечности – симметрично ему, 6. обеспечить хороший контакт электродов с кожей для улучшения качества записи ЭКГ, использовать одноразовые салфетки: 7. предварительно обезжирить кожу спиртом в местах наложения электродов, 8. смочить места наложения электродов изотоническим или 5–10% раствором хлорида натрия или наложить электродную пасту, 9. при значительной волосистости кожи смочить мыльным раствором, 10. Провода кабеля отведений присоединить к электродам на конечностях в следующем порядке в соответствии с общепринятой маркировкой входных проводов:  * - красный – на правой руке, * - жёлтый – на левой руке, * - зелёный – на левой ноге, * - чёрный – на правой ноге.   Эти электроды дадут запись стандартных отведений ЭКГ, обозначаемых римскими цифрами: I, II, III; а так же усиленных от конечностей: aVR, aVL, aVF.   1. Расположить 6 грудных электродов в виде резиновых груш в определённых точках на груди пациента в межрёберных промежутках, обеспечить хороший контакт электродов с кожей (см. выше) и присоединить провода кабеля в соответствии с маркировкой следующим образом:  * V1 – красный электрод – IV межреберье у правого края грудины, * V2 – жёлтый – IV межреберье у левого края грудины, * V3 – зелёный – в центре между V2 и V4, * V4 – коричневый – в V межреберье по средне-ключичной линии, * V5 - чёрный – по той же горизонтали по передне-подмышечной линии, * V6 – фиолетовый – по той же горизонтали по средне-подмышечной линии.   Эти электроды дадут запись однополюсных грудных отведений Вильсона.  **4.Алгоритм снятия ЭКГ**   1. включить электрокардиограф, нажав кнопку включения, 2. зарегистрировать калибровочный милливольт – контрольный импульс амплитудой 1мВ равный 10 мм, 3. произвести запись ЭКГ в 12 отведениях поочерёдно, в каждом отведении не менее 4 сердечных циклов (PQRST), при скорости движения бумаги 50 мм/сек, меньшую скорость 25 мм/сек использовать при нарушениях ритма, 4. запись ЭКГ осуществлять при спокойном неглубоком дыхании, отведение III записывается также при задержке дыхания на вдохе; при наличии помех запись можно производить при задержке дыхания; при резкой одышке у больного запись ЭКГ проводить в полусидящем положении, 5. во время записи пациент не должен касаться корпуса электрокардиографа, а оператору не следует одновременно касаться пациента и аппарата.   **5.Велоэргометрическая проба(ВЭП).Цель проведения.**  Велоэргометрия (велоэргометрическая проба (ВЭП))– это электрокардиографическое исследование (ЭКГ), проводимое во время физической нагрузки (нагрузочная проба) на специальном велосипеде – велоэргометре. В качестве аналога может рассматриваться тредмил-тест (беговая дорожка).  Данный метод позволяет:   1. определить реакцию сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку; 2. определить степень толерантности (выносливости) организма к физической нагрузке у здоровых лиц, спортсменов; 3. диагностировать скрытую патологию сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца (ИБС), нарушения сердечного ритма и др), особенно у лиц с факторами риска – курение, гиперхолестеринемия, избыточный вес и др.; 4. выявить связь боли в грудной клетке с состоянием коронарного кровотока 5. количественно выразить степень недостаточности коронарного кровотока и адаптивные возможности организма; 6. оценить результаты медикаментозного или оперативного лечения.   **6.Алгоритм подготовки больного к ВЭП**   1. За три часа до проведения велоэргометрии нельзя принимать пищу. 2. Исследование не проводится после стрессовых ситуаций и больших физических нагрузок. 3. Если пациенту назначены какие-либо лекарственные препараты, заранее обговаривается с врачом возможность их приема перед исследованием.   **7.Подготовка пациента к холтеровскому мониторированию, эхокардиографии.**   1. Рекомендуется накануне диагностического исследования принять душ, т.к. после установки электродов в течение 24 часов нельзя будет принимать водные процедуры. 2. Мужчинам удалить волосяной покров (при необходимости) с передней поверхности грудной клетки.   Правила ношения диагностического оборудования:  Не рекомендуется:   1. Мочить - принимать с ним ванну, душ, купаться в открытых водоемах; 2. Подвергать холтер воздействию низких и высоких температур (например, не ходить в баню в день исследования); 3. Нужно оберегать прибор от ударов, воздействия вибраций. Желательно на время холтеровского мониторирования исключить контакты с агрессивной бытовой химией, особенно той, что содержит кислоты; 4. Кроме этого, очень нежелательны тяжелые длительные физические нагрузки, так как, во-первых, они могут исказить результаты исследования, а во-вторых, из-за повышенного отделения пота могут отклеиться электроды; 5. Не рекомендуется находиться рядом с трансформаторными будками, мощными линиями электропередач, а также близко подходить к работающей электрической бытовой и медицинской аппаратуре; 6. Во время сна следует избегать поворачиваться на живот, так как из-за этого могут сместиться электроды или нарушиться запись данных; 7. Во время проведения мониторинга нельзя носить металлические украшения, одежду с металлическими пуговицами или бюстгальтер с металлическими застежками, так как они могут влиять на результаты записи ЭКГ.   Рекомендуется:   1. Во время исследования лучше отдавать предпочтение хлопчатобумажному нижнему белью и избегать ношения одежды из синтетических и шелковых тканей, которая может накапливать статическое электричество; 2. Выдается дневник, в котором пациент отмечает своё самочувствие, жалобы, вид деятельности, физические нагрузки, приём лекарственных препаратов, время бодрствования и сна. И делает лестничный тест (по показаниям); 3. Точно по времени, отмечаются жалобы, в связи с которыми проводится мониторирование и прочие субъективные ощущения: слабость, головокружения, сдавление в груди, удушье, сердцебиение, недомогание, боль в области сердца, либо боль в другой локализации. Пациенту предлагается указать характер боли (тупая, давящая, колющая, сжимающая и т.д.), а также ее продолжительность. Следует указать, при каких обстоятельствах боль возникла (после физических или эмоциональных напряжений, в покое и т.д.) и прошла (остановка при ходьбе, после приема лекарства). Указать время приема и название лекарственных препаратов; 4. Многие препараты, которые принимает больной, могут изменять обычную деятельность сердца. Поэтому если врач назначает Вам суточный мониторинг, укажите, какие в данный момент Вы принимаете лекарства; 5. Если у Вас нечаянно отсоединился провод или электрод, на аппарате загорится лампочка. Если пациент не может самостоятельно поставить обратно электрод, обратитесь к медицинскому персоналу; 6. После окончания периода мониторинга Вы возвращаетесь в кабинет функциональной диагностики, персонал снимает с вас аппарат.   **8.Агоритм взятия крови на биохимический анализ.**  Цель: взять материал для лабораторного исследования  Показания: обследование для получения сведений о белковом, липидном, углеводном, минеральном обменах, водном и электролитном балансах, активности ферментов.  Оснащение: стерильный лоток, спиртовые салфетки, шприц, жгут, валик, салфетка, пробирки в штативе. Оптимально – система BD Vacutainer, бактерицидный пластырь  Подготовка к манипуляции:   1. Подготовить все необходимое 2. Надеть маску, защитные очки, передник 3. Вымыть руки, надеть перчатки 4. Пронумеровать пробирку, зарегистрировать направление 5. Собрать шприц, надеть на него иглу, проверить её проходимость 6. Провести идентификацию пациента 7. Объяснить цель и ход манипуляции 8. Подложить под локоть клеенчатый валик, удобно расположить пациента   Выполнение манипуляции:   1. Выбрать, осмотреть и пропальпировать место венепункции 2. На плечо наложить жгут, подложив под него салфетку (на 7 – 10 см выше места венепункции) 3. Попросить пациента сжать кулак 4. Продезинфицировать место венепункции круговыми движениями от центра к периферии – не пальпировать вену после обработки антисептиком! 5. Фиксировать вену большим пальцем на 3 – 5 см ниже места венепункции 6. Ввести иглу срезом вверх 7. Поршнем проверить нахождение в вене, а при работе вакутайнером вставить пробирку в держатель и получить необходимый объем крови 8. Снять жгут как только кровь начнет поступать в шприц или пробирку вакутайнера 9. Попросить разжать кулак   Завершение манипуляции:   1. Приложить сухую стерильную салфетку к месту венепункции 2. Извлечь иглу из вены и поместите её с контейнер для использованных игл 3. На место венепункции наложите бактерицидный пластырь или давящую повязку 4. Убедиться в хорошем самочувствии пациента 5. Дезинфицировать использованное оборудование 6. Снять перчатки, вымыть и просушить руки |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **12.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №4**  **Сестринский уход за больными с заболеваниями сердца**  **1.Алгоритм оказания сестринской помощи больному при ревматическом воспалении коленных суставов (наложение полуспиртового компресса)**  Цель: вызвать длительное расширение кровеносных и лимфатических сосудов, оказывать болеутоляющее и рассасывающее действие.  Показания: местные воспалительные процессы на коже и в подкожно-жировом слое, суставах, среднем ухе и т.д., а также при ушибах (на вторые сутки после травмы).  Противопоказания:гнойничковые поражения кожи, нарушение целостности кожи, новообразования, травмы и ушибы на 1-ые сутки.  Оснащение:   1. марлю в 6-8 слоев; 2. компрессную бумагу; 3. вату, бинт ( косынку); 4. спирт 40 градусов, лекарственный препарат; 5. ножницы.   Подготовка к процедуре:   1. объясните цель, ход процедуры и получите согласие на процедуру; 2. подготовьте все необходимое.   Выполнение процедуры:   1. смочите марлю 40% спиртом (лекарственным препаратом) и хорошо отожмите; 2. приложите марлю к больному участку тела; 3. поверх марли положите компрессную бумагу, затем вату (каждый последующий слой должен быть больше предыдущего на 1-2 см); 4. закрепите компресс бинтом (косынкой ) так, чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движения и оставьте на 8-10 часов; 5. по истечении времени снимите компресс, наложите сухую теплую повязку; 6. вымойте руки.   Примечание.   1. Чтобы проверить эффективность поставленного компресса через 1 час, подведите палец под марлю вы ощутите тепло. 2. Чтобы проверить эффективность компресса при снятии, марля должна быть слегка влажной и теплой. 3. Прежде чем ставить лекарственный компресс, кожу необходимо смазать детским кремом или вазелином. 4. Нельзя ставить компресс на кожу смазанную йодом – может быть ожог!   **2.Сестринкая помощь при приступе острого инфаркта миокарда.**  Тактика медицинской сестры до прихода врача:   1. успокоить больного, измерить АД, подсчитать и оценить характер пульса; 2. помочь принять положение полусидя или уложить больного, обеспечив ему полный физический и психический покой; 3. дать больному нитроглицерин (1 таблетку - 5 мг или 1 каплю 1% спиртового раствора на кусочке сахара или таблетку валидола под язык); 4. поставить горчичники на область сердца и на грудину; при затянувшемся приступе показаны пиявки на область сердца; 5. внутрь принять корвалол (или валокордин) 30-35 капель; 6. до прихода врача внимательно наблюдать за состоянием больного. 7. Действие нитроглицерина наступает быстро, через 1-3 мин. При отсутствии эффекта через 5 мин после однократного приема препарата его следует назначить повторно в той же дозе. 8. При болях, не снимаемых двукратным назначением нитроглицерина, дальнейший прием бесполезен и небезопасен. В этих случаях надо думать о развитии предынфарктного состояния или ИМ, что требует назначения врачом более сильных лекарственных средств. 9. Эмоциональное напряжение, явившееся причиной приступа и сопровождавшее его, может быть устранено применением седативных средств. 10. Медицинская сестра в критических для больного ситуациях должна проявлять выдержку, работать быстро, уверенно, без излишней поспешности и суетливости. От того, насколько грамотно медицинская сестра умеет распознавать характер болей в области сердца, зависит эффект лечения, а иногда и жизнь больного. Наряду с этим медицинская сестра не должна забывать, что она не просто медицинская сестра, а сестра милосердия.   Мероприятия на догоспитальном этапе  Для купирования болевого приступа применяют:   1. ингаляцию кислорода; 2. нитроглицерин; 3. бета-блокаторы при отсутствии явных клинических противопоказаний (выраженная гипотензия, брадикардия, застойная сердечная недостаточность); 4. при отсутствии эффекта от антиангинальной терапии средством выбора для купирования болевого синдрома считается морфин в/в по 2-5 мг каждые 5-30 мин до курирования боли. Кроме морфина, чаще всего используют промедол; 5. в большинстве случаев к наркотическим анальгетикам добавляют реланиум или дроперидол; 6. всем больным при первом подозрении на ИМ показано возможно более раннее назначение аспирина (первая доза составляет 300-500 мг препарата, не покрытого оболочкой), далее аспирин принимают по 100 мг в день; 7. при наличии соответствующего аппарата и навыков боли могут быть устранены использованием наркоза закисью азота с кислородом; 8. при трудно поддающемся купированию болевом синдроме используют повторное введение наркотических анальгетиков, инфузии нитроглицерина, назначают бета-блокаторы.   **3.Оказание сестринской помощи при гипертоническом кризе.**  Доврачебная помощь:   1. Вызвать врача. 2. Уложить пациента с высоко поднятым изголовьем, при рвоте повернуть голову набок. 3. Обеспечить доступ свежего воздуха. 4. Успокоить пациента, если он возбужден, дать успокаивающие средства: корвалол 25 - 35 капель или настойку валерианы 25 капель. 5. Измерить АД. подсчитать частоту пульса. 6. Применить горчичники на затылок и икроножные мышцы или использовать горячие ножные ванны. Поставить холодный компресс на лоб. 7. Дать одну таблетку коринфара (предварительно растолочь в порошок) или нифедипина, при тахикардии - анаприллина или атенолола. 8. Подготовить медикаменты: клофелин (ампулы, таблетки), фуросемид (лазикс) - ампулы, дибазол (ампулы), реланиум или феназепам (ампулы, таблетки), пентамин (ампулы), изотонический раствор хлорида натрия.   **4.Оказание сестринской помощи при отеке легких.**   1. Немедленно вызвать врача для определения дальнейшей тактики. 2. Помочь пациенту принять наиболее удобное положение — сидя, с опущенными ногами. Таким образом, работа малого круга кровообращения несколько разгрузится. 3. Пациента следует успокоить, снять сильное эмоциональное напряжение. 4. Расстегнуть стесняющую одежду (пояс, воротник, у женщин — бюстгальтер) для облегчения экскурсии легких. 5. Обеспечить приток свежего воздуха для облегчения дыхания. 6. Обеспечить контроль состояния пациента: измерить артериальное давление, пульс, частоту дыхательных движений. 7. Дать пациенту 1 таблетку нитроглицерина под язык для улучшения питания миокарда. 8. Через 5 минут вновь измерить АД и при систолическом давлении выше 90 мм рт. ст. повторить дачу нитроглицерина. 9. Для разгрузки работы малого круга кровообращения: наложить венозные жгуты на все или на 2 конечности. Необходимо проследить, чтобы жгуты не сдавливали артерии — проверить наличием пульса на периферии конечности. Жгуты накладываются на 15-20 минут и снимаются поочередно и постепенно. 10. Для уменьшения гипоксии следует дать больному 100%-ный увлажненный кислород. 11. Дальнейшую тактику согласовывать с врачом.   **5.Диета при заболеваниях сердца(характеристика стола)**  *Диета №10 (стол №10)* – лечебная система питания, применяемая при лечении сердечно-сосудистых заболеваний.  Лечебный стол 10 укрепляет сердечную мышцу (миокард), повышает диурез и сокращает нагрузку на сердце при пищеварении.  Диета №10 нормализует кровообращение и полностью обеспечивает потребности организма в энергии и пищевых веществах. Данная диета ограничивает потребление жидкости и поваренной соли, при этом рацион остается полноценным и сбалансированным.  Химический состав диеты №10:   1. белки 80-90 г (60% животного происхождения, 40% растительные); 2. жиры 70 г (30% растительные, 70% животного происхождения); 3. углеводы 350-400 г; 4. соль 5-7 г (3-4 г для подсоливания, 2-3 г для приготовления блюд); 5. жидкость 1,2 л (включая супы, компоты, чай, кисели и т.д.).   Масса суточного рациона*:* 2-3 кг.  Суточная норма диеты №6 (калорийность диеты): 2300—2600 ккал.  Режим питания: 4-6 раз в день (последний прием пищи не позже, чем за 2 часа до сна).  Показания к применению диеты №10   1. гипертония; 2. пороки сердца; 3. атеросклероз; 4. кардиосклероз; 5. аритмия; 6. отеки; 7. одышка; 8. сердечная недостаточность; 9. заболевания почек; 10. ревматизм.   Что можно есть при диете №10:   1. Супы: вегетарианские с различными крупами, с картофелем, овощами, свекольник, также молочные и фруктовые супы. 2. Крупы: любые, приготовленные на воде или на молоке, также можно макаронные изделия. 3. Овощи, зелень: отварные или запеченные овощи, редко в сыром виде: картофель, цветная капуста, салат, огурцы, томаты, морковь, свекла, кабачки, тыква. Ограничено белокочанная капуста и зеленый горошек. Можно добавлять в блюда укроп, петрушку и зеленый лук. 4. Мясо, рыба: нежирные сорта мяса (говядина, телятина, курица, индейка) и рыбы. Для приготовления мясо или рыбу необходимо отварить, а потом запечь или обжарить. Можно также готовить заливное. 5. Ограничено употребление диетической колбасы. 6. Яйца: 1 яйцо в день, но при условии его приготовления всмятку, омлета (паровой, запеченный или белковый) или в качестве добавки в блюда. 7. Свежие фрукты и ягоды: в свежем виде спелые фрукты и ягоды, также сухофрукты. 8. Молочные продукты: молоко, кефир, творог и блюда из него. Сметана, сливки и сыр – ограничено. 9. Сладости: желе, муссы, кисели, кремы, мёд, варенье и не шоколадные конфеты. 10. Мучные изделия: пшеничный хлеб из муки 1 и 2 сорта, вчерашняя выпечка, диетический бессолевой хлеб, несдобное печенье и бисквит. 11. Жиры: растительное, сливочное и топленое масло. 12. Напитки: некрепкий чай, кофейные напитки с молоком, соки (фруктовые и овощные), отвар шиповника. Виноградный сок – ограниченно.   Что нельзя есть при диете №10:   1. жирная, соленая и жареная пища; 2. свежий хлеб, сдоба, слоеное тесто; 3. блюда из бобовых, мясные, рыбные и грибные бульоны; 4. консервированные продукты, соленые, маринованные и квашеные овощи; 5. редис, редьку, шпинат, щавель, чеснок, репчатый лук, грибы; 6. плоды и ягоды с грубой клетчаткой; 7. жирные сорта мяса и рыбы, сало, печень, почки, мозги, копчености, колбасные изделия, мясные и рыбные консервы, соленую и копченую рыбу, икру; 8. крепкий чай, натуральный кофе, какао; 9. шоколад, торты, мороженое; 10. алкогольные напитки.   **6.Алгоритм в/в введения строфантина 0,25мл.0.005%р-ра.**  Подготовка к процедуре:   1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. 2. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата (если у пациента приступ бронхиальной астмы, то удобное для него положение – «сидя», гипотензивные препараты следует вводить в положении «лежа», т. к. при резком снижении давления может возникнуть головокружение или потеря сознания). 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить шприц. 5. Проверить срок годности, герметичность упаковки. 6. Набрать лекарственный препарат в шприц, поместить его в стерильный лоток. 7. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции для избежания возможных осложнений. 8. При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку. 9. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. 10. При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии. 11. При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии. 12. Надеть перчатки (нестерильные)   Выполнение процедуры:   1. Обработать область венепункции не менее чем 2 салфетками/ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. 2. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо. Патентованная салфетка используется одна независимо от степени загрязнения. 3. При выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в условиях процедурного кабинета выбросить салфетку/ватный шарик в педальное ведро; при выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в других условиях, поместить салфетку/ватный шарик в непромокаемый пакет. 4. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху. 5. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту». 6. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь. 7. Развязать/ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак. Для контроля иглы в вене еще раз потянуть поршень на себя, т.к. в момент ослабления жгута игла может выйти из вены 8. Нажать на поршень, не меняя положения шприца, и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора. 9. Количество миллилитров, оставляемых в шприце должно быть достаточным для безопасного введения (препятствие попаданию в вену пузырьков воздуха).   Окончание процедуры:   1. Прижать к месту инъекции салфетку/ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции. 2. Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 минут), рекомендуемое. 3. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет. 4. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. 5. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.   **7.Решить задачи №5 и №6**  Ситуационная задача №5  В терапевтическом отделении пациент 42 лет, страдающий бронхиальной астмой, предъявляет жалобы на внезапный приступ удушья. Больной сидит, опираясь руками о края кровати, грудная клетка в состоянии максимального вдоха, лицо цианотичное, выражает испуг, частота дыхательных движений 38 в минуту, одышка экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие, свистящие хрипы.  Задание:   1. Определите состояние пациента. 2. Составьте алгоритм действий медсестры.   Ответ:   1. У пациента приступ бронхиальной астмы на основании удушья, характерного вынужденного положения, экспираторной одышки, ЧДД-38 в мин, сухих свистящих хрипов, слышных на расстоянии. 2. Алгоритм действий медсестры:  * вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи; * расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха; * провести ингаляцию кислорода для уменьшения гипоксии; * провести отвлекающую терапию: горчичники на икроножные мышцы или горячие горчичные ножные и ручные ванны; * при наличии у пациента карманного дозированного ингалятора организовать прием препарата (1-2 вдоха) сальбутамола, беротека, бекломета и др., для снятия спазма гладкой мускулатуры бронхов; * приготовить к приходу врача для оказания неотложной помощи: бронходилятатор: 2,4% р-р эуфиллина; антигистаминные препараты: 1% р-р тавегила , 2% р-р супрастина, 2,5% р-р пипольфена; гормональные препараты: преднизолон, гидрокортизон; * выполнить назначения врача.   Ситуационная задача №6  Пациент М, 70 лет, госпитализирован в пульмонологическое отделение с диагнозом: ХОБЛ, обострение, декомпенсированное «легочное сердце». Эмфизема. Пневмосклероз.  Пациента беспокоит выраженная одышка в покое, кашель с гнойной мокротой, повышение температуры до 37,5\*, отечность голеней, тяжесть в правом подреберье.  Курит с 15 лет, в последние 10 лет постоянно беспокоит одышка, часто простывает. Ухудшение состояния в течении недели, когда повысилась температура, усилился кашель и мокрота стала гнойной, усилилась одышка и появились отеки на ногах и тяжесть в правом подреберье.  При сестринском осмотре выявлено: диффузный теплый цианоз лица, кожи туловища. Грудная клетка бочкоообразная, перкуторный звук коробочный. При аускультации-дыхание ослаблено, большое количество сухих хрипов, по лопаточной линии симметрично с обеих сторон –небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие. Печень ниже реберной дуги на 2 см, на голенях- отек. Число дыханий 28 в мин, ч.с.с.-100 с мин, АД120/70 мм.рт.ст.  Пациенту назначено:   1. Режим постельный 2. Стол 10 3. Оксигенотерапия 4. Беродуал через небулайзер 3 р. 5. Цефтриаксон 1г.в/в кап-но 6. Эуфиллин 10.0 в/в стр-но 7. Фуросемид 1т.   *Задание:*   1. Сформулируйте проблемы пациента, поставьте цели сестринских вмешательств и по приоритетной проблеме составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.   *Ответ:*  *Настоящие проблемы:* выраженная одышка в покое, кашель с гнойной мокротой, повышение температуры до 37,5\*, отечность голеней, тяжесть в правом подреберье, курит с 15 лет, в последние 10 лет постоянно беспокоит одышка, часто простывает. Ухудшение состояния в течении недели, когда повысилась температура, усилился кашель и мокрота стала гнойной, усилилась одышка и появились отеки на ногах и тяжесть в правом подреберье.  *Потенциальные*: высокий риск развития приступов удушья.  *Приоритетные:* выраженная одышка в покое, отечность голеней, тяжесть в правом подреберье.  *Цели:*   1. Краткосрочная: уменьшение проявления одышки в покое, отечности голеней, тяжести в правом подреберья к концу недели. 2. Долгосрочная: улучшение состояния пациента к моменту выписки.   *План сестринских вмешательств:*   1. Обеспечить лечебно-охранительный режим, достаточный дневной и ночной сон; 2. Обеспечить достаточное питание с повышенным содержанием белков, витаминов, микроэлементов; 3. Обеспечить своевременный прием пищи; 4. Обеспечить доступ свежего воздуха, проветривание палаты; 5. Проводить прогулки с умеренной физической нагрузкой на свежем воздухе; 6. Осуществлять контроль за выполнением дыхательных упражнений; 7. Медицинская сестра подберет литературу о ХОБЛ; 8. Расскажет о сути заболевания и о факторах риска развития обострения, об осложнениях; о правильном питании; о вреде курения, о правильном приеме лекарственных препаратов; о методах дополнительного исследования и подготовке к ним; 9. Медсестра контролирует: своевременность и правильность приема медикаментов; правильность выполнения дыхательных упражнений; своевременность посещения кабинетов массажа; приемы пищи пациентом; своевременность проведения дополнительных обследований, подготовку к ним. 10. Объяснить пациенту, как подготовиться к исследованиям 11. Правильно и своевременно выполнять назначения врача. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **13.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №5**  **ТЕМА: СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**  **1.АЛГОРИТМ ВЗЯТИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА.**  ***Цель:*** изучение секреторной, кислотообразующей и ферментообразующей функции желудка.  Используется тонкий зонд - эластичная резиновая трубка с внешним диаметром 4-5 мм и внутренним диаметром 2-3 мм; желудочный конец зонда имеет два боковых отверстия; на зонде три метки на расстоянии 45, 60 и 70 см; длина зонда 110-115 см. Извлечение всего объема желудочного содержимого проводится непрерывно шприцем или с помощью специальной установки.  ***С помощью данного метода изучается:***  а) содержимое желудка натощак  б) базальную секрецию - желудочное содержимое, полученное в течение 1 часа до введения раздражителя  в) стимулированную секрецию - желудочное содержимое, полученное в течение 1 часа после введения раздражителя  ***Методика проведения:***  1. Исследование в утренние часы натощак. Накануне пациент не курит, не применяет физиопроцедуры, за сутки отменяются по возможности все лекарства.  2. Чистый простерилизованный влажный зонд вынимают пинцетом из емкости для хранения. Правой рукой берут зонд на расстоянии 10-15 см от закругленного конца. Левой - поддерживают другой конец зонда.  3. Больному предлагают открыть рот. Конец зонда правой рукой кладут на корень языка. Больного просят сделать глотательное движение и в этот момент вводят зонд глубоко в глотку. В момент введения зонда больной должен дышать через нос и делать глотательные движения, вовремя которых следует активно проводить зонд по пищеводу в желудок. Голова больного несколько наклонена вперед. Зонд вводится до третьей отметки - в пилорическую часть желудка (зонд вводится от резцов на глубину, равную росту обследуемого в см минус 100.  NB! Если у больного сильный кашель - немедленно извлечь зонд - он в гортани  4. При повышенном рвотном рефлексе зонд вводят после предварительного орошения зева и глотки 1% раствором дикаина, 10% раствором лидокаина или 5% раствором новокаина  5. После введения зонда в желудок его наружный конец присоединяют к установке для непрерывной аспирации (водоструйный насос и т.д.) и извлекают все содержимое желудка в баночку (тощаковая порция желудочного сока)  6. Затем в течение часа аспирируют желудочный сок, меняя каждые 15 мин баночки (всего 4 порции - 2, 3, 4, 5-я - порции базальной секреции)  7. Затем парентерально вводят стимулятор желудочной секреции (субмаксимальная стимуляция гистамином в дозе 0,008 мг на 1 кг массы больного, максимальная стимуляция гистамином 0,024 мг/кг или пентагастрином 6 мкг/кг). После введения раздражителя в течение часа непрерывно извлекают желудочный сок каждые 15 мин в отдельную баночку (6, 7, 8, 9-я порции стимулированной секреции)  8. Зонд у обследуемого извлекают, обрабатывают, а порции желудочного сока доставляют в лабораторию для исследования.  **2.ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К СБОРУ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ**  Этот метод позволяет обнаружить скрытые кровотечения из органов желудочно-кишечного тракта.  Однако результат может быть искажен при наличии других источников кровотечения (носовое, травмы и заболевания полости рта, геморрой, менструация).  Поэтому необходимо провести качественную подготовку к исследованию больного, правильный сбор, хранение и доставку материала на исследование.  Показания: подозрение на скрытые кровотечения из желудочно-кишечного тракта.  **Оснащение рабочего места:**  1) чистая сухая баночка с крышкой;  2) деревянный шпатель;  3) судно;  4) полиэтиленовый пакет;  5) средства индивидуальной защиты;  6) емкости с дез. растворами;  7) направление на исследование.  **Подготовительный этап выполнения манипуляции:**  1. Информировать больного о предстоящем исследовании и получить его согласие.  2. Предупредить больного об исключении из рациона питания в течение трех дней до исследования: мяса, рыбы, яиц, печени, яблок, помидор, гречневой каши, свеклы, моркови, зелени.  3. По согласованию с врачом исключить прием препаратов железа, [висмута](https://yandex.ru/turbo/studopedia.ru/s/7_170570_putanik-vismut.html?parent-reqid=1605209475370966-958713566790885070200107-production-app-host-vla-web-yp-307&utm_source=turbo_turbo), слабительных.  4. Дать рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии, в случае наличия других источников кровотечения (кровоточащие десна – не чистить зубы в течение 3-х дней).  *5.****Накануне исследования вечером обучить больного технике сбора кала на исследование:***  - произвести туалет наружных половых органов;  - опорожнить кишечник не в унитаз, а в судно без дезинфицирующих средств и воды;  - деревянным шпателем взять 10–20 г кала из разных темных мест, поместить в емкость и закрыть крышкой;  - шпатель бросить в полиэтиленовый пакет;  - вымыть руки с мылом и осушить;  6. Оформить направление.  7. Выдать больному промаркированную емкость  8. Объяснить больному, где он должен оставить емкость с калом, после чего поставить в известность об этом дежурную медсестру.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | № палаты отделение   Направление в клиническую лабораторию Кал на на скрытую кровь   Ф.И.О. Иванов Иван Петрович Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись медсестры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |   Заключительный этап выполнения манипуляции.  9. Собранный материал с направлением отправить на исследование в клиническую лабораторию.  10. Деревянный шпатель обеззаразить физическим (сжиганием) или химическим (дез.средствами) способом  11. Содержимое судна вылить в канализацию, промыть его и погрузить в дез.раствор на время согласно инструкции по применению данного дезинфектанта. Промыть проточной водой и сушить в специальной ячейке  12. Полученный результат исследования подклеить в историю болезни.  помощь при желудочно-кишечном кровотечении  **3.СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО–КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ.**   |  |  | | --- | --- | | ДЕЙСТВИЯ | ОБОСНОВАНИЕ | | Вызвать врача . | Для оказания экстренной медицинской помощи. | | Успокоить, уложить на спину или на бок, голову повернуть на бок, подложить под рот лоток или салфетку. | Психоэмоциональная разгрузка, для профилактики аспирации рвотных масс. | | Положить на эпигастральную область холод. | С целью сужения сосудов, уменьшения кровотечения. | | Запретить пить, принимать пищу, разговаривать | Уменьшить кровотечение. | | Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД. | Контроль состояния | |  |  |  |   Подготовить к приходу врача:  - систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 700 этиловый спирт, все необходимое для определения группы крови и резус - фактора, гастроскоп;  - лекарственные препараты: 5% раствор аминокапроновой кислоты, 12,5% раствор дицинона (амп.), 10% раствор хлорида и глюконата кальция, 10% раствор желатиноля, циметидин 10% - 2мл, полиглюкин, реополиглюкин, одногрупповую и совместимую по резус - фактору кровь.  Заключение  При заболеваниях желудочно-кишечного тракта медсестра контролирует состояние функции кишечника у больного. При этом необходимо следить за регулярностью опорожнения кишечника, характером стула, его консистенцией, окраской. Так появление дегтеобразного стула -- признак желудочно-кишечного кровотечения. В этом случае медсестра немедленно вызывает врача, а больного укладывает в постель. Вызова врача требует также появление в испражнениях больного прожилок крови, слизи.  При лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта огромное значение имеет соблюдение правильного режима питания. Врач назначает больному определенную диету, а медсестра должна тщательно следить за выполнением ее больным  Больных с массивным кровотечением госпитализируют в хирургическое отделение. Показано соблюдение строгого постельного режима, по показаниям -- переливание крови, введение хлорида кальция, викасола. Сестра следит, чтобы в начальный период кровотечения больные не принимали никакой пищи. В дальнейшем разрешается холодная жидкая пища, содержащая молоко, желе, яичные белки. Диета постепенно расширяется.  **4.АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКА ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ.**  **Цель**. Выведение газов из кишечника.  **Показания**. Метеоризм.  **Противопоказания**. Кишечное кровотечение; кровоточащая опухоль прямой кишки; острое воспаление анального отверстия.  **Оснащение**. Стерильная газоотводная трубка, соединенная посредством контрольного стекла с резиновой трубкой длиной 30-50 см; вазелин; судно с небольшим количеством воды; клеенка; пеленка; резиновые перчатки; марлевая салфетка; мазь цинковая; емкость с маркировкой «Для клизменных наконечников» с 3 % раствором хлорамина.  **Техника постановки газоотводной трубки.**  1. Под пациента подстилают клеенку и пеленку.  2. Укладывают пациента на левый бок с согнутыми в коленях и подтянутыми к животу ногами. Если пациент не может повернуться на бок, то он остается лежать на спине, ноги согнуты в коленях и разведены.  3. Смазывают закругленный конец газоотводной трубки вазелином.  4. Надев резиновые перчатки, раздвигают левой рукой ягодицы, а правой, взяв трубку марлевой салфеткой, вводят ее вращательными движениями, соблюдая все изгибы прямой кишки, на глубину 20 - 25 см. Наружный конец резиновой трубки - удлинителя опускают в судно с водой, поставленное на постели или, еще лучше, у постели пациента на табурет.  5. Через 1,0 - 1,5 ч трубку следует извлечь, даже если не наступило облегчение, во избежание образования пролежней на стенке прямой кишки. 6. После извлечения газоотводной трубки пациента следует подмыть. В случае покраснения анального отверстия его смазывают подсушивающей мазью, например цинковой.   7. Систему после использования сразу же замачивают в 3 % растворе хлорамина, далее обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.  **Примечания**. В течение суток трубку можно вводить 2 - 3 раза. Если вода в судне пузырится, значит, газы отходят. Если облегчения после постановки газоотводной трубки не наступило, то по назначению врача следует поставить очистительную клизму.  **5.ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ (ФГДС)**  Фиброгастродуоденоскопия – это инструментальный метод исследования пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки с помощью гибкого гастроскопа на основе волоконной оптики.  Диагностическое значение метода: этот метод позволяет оценить просвет и состояние слизистой оболочки пищевода, состояние слизистой оболочки, желудка и 12-ти перстной кишки – цвет, наличие эрозий, язв, новообразований. Изучить детально рельеф, т.е. характер, высоту, ширину складок слизистой оболочки желудка.  С помощью дополнительных методик можно определить кислотность желудочного сока, при необходимости выполнить прицельную биопсию для морфологического исследования.  ФГДС используют и в лечебных целях: произведение полипэктомии, остановка кровотечения, местное применение лекарственных веществ.  **Противопоказания:**1) сужение пищевода; 2) дивертикулы пищевода; 3) патологические процессы в средостении, смещающие пищевод (аневризма аорты, увеличенное левое предсердие); 4) выраженный кифосколиоз.  **Подготовительный этап выполнения манипуляции.**  1. Провести беседу с больным о предстоящем исследовании, цели, ходе, безвредности и необходимости процедуры.  2. Получить согласие больного на исследование.  3. Провести инструктаж по подготовке и исследованию:  накануне исследования ужин не позже 1800 часов  утром в день исследования исключить прием пищи, воды, лекарственных препаратов, не курить, не чистить зубы;  к назначенному часу явиться в эндоскопический кабинет, взяв с собою полотенце и историю болезни.  **Основной этап выполнения манипуляции.**  4. Предупредить больного, что во время исследования нельзя разговаривать, глотать слюну. Если есть зубные протезы, то их необходимо снять.  5. Перед исследованием производится орошение зева и начальных отделов глотки раствором анестетика медсестрой эндоскопического кабинета.  **Заключительный этап выполнения манипуляции.**  6. После исследования проводить больного в палату.  7. Предупредить о том, что в течение двух часов после процедуры не принимать пищу, а если производилась биопсия, то пищу принимать только в холодном виде.  **6.АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКИ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ.**  **Цель:** очистить нижний отдел толстого кишечника каловых масс и газов.Оснащение: система, состоящая из кружки Эсмарха, соединительной трубки, длиной 1,5 м с вентилем или э жимом; штатив; стерильный ректальный наконечник, салфетки; вода температурой 20° С, в количестве 1,5—2 л; водяной термометр; вазелин; шпатель для смазывания наконечника вазелином; клеенка и пеленка; судно с клеенкой; таз; спецодежда: перчатки однократного применения» медицинский халат, клеенчатый фартук, сменная обувь.  ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ  1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом. Обеспечить изоляцию, комфортные условия.  2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, убедиться, что нет противопоказаний Противопоказания: кровотечение из пищеварительного тракта; острые воспалительные заболевания толстой и прямой кишки; злокачественные новообразования прямой кишки; первые дни после операции; трещины в области заднего прохода; выпадение прямой кишки; острый аппендицит, перитонит; массивные отеки.  3. Надеть халат, клеенчатый фартук, перчатки, сменную обувь. Спецодежда одевается медицинской сестрой в клизменной комнате.  4. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник.  5. Налить в кружку Эсмарха 1,5 - 2 л поды.  6. Проверить температуру воды водяным термометром. Температура воды для постановки клизмы зависит от вида задержки стула:  - при атоническом запоре - 12" - 20° С;  - при спастическом - 37° - 42° С:  - при запоре - 20° С.  7. Подвесить кружку Эсмарха на штатив на высоту одного метра от уровня пола (не выше 30 см над пациентом).  8. Смазать клизменный наконечник вазелином.  9. Заполнить систему. Открыть вентиль на системе, выпустить воздух, закрыть вентиль.10. Уложить пациента на левый бок на кушетку или постель ноги согнуть в коленях и слегка подвести к животу. Отвернуть одеяло так, чтобы были видны только ягодицы. Если пациента уложить на бок нельзя, клизму ставят в положении лежа на спине.  11. Подложить под ягодицы пациента клеенку, свисающую в таз и покрытую пеленкой.  ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ  1. Развести ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночнику до 8-10 см. Учитывается анатомическое строение прямой кишки.  2. Открыть вентиль на системе, отрегулировать поступление жидкости в кишечник. Попросить пациента расслабиться и дышать животом  При жалобе на боль спастического характера, прекратить процедуру, пока боль но утихнет. Если боль не утихает, сообщить врачу.  ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ  1. Закрыть вентиль на системе после введения жидкости, осторожно извлечь наконечник, снять его с системы. Наконечник сразу поместить в раствор для дезинфекции  2. Сменить перчатки. Использованные перчатки поместить в раствор для дезинфекции.  3. Предложить пациенту в течение 5-10 минут полежать на спине и удержать воду в кишечнике  4. Сопроводить пациента в туалетную комнату или подать судно при появлении позывов на дефекацию Обеспечить туалетной бумагой. Если пациент лежит на судне, то приподнять, по возможности, изголовье кровати на 45˚-60.˚  5. Убедиться, что процедура прошла эффективно. Если пациент лежит на судне - убрать судно на стул (скамейку), накрыть клеенкой Осмотреть фекалии.  6. Подмыть пациента .  7. Разобрать системы. Поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.  8. Сменить халат, перчатки, фартук. Перчатки, фартук поместить в емкости с дезинфицирующим раствором.  9. Провести дезинфекцию использованных предметов. Согласно действующим приказам.  **7.АЛГОРИТМ В/М ВВЕДЕНИЯ ПАПАВЕРИНА 2%Р-РА2МЛ.**  **Оснащение:**  одноразовый шприц 2,0 мл с иглой, дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 70% спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампула с лекарственным средством.  **I. Подготовка к процедуре:**  1. Подтвердить наличие информированного согласия пациента.  2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры.  3. Уточнить аллергологический анамнез.  4. Вымыть и осушить руки.  5. Приготовить оснащение.  6. Проверить название, срок годности, визуальную пригодность лекарственного средства, сверить с назначением.  7. Извлечь стерильные лотки, пинцет из упаковки.  8. Собрать одноразовый шприц.  9. Приготовить 4 ватных шарика (салфетки), смочить их кожным антисептиком в лотке.  10. Надпилить ампулу с лекарственным средством специальной пилочкой.  11. Одним ватным шариком протереть ампулу и вскрыть её.  12. Сбросить использованный ватный шарик с концом ампулы в лоток для использованных материалов.  13. Набрать в шприц лекарственное средство из ампулы, сменить иглу.  14. Выпустить воздух под колпачок, проверить проходимость иглы.  15. Положить шприц в лоток и транспортировать в палату.  16. Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение (на животе или на боку).  **II. Выполнение процедуры:**  17. Определить место инъекции (верхне-наружный квадрант ягодицы или средняя 1/3 переднебоковой поверхности бедра).  18. Надеть перчатки.  19. Обработать ватным шариком (салфеткой), смоченным кожным антисептиком, кожу в месте инъекции дважды (вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции).  20. Снять колпачок с иглы.  21. Левой рукой растянуть кожу в месте инъекции, ввести иглу в мышцу под углом 90о на 2/3 длины.  22. Перенести левую руку на поршень, потянуть поршень на себя (убедиться, что не попали в сосуд) и ввести лекарственное средство.  23. Извлечь иглу, прижав ватный шарик (салфетку).  24. Положить использованный шприц в лоток для использованных материалов.  **III. Окончание процедуры:**  25. Снять ватный шарик, убедиться в отсутствии кровотечения.  26. Поместить ватный шарик (салфетку) в лоток для использованных материалов.  27. Помочь пациенту занять удобное для него положение.  28. Уточнить состояние пациента.  29. Провести дезинфекцию использованного оборудования в отдельных ёмкостях на время экспозиции  30. Снять перчатки, замочить их в растворе дезсредства на время экспозиции.  31. Вымыть и осушить руки.  32. Сделать отметку о выполненной манипуляции в медицинской документации.  **Задача № 12**  В гастроэнтерологическом отделении у больного с язвенной болезнью желудка внезапно возникли резкая слабость, головокружение, рвота "кофейной гущей". Объективно: Кожные покровы бледные, влажные, пульс 120уд/мин малого наполнения и напряжения, АД 90/60 мм рт. ст., живот при пальпации мягкий, болезненный.  **Задания:**  1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента  2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.  **Ответы:**  1. У больного с язвенной болезнью желудка развилось желудочное кровотечение, которое можно предположить на основании субъективных 27 данных: слабости, головокружения и объективных данных - бледности и влажности кожных покровов, снижение АД (90/60), рвоты цвета "кофейной гущи".  2. Алгоритм оказания неотложной помощи:   * вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи; * пациента уложить: на бок или на спину, повернуть голову на бок (для предупреждения возможной аспирации рвотными массами) и подложить ко рту лоток или салфетку для рвотных масс; * запретить прием пищи, воды, лечебных препаратов; * положить пузырь со льдом на эпигастральную область с целью уменьшения кровенаполнения сосудов; * следить за состоянием пациента, контролируя АД, пульс, ЧДД; * к приходу врача приготовить: шприцы, кровоостанавливающие препараты: 5% р-р аминокапроновой кислоты, 1% р-р викасола, 10% р-р хлорида; * приготовить все для определения группы крови; * медсестра выполняет все назначения врача |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **14.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №6**  **Тема: « Сестринский уход за больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта»**  **1.Сестринский помощь при обострении холецистита.**  Медицинская сестра обеспечивает: своевременное и правильное выполнение назначений врача (ставит клизмы при запорах, грелки, тепловые аппликации, организует и проводит разгрузочные дни); своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов; контроль правильного приема лекарственной терапии; контроль передачи больному продуктов питания от родственников; контроль АД, частоты дыхания, пульса, массы тела, стула; оказание помощи при приступе печеночной колики; выполнение программы ЛФК; подготовку больного к лабораторным и инструментальным исследованиям.  Также она проводит: беседы с больными и их родственниками о необходимости соблюдения диеты и режима питания, о значении систематического приема лекарственных средств; обучение больных правилам приема лекарственных препаратов при хроническом холецистите, правилам проведения тюбажа.  **2.Алгоритм постановки тюбажа в домашних условиях.**  **С минеральной водой**  Чаще всего очищение печени проводится с применением слабощелочной воды. Для процедуры подойдет Боржоми, Нарзан, Ессентуки №4, Смирновская.  Алгоритм проведения тюбажа печени в домашних условиях:   1. Накануне манипуляции выпустить газ из бутылки с водой, открыв крышку. 2. Утром до процедуры нельзя принимать пищу, очистку проводят натощак. 3. Заранее следует приготовить грелку, залив в нее теплую воду. 4. Два стакана минералки подогреть до 40 градусов. 5. Лечь на правый бок, выпить половину приготовленной порции. 6. Не вставая, через 30 минут допить оставшуюся воду, подложить грелку под правое ребро. 7. Оставаться в лежачем положении 1,5 часа.   Если техника выполнена правильно, после тюбажа начинается дефекация. Кал становится зеленого цвета с примесью слизи. Это значит, что из организма выходит желчь и вредные вещества.  **С магнезией**  Беззондовый тюбаж с магния сульфатом (английской солью) применяется по той же технике, что и водой. Желчегонный раствор готовят вечером – 20 г магнезии растворяют в стакане воды. Утром подогревают и выпивают раствор полностью, после чего кладут теплую грелку и лежат не менее 2 часов.  В первые минуты после начала процедуры возможно появление горького привкуса во рту, неприятные ощущения в области печени. Эту реакцию не считают патологической, но о неприятных симптомах нужно сообщить врачу. Чтобы предупредить дискомфорт, дополнительно принимают спазмолитическое средство – Но-Шпу или Дротаверин.  **С сорбитом**  Заменитель сахара, назначаемый диабетикам, обладает желчегонным действием, если применять его правильно. Сорбит применяют в комплексе с минеральной водой, из которой накануне выпускают газ. Тюбаж печени в домашних условиях с сорбитом проводят по классической технике:   * минеральную воду подогреть; * добавить 20 г заменителя сахара; * выпить раствор, лечь на правый бок, расположив грелку под печенью.   В таком положении нужно оставаться 2 часа, после чего появляются позывы к дефекации. Заменитель сахара дает хороший желчегонный эффект, но при превышении рекомендуемой дозировки может спровоцировать расстройство стула – понос.  **С маслом и соком лимона**  На практике существует много составов, способных очистить печень без вреда для здоровья. Один из часто используемых – оливковое масло с лимонным соком. Чтобы манипуляция принесла пользу, необходимо следовать простым рекомендациям:   * В день чистки важно выпить не менее 2 л теплой воды. Это усилит кровообращение, расширит сосуды, обеспечит выведение желчного секрета. * До приема желчегонного состава можно съесть салат из овощей.   Правильно делать тюбаж утром, приготовив 150 мл масла и ¾ стакана сока из лимона, при необходимости его можно заменить клюквенным фрешем. Оливковое масло нужно пить медленно, небольшими глотками. При быстром употреблении может появиться рвотный рефлекс. Запивают масло кислым соком для нормализации выведения желчи. Далее манипуляцию проводят стандартно. Такой рецепт можно использовать всем пациентам кроме больных с гастритом с повышенной кислотностью.  **С лекарственными травами**  Как делать тюбаж печени с травяными отварами, знали еще древние целители. Сегодня такое очищение считают более мягким и безопасным. Для чистки необходим сбор из бессмертника, тысячелистника и зеленого чая. Все компоненты смешивают в равных долях, хранят в прохладном месте под закрытой крышкой.  Перед манипуляцией нужно выпить половину стакана горячей воды, а через 15 минут травяной отвар. Для его приготовления 15 г сбора заваривают одним стаканом воды, дать постоять полчаса. Перед употреблением добавить 1 чайную ложку меда и 8-10 ягод клюквы, брусники или облепихи.  Раствор выпить, полежать с теплом на печени 15 минут. После чего лечь на спину и делать массаж живота поглаживанием по часовой стрелке. Через 2 минуты перелечь на левый бок, оставаться в таком положении еще 20 минут, делая глубокий вдох и выдох.  **Другие виды**  В домашних условиях можно делать тюбаж со всевозможными желчегонными растворами:   |  |  | | --- | --- | | Разновидность | Порядок проведения | | Плоды шиповника с ксилитом | Вечером половину стакана измельченных плодов залить 2 стаканами горячей воды, настаивать под плотно закрытой крышкой. Утром к раствору добавить 20 г ксилита. Настой следует выпить за 30 минут, полежать. Через час можно съесть овощной салат. Полный курс чистки включает 6 манипуляций, которые можно делать 1 раз в неделю | | Куриные яйца с минеральной водой | Для процедуры потребуется 2 желтка и 1 л минералки без газа. Натощак нужно выпить яйца, запивая 0,5 л теплой воды. Лечь на правую сторону, подложив грелку, и допить оставшуюся жидкость | | Дюбаж по Ильиной | Зерна овса (3 стакана), березовые почки (70 г), листья брусники (50 г) смешать, залить холодной водой (4 л), настаивать сутки. Параллельно приготовить отвар шиповника из 250 г плодов и стакана воды. Через сутки настой овса кипятить 10 минут, добавив 50 г спорыша. Через час полученный отвар и настой шиповника смешивают и используют средство для чистки печени |   Закрепление эффекта  После очищения билиарной системы врачи рекомендуют соблюдать режим и придерживаться принципов правильного питания. Для себя следует уяснить, что тюбаж печени как оздоровительную процедуру полезно использовать по медицинским показаниям. Проводить ее время от времени без предварительного обследования опасно. Поэтому, чтобы не нанести вред здоровью, перед манипуляцией нужно посещать врача.  **3.Диета при холецистите**  В первые дни при обострении с целью максимального щажения ЖКТ проводят полное голодание. Разрешается питье: некрепкий чай, разбавленные соки, отвары шиповника. На 3 сутки назначается противовоспалительный вариант — **Диета №5В**, исключающая любые механические и химические раздражители. Она рекомендуется на короткий срок (4-5 дней) — на время пребывания больного на строгом постельном режиме.  В ней ограничиваются углеводы до 200 г (за счет простых — сахар, джемы, мед, варенье), снижается содержание белка (до 80 г), а также количество жира. Пища готовится без соли и только протертая: в виде суфле, пюре и слизистых супов. Важно соблюдать дробность питания (не менее 5 раз) и принимать пишу малыми порциями. Калорийность дневного рациона на уровне 1600 ккал, предусматривается употребление жидкости (до 2,5 л/сутки).  В рацион вводятся только:   * легкая протертая пища на воде и без сливочного масла; * слизистые супы (на основе овсяной, рисовой и манной крупы); * жидкие протертые каши (овсяная и рисовая) с добавлением молока; * протертые компоты, желе, соки овощные; * постепенно вводят протертое вареное мясо (немного), нежирный творог, отварную рыбу; * хлеб пшеничный или сухари.   Такая диета назначается, если у больного **некалькулезный холецистит**. Лечебное питание при остром калькулезном холецистите базируется на таких же принципах. Всех больных при любой форме холецистита на 8-10 сутки переводят на **Диету 5А**, которая должна соблюдаться 1-2 недели.  В ней исключаются:   * Продукты, усиливающие процессы брожения и гниения (бобовые, пшено, капуста в любом виде). * Сильные стимуляторы желчеотделения и секреции (пряности, грибы, хрен, маринованные овощи, горчица, соленые, квашеные продукты). * Экстрактивные вещества (бульоны из бобовых, мясные, рыбные и грибные). * Продукты с эфирными маслами (репа, редис, редька, чеснок, лук). * Богатые клетчаткой и кислые фрукты (цитрусовые, кислые сорта слив, клюква). * Жирные сорта мяса, жареное, копчености, печень, мозги, консервы, почки, тушеное мясо, колбасы. * Сливки, жирный и кислый творог. * Кофе, какао, напитки с газом.   Список продуктов, которые разрешены:   * Несвежий пшеничный хлеб или сухари. * Вегетарианские супы-пюре с протертыми овощами (картофель, морковь, тыква). Допускают супы с разваренной крупой (манная, рис, овсяная). * Нежирные говядина, курица, кролик, индейка в виде суфле, кнелей, пюре. Употребление птицы разрешается куском.Нежирная отварная, паровая рыба (куском и в виде фарша). * Молоко, кисломолочные напитки, нежирный и полужирный творог. * Белковые паровые омлеты, один желток в день можно добавлять только в блюда. * Протертые каши из круп: риса, гречневой, овсяной, геркулеса, сваренные на воде и пополам с молоком. * Отварная тонкая вермишель. * Картофель, цветная капуста, морковь, свекла в отварном виде и протертые. Отварные кабачки и тыкву можно употреблять, нарезанными кусочками. * Спелые фрукты (запеченные и в сыром протертом виде), кисели, протертые сухофрукты. * Мед, сахар, молочный кисель, варенье, зефир, мармелад. * Сливочное масло в блюда (20-30 г в день). * Чай с лимоном и сахаром, некрепкий кофе, сладкие соки, настой шиповника.   Диета при хроническом холецистите  Вне обострения основным принципом питания является умеренное щажение желчного пузыря и печени, нормализация функции желчевыделения и уровня **холестерина** у пациента. Назначается базовая **Диета № 5**, которая является физиологически полноценным питанием и в ней предусмотрен дробный прием пищи, который также способствует регулярному оттоку желчи.  Калорийность питания составляет 2400-2600 ккал (белки — 80 г, жиры — 80 г, углеводы — 400 г). Ограничено употребление соли (10 г), жидкость в пределах 1,5-2 л. В питании несколько ограничиваются жиры (особенно тугоплавкие). Блюда готовят отварными, на пару, и уже разрешено запекание без корочки.  Овощи для блюд не пассеруют и перетирают только овощи, богатые клетчаткой, а также жилистое мясо. Необходим чёткий режим и прием пищи 5-6 раз в день. Питание при хроническом холецистите вне обострения направлено на умеренную стимуляцию желчевыделения, поэтому содержит:   * Салаты и винегреты, заправленные нерафинированным растительным маслом (их нужно менять). * Различные овощи, ягоды и фрукты. * Большое содержание клетчатки (за счет употребления круп, овощей и фруктов), что необходимо при наличии **запоров**. * Куриные яйца (не более одного), поскольку желтки оказывают желчегонное действие. При болях и появлении горечи во рту, которые могут появиться при употреблении яиц, разрешаются только блюда из яичных белков.   Из рациона исключаются:   * Продукты с эфирными маслами (чеснок, цитрусовые). * Высоко экстрактивные блюда (все бульоны, капустный отвар). * Овощи, содержащие щавелевую кислоту (щавель, шпинат). * Слоёное и сдобное тесто. * Жирное мясо и субпродукты, содержащие холестерин (печень, почки, мозги). * Алкоголь. * Ограничиваются легкоусвояемые углеводы (варенье, сахар, конфеты, мед) и жирное молоко, сливки, ряженка, сметана.   **Диета № 5** может применяться до 1,5-2 лет. При обострении хронического холецистита проводится соответствующее лечение и назначается диетическое питание, как при остром холецистите, то есть больного переводят на **Стол №5А**.  **4. Подготовка больного к холецистографии и к УЗИ обследованию.**  **Подготовка больного к холецистографии.**  Алгоритм подготовки больного включает в себя обязательную бесшлаковую диету. За пять дней до назначенной даты из рациона необходимо исключить все продукты, которые усиливают газообразование в кишечнике:   * хлеб, особенно чёрный, кондитерскую выпечку; * бобовые; * газированные и алкогольные напитки; * молоко и молочную продукцию; * жирное мясо и рыбу; * овощи и фрукты, богатые грубой клетчаткой.   За сутки доктор может провести проверку человека на чувствительность к билитрасту. Для этого ему внутривенно вводится 1 миллилитр препарата, разведённый 10 миллилитрами физраствора.  В день, который предшествует обследованию, также необходимо соблюдать некоторые требования по меню. В первой половине дня допускается кушать плотно, обычную пищу, за исключением вышеуказанных продуктов. Это необходимо, чтобы жёлчь, которая уже накопилась в пузыре, вышла из него. Обед, перекусы и ужин уже должны быть максимально лёгкими и обезжиренными, чтобы не вызывать сокращение пузыря.  Утром перед процедурой кушать и пить запрещено – холецистография проводится строго натощак.  В рамках подготовки к пероральной холецистографии, препарат с контрастом пациенту необходимо выпить за 12-14 часов. Дозировку вещества рассчитывает лечащий врач, ориентируясь на вес обследуемого. После употребления препарата, человеку необходимо улечься на правый бок, чтобы жидкость лучше всасывалась. Перед сном ставится очистительная клизма, а утром перед холецистографией её можно повторить. Контрастирующее вещество может вызвать тошноту и жидкий стул. После этого обследуемому запрещено также пить, жевать резинку и курить.  **Подготовка больного к УЗИ обследованию**  **Алгоритм действия:** 1. Объясните пациенту цель и ход исследования в получите его согласие.  2. Предупредите о последствиях нарушения правил подготовки.  3*.*Предупредите пациента о том, что исследование проводится натощак.  4. Объясните пациенту, что за 2-3дня до исследования должен исключить из рациона питания газообразующие продукты (овощи, фрукты, молочные продукты, черный хлеб, бобовые продукты, фруктовые соки), таблетированные слабительные.  5. Накануне исследования пациент по назначению врача принимает препараты для устранения метеоризма.  6. За 8-12 часов до исследования пациент должен прекратить прием пищи.  7. Поставьте очистительную клизму вечером накануне исследования.  8. Перед исследованием не курить.  9. На УЗИ пациент берет с собой полотенце и простыню.  10. Сопроводите пациента в кабинет УЗИ с историей болезни.  11. После исследования проводите пациента в палату.  При УЗИ органов малого таза (мочевого пузыря, предстательной железы, матки, придатков):  - подготовка осуществляется как при УЗИ органов брюшной полости;  - предупредить пациента что за 2-3часа до исследования необходимо выпить 1,5 л жидкости (кипяченой воды);  - попросить пациента не мочиться до исследования (полный мочевой пузырь).  **5. Алгоритм проведения абдоминальной пункции.**  **Показания:**для получения асцитической жидкости с целью диагностики и лечения  **Противопоказания:**спайки в брюшной полости.  **Оснащение:**   * Стерильные: 2 лотка, троакар с мандреном, пуговчатый зонд, скальпель, кожная игла, шелк, иглодержатель, пинцет, ножницы, зажим, дренажная трубка длиной 1 метр, шприцы на 5 и 10 мл; * Жидкое мыло * Одноразовое полотенце * Перчатки * Стерильные шарики и салфетки * Пеленка * 0,5% раствор новокаина * 0,5% раствор хлоргексидина биглюконата * 1,0 1% раствора промедола * 0,5 0,1% раствора атропина сульфата * Йодонат * Емкость для сбора асцитической жидкости * Пластырь * Простынь * Кресло * Пузырь со льдом * Каталка * Емкость с дезраствором  |  |  | | --- | --- | | Этапы | Обоснование | | Место пункции По средней линии живота, на одинаковом расстоянии между пупком и лобковой костью. |  | | Подготовка медсестры к работе. |  | | 1.Написать направление в лабораторию | Обеспечение вероятности  данных пациента | | 2. вымыть руки, высушить. Надеть перчатки, протереть ватным тампоном, смоченным спиртом. | Соблюдение правил асептики. | | 3.на стерильный столик пинцетом положить троакар, пуговчатый зонд, дренажную трубку, пинцет, ножницы, зажим. | Соблюдение правил асептики. | | 4. набрать в шприцы раствор промедола с атропином, а в другой – раствор новокаина. | Обеспечение обезболивания. | | 5. на другой лоток положить шприцы с лекарственными средствами, марлевые салфетки, ватные шарики, иглодержатель, хирургические иглы, шелк. |  | | 6. на рабочий стол выложить 70% раствор этилового спирта, йодонат,0,5% раствор хлоргексидина биглюконата, пластырь, штатив с пробирками, простынь |  | | Обязанности медсестры. |  | | 1. подготовить все необходимое для проведения процедуры | Необходимое условие  проведения процедуры. | | 2.ассистировать врачу во время процедуры. |  | | 3. наблюдать за состоянием пациента во время, и после процедуры. | Предупреждение осложнений. | | 4. отправить асцитическую жидкость в лабораторию. |  | | 5. провести дезинфекцию и стерилизацию использованного мединструментария. | Обеспечение инфекционной  безопасности. | | Подготовка пациента. |  | | 1. объяснить пациенту цель и ход процедуры. Получить согласие на ее проведение. Провести психологическую подготовку пациента. | Мотивация пациента к  сотрудничеству  Обеспечение прав пациента  на информацию. | | 2. Вечером сделать очистительную клизму. | Необходимое условие эффективного проведения процедуры. | | 3. процедура проводится натощак. Перед процедурой попросить пациента опорожнить мочевой пузырь. |  | | 4. за 20 минут до начала пункции провести премедикацию – 1,0 1% раствора промедола, 0,5 0,1% раствора атропина сульфата | Обеспечение обезболивания. | | 5. положение пациента сидячее в кресле, между ног таз. При тяжелом состоянии - лежа на правом боку. | Положение зависит  от состояния пациента. | | Техника процедуры. |  | | 1. процедуру проводит врач в процедурном кабинете. Обеззараживает руки, надевает стерильные перчатки | Обеспечение выполнения  правил асептики. | | 2. кожу передней брюшной стенки обрабатывает раствором йодоната и хлоргексидина биглюконата, высушивает стерильной салфеткой. | Обеспечение выполнения  правил асептики | | 3. проводит анестезию передней брюшной стенки. Смещает кожу вниз левой рукой, а правой вводит троакар. После попадания в брюшную полость извлечь мандрен. Асцитическая жидкость постепенно медленно вытекать. |  | | 4. на троакар надеть резиновую трубку и опустить в таз и медленно (1 литр в течение 5 минут) выпускать жидкость. На резиновую трубку периодически накладывать зажим. | Предупреждение  возникновения коллапса. | | 5. для максимального удаления асцитической жидкости живот необходимо сдавливать простыней, сложенной по диагонали и обведенной вокруг живота. | Улучшение отхождения  жидкости. | | 6. после удаления жидкости врач удаляет троакар, на место пункции наложить швы, обработать место прокола, наложить асептическую повязку. | Обеспечение выполнения  правил асептики. | | 7. пациента транспортировать в палату на каталке. | Обеспечение безопасности  пациента. | | 8. на живот положить пузырь со льдом. | Предохранение от возникновения кровотечений. | | 9.Наблюдать за пациентом: общим состоянием, пульсом, артериальным давлением, состоянием повязки. | Предупреждение  возникновения осложнений. | | Дезинфекция. Дезинфекцию инструментария провести согласно требованиям. | Обеспечение инфекционной  безопасности. |   **6. Алгоритм постановки сифонной клизмы**  **Цель**: тщательное очищение кишечника, кишечный диализ.  **Показания:** отсутствие эффекта or очистительной клизмы; отравления некоторыми ядами; подготовка к операции на кишечнике; избыточные процессы брожения и гниения в кишечнике; выраженный метеоризм.  **Противопоказании:** те же, что и для очистительной клизмы.  **Оснащение**: толстый зонд: две толстые резиновые трубки диаметром 1,5 см., соединенные стеклянной трубкой; воронка на 1 литр, ведро для промывных вод, 10-12 л кипяченой воды комнатной температуры, кувшин, клеенка, пеленка, вазелин, лоток, стерильные: шпатель, марлевые салфетки; резиновый фартук, резиновые перчатки, ширма, емкости с дезинфицирующим средством.  **Последовательность действий:**  1. Ознакомить пациента с последовательностью процедуры.  2. Вымыть руки, надеть перчатки и резиновый фартук.  3. Отгородить пациента ширмой, если процедура выполняется в палате.  4. Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой и пеленкой, попросить согнуть ноги и привести колени к животу.  5. Используя шпатель и салфетку смазать вазелином слепой конец зонда на протяжении 30-40 см.  6. Большим и указательным пальцем левой руки раздвинуть ягодицы пациента, правой рукой легкими вращательными движениями осторожно ввести слепой конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.  7. Присоединить воронку к свободному концу зонда.  8. Заполнить воронку водой, удерживая се на уровне кушетки в несколько наклонном положении.  9. Поднять воронку с водой на 1 м выше уровня кушетки, следить, чтобы вода уходила в кишечник из воронки лишь до ее устья.  10. Опустить воронку ниже уровня пациента, удерживая ее наклонно и выливая содержимое в ведро для промывных вод.  11. Повторяя последнюю процедуру, промывать кишечник до чистых промывных вод.  12. Отсоединить воронку, свободный конец зонда опустить в таз или  ведро на 10 минут для отхождения из кишечника оставшейся воды и газов.  13. Извлечь осторожно зонд из кишечника с помощью салфетки.  14. Салфетку, зонд, воронку поместить в лоток для отработанного материала.  15. Провести дезинфекцию предметов ухода  16. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.  **ЗАДАЧА № 13**  Пациентка 40 лет поступила в стационар на лечение с диагнозом: хронический холецистит, стадия обострения. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, тошноту, 10 по утрам горечь во рту, однократно была рвота желчью, общую слабость. Считает себя больной в течение 7 лег, ухудшение наступило в течение последней недели, которое связывает с приемом обильной, жирной пищи. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, депрессивна, жалуется на усталость, плохой сон. В контакт вступает с трудом, говорит, что не верит в успех лечения, выражает опасение за свое здоровье. Объективно: состояние удовлетворительное, подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, кожа сухая, чистая, отмечается желтушноеi ь склер, язык сухой, обложен серобелым налетом. При пальпации болезненность в правом подреберье, симптомы Ортнера, Кера положительны. Пульс 84 уд./мин. АД 130/70 мм рт. ст., ЧДД 20 в мин. Пациентке назначено: 1. Режим полупостельный, диета №5а. 2. УЗИ гепатобилиарной системы. 3. Дуоденальное зондирование. 4. Но-шпа по 1. табл. 3 раза в день. 5. Мезим-форте по 1табл. 3 раза в день. 6. Антибактериальная терапия (ампициллин по 0,5х 4 раза в день внутрь).  Задания:  1. Выявите потребности пациента, удовлетворение которых нарушено; сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.  2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией  **Ответы:**  Нарушены потребности: есть, спать, отдыхать, работать, общаться, быть здоровым.  Проблемы пациента:  Настоящие – боли в правом подреберье; горечь во рту; нарушение сна; беспокойство по поводу исхода заболевания.  Потенциальные – трансформация в калькулѐзный холецистит; перфорация желчного пузыря; эмпиема желчного пузыря; гангрена желчного пузыря.  2. Приоритетная проблема пациентки - боль в правом подреберье.  Краткосрочная цель: чтобы пациентка отметила стихание болей к концу 7 дня стационарного лечения.  Долгосрочная цель: чтобы пациентка не предъявляла жалоб на боли в правом подреберье к моменту выписки.  Сестринские вмешательства  План \*Мотивация  1. Обеспечение диеты №5а  \*Максимально щадить желчный пузырь  2. Объяснить пациентке суть её заболевания и современных методов диагностики, лечения,  \*Для уменьшения беспокойства за исход лечения, снятия тревоги за своѐ будущее профилактики данного заболевания  3. Проведение беседы с пациенткой о подготовке к УЗИ Г'БС и дуоденальному зондированию  \*Для повышения эффективности лечебно-диагностических процедур  4. Объяснить пациентке правила приема мезим-форте  \*Для эффективности действия лекарственного средства  5. Проведение беседы с родственникам и пациентки об обеспечении питания с ограничением жирных, соленых, жаренных, копченых блюд  \*Для предупреждения возникновения болевого синдрома  6. Обучение пациентки методике проведения тюбажа  \*Для снятия спазма желчных ходов, оттока желчи  7. Наблюдение за состоянием и внешним видом пациентки  \*Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений  8. Выполнение назначений врача  \*Для эффективного лечения  Оценка эффективности: пациентка отмечает снижение интенсивности болевого приступа.  Цель достигнута.  **ТЕСТ**  1г 11б 21г 31а 41б  2а 12а 22в 32г 42в  3а 13а 23а 33в 43г  4г 14г 24г 34б 44г  5в 15г 25б 35а 45г  6а 16а 26а 36г 46г  7г 17г 27а 37г 47а  8г 18г 28г 38а 48а  9г 19а 29в 39в 49г  10а 20б 30б 40в 50г |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **16.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №7**  **7 Т:«Сестринский уход за больными при заболеваниях почек»**  **1.АЛГОРИТМ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНОГО К СДАЧИ МОЧИ НА АНАЛИЗ НИЧЕПОРЕНКО.**  Исследование мочи по методу Нечипоренко применяется для количественного определения форменных элементов в моче: лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров.  В норме при микроскопии можно обнаружить: эритроцитов 2х106/л, лейкоцитов до 4х106/л  **Показания:** 1) обследование.  **Противопоказания:** нет.  **Оснащение:** 1) продезинфицированная стеклянная емкость 100 - 200 мл, с крышкой 2) направление на исследование для амбулаторных больных, либо этикетка с указанием отделения, палаты, Ф.И.О. больного, вида исследования, даты и подписи медсестры (для стационарных больных).  **Алгоритм действия:**  1. Накануне (вечером) информировать больного о предстоящем исследовании, выдать направление либо подготовленную емкость с наклеенной этикеткой и обучить технике сбора мочи на исследование:  Утром пред сбором мочи произвести подмывание наружных половых органов  2. Собрать среднюю порцию мочи: вначале выделить небольшую порцию мочи в унитаз, задержать мочеиспускание, затем собрать в емкость 50-100 мл мочи и остатки её выпустить в унитаз.  3. Оставить в санитарной комнате в специальном ящике (в амбулаторных условиях доставить мочу в лабораторию).  4. Постовой медицинской сестре обеспечить доставку материала на исследование в лабораторию до 800 часов.  5. Полученные из лаборатории результаты исследований подклеить в историю болезни (амбулаторную карту).  **Примечание:**  1. Если больной в тяжелом состоянии или находиться на постельном режиме – подмывание больного и сбор мочи на исследование производится медицинской сестрой.  2. Если у больной в этот момент менструация, то исследование мочи переносится на другой день. В экстренных случаях взятие мочи производится катетером.  **2.АЛГОРИТМ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНОГО К СДАЧИ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ.**  Для исследования выделительной и концентрационной способности почек проводится проба Зимницкого. Такая диагностическая процедура назначается больным с патологией почек, а также при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь) и эндокринной системы (сахарный диабет). Правильный **сбор мочи по Зимницкому** обеспечивает достоверность результата исследования. Главной задачей медицинской сестры является качественное обучение пациента подготовке и проведению сбора мочи для анализа.  Вся моча, выделенная больным за 24 часа, должна быть собрана в подготовленные емкости.  Оснащение  8 чистых и сухих стеклянных банок либо пластиковых контейнеров емкостью 200-300 мл, промаркированных этикетками с указанием номера порции:   * № 1: с 6.00 до 9.00 * № 2: с 9.00 до 12.00 * № 2: с 12.00 до 15.00 * № 4: с 15.00 до 18.00 * № 5: с 18.00 до 21.00 * № 6: с 21.00 до 24.00 * № 7: с 24.00 до 03.00 * № 8: с 03.00 до 06.00   2-4 дополнительные банки (контейнера).  Обучение пациента  Создаем доверительные конфиденциальные отношения с пациентом.  Объясняем цель исследования и необходимость соблюдать обычный режим питания, водно-солевого режима и двигательной активности.  Разъясняем ход подготовки и проведения сбора мочи по Зимницкому за сутки:   * В 6.00 пациент должен освободить мочевой пузырь — помочиться в унитаз. * Далее — всю мочу собирать в 8 емкостей, которые расписаны по часам. Каждые 3 часа — новая банка (контейнер). * Если по окончании трехчасового промежутка мочеиспускания не произошло, емкость должна остаться пустой. * Если за 3 часа количество мочи превысили объем банки, оставшаяся моча собирается в дополнительную банку и маркируется с указанием номера и времени. * Предупреждаем пациента, что ночью для*сбора мочи по Зимницкому* в ночное время его разбудит медсестра в условиях стационара; в амбулаторных условиях предупреждаем о необходимости ставить будильник на 24.00, 03.00 и 06.00.   Обязательно обучаем пациента учету принятой за сутки жидкости. Это обеспечит правильный учет водного баланса.  В амбулаторных условиях объясняем пациенту, куда и в какое время следует принести банки (контейнеры) с собранной мочой.  В условиях стационара обеспечиваем своевременную доставку материала в лабораторию.  **3.СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.**   * Вызвать врача. * Приложить грелку на поясничную область или поместить пациента в горячую ванну, если нет противопоказаний. * Из-за возможности развития обморока нельзя оставлять пациента одного в ванне.  Дать пациенту 20-25 капель цистенала или 1 таблетку но-шпы. * Подготовить медикаменты: Но-шпа, папаверин, платифиллин, баралгин, анальгин, промедол, новокаин все препараты в ампулах.   **4.АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКИ КАТЕТЕРА ЖЕНЩИНЕ.**  **Катетеризация –**введение катетера в мочевой пузырь.  **Цель:**освободить мочевой пузырь.  **Показания:**острая и хроническая задержка мочеиспускания, промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных и рентгеноконтрастных растворов, послеоперационный период на органах мо­чевой и половой системы, перед эндоскопическими исследованиями органов мочевыделения, взятие мочи на клиническое и бактериологическое исследования, определение остаточной мочи.  **Противопоказания:** разрыв уретры, острый уретрит, простатит, эпидидимит, гематурия, сужение мочеиспускательного канала, опухоли простаты, острое воспаление мочеиспускательного канала.  **Осложнения:**уретральная лихорадка, повреждение слизистой оболочки уретры, мочевого пузыря, внесение инфекции при несоблюдении правил асептики.  **Оснащение:** стерильные: катетер, пинцеты анатомические (2 шт.), корнцанг, лоток, салфетки, 2 пары перчаток, вазелиновое масло; раствор фурациллина 1:5000, мочеприемник, емкость с дезраствором, подкладные клеенку, пеленку, ширму; оснащение для подмывания, КСБУ.  **Обязательные условия:** процедура введения катетера проводится при строгом соблюдении асептики, так как слизистая оболочка мочевого пузыря обладает слабой сопротивляемостью к инфекции. Процедуру выполняет фельдшер или квалифицированная медсестра.  Процедура проводится в постели (возможно проведение процедуры на гинекологическом кресле).  ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ  1.Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациенткой. Обеспечивается изоляция пациентки (оградите пациентку ширмой)  2.Уточнить у пациентки понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить её согласие.  3.Провести деконтаминацию рук на гигиеническом уровне. Надеть латексные перчатки.  4.Уложить пациентку на спину, ноги согнуть в коленях и слегка развести их в стороны.  5.Подложить под ягодицы пациентки клеёнку с салфеткой (пелёнкой). Поверх выступающего края клеёнки поставить судно.  6.Приготовить оснащение для подмывания пациентки.  7.Провести подмывание пациентки: встать справа от пациентки, в левую руку взять ёмкость с раствором для подмывания, в правую – корнцанг.  8.Подмыть пациентку движениями сверху вниз, последовательно (от лобка к анальному отверстию) меняя салфетки..  9.Высушить кожу в той же последовательности.  10.Сменить перчатки, приготовить оснащение для катетеризации, взять пинцет в правую руку.  ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ  1.Разведите I и II пальцами левой руки большие и малые половые губы, обнажив наружное отверстие мочеиспускательного канала. Возьмите в правую руку пинцет с марлевой салфеткой, смоченной раствором фурациллина.  2. Обработайте мочеиспускательное отверстие антисептическим раствором движением сверху вниз между малыми половыми губами.  3.Сменить марлевый тампон.  4. Приложите марлевую салфетку (тампон), смоченную в растворе фурациллина к отверстию мочеиспускательного канала на одну минуту (или обработайте наружный конец мочеиспускательного канала методом полива).  5. Сбросьте использованные марлевые салфетки в КСБУ, пинцет в раствор для дезинфекции. Смените пинцет.  6.Правой рукой возьмите стерильным пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца как пишущее перо.  7. Обведите наружный конец катетера над кистью и зажмите между IV и V пальцами правой руки.  8. Облейте клюв катетера методом «полива» стерильным вазелиновым маслом.  9.Раздвиньте левой рукой половые губы, правой рукой осторожно введите катетер в мочеиспускательный канал на длину 4-6 см до появления мочи.  10. Опустите свободный (наружный) конец катетера в мочеприемник.  11. Сбросьте пинцет в дезраствор.  12. Надавите левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, одновременно извлекая катетер, после прекращения самостоятельного выделения мочи из катетера.  **Запомните!**Обеспечивается обмывание мочеиспускательного канала остатками мочи, т.е. естественным путем.  13. Извлеките осторожно катетер из мочеиспускательного канала после прекращения самостоятельного выделения мочи из катетера.  ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ  1.Сбросьте многоразовый катетер в емкость с дезраствором, а однократного применения – в отходы класса Б.  2.Салфетки, ватные щарики сбросьте в отходы класса Б.  3. Снимите перчатки, сбросьте в отходы класса Б, Вымойте и осушите руки.  4.Обеспечьте физический и психический покой пациентки.  **ЗАДАЧА № 18**  Пациент 30лет поступил в нефрологическое отделнение с диагнозом «Обострение хронического пиелонефрита». При сестринском исследовании медицинская сестра получила следующие данные: жалобы на повышение температуры, на тянущие боли в поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание, общую слабость , головную боль, отсутствие аппетита. В анамнезе у пациента хронический пиелонефрит в течении 6лет. Больной обеспокоен, тревожиться за свое состояние, сомневается в успехе лечения. Объективно: температура 37,8 , состояние средней тяжести. Сознание ясное. гиперемия лица. Кожные покровы чистые, подкожно-жировая клечатка слабо развита. Пульс 98 ударов в 1минуту, напряжен. АD 150/95 мм.Рт.Ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Пациенту назначено: 1. Постельный режим, диета №7 2. Общий анализ крови, мочи, анализ мочи по Нечипоренко 3. Оксациллин по 1г-4раза в день в/м 4. Витаминотерапия: В1 (6%-1,0 ), В6 (5%-1,0) п/к 5. Уроантисептики растительного происхождения (толокнянка, кукурузные рыльца, семена укропа )  **Задания:**  1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено; сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.  2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.  **Ответы:**  У пациента нарушены потребности: есть, пить, выделять, поддерживать t , общаться, работать, быть здоровым.  Проблемы пациента:  Настоящие: тянущие боли в пояснице, дизурия, повышение t , общая слабость, головная боль, отсутствие аппетита, неуверенность в благоприятном исходе заболевания, тревога о своем состоянии;  Потенциальные: ухудшение состояния пациента, связанные с развитием осложнения.  Приоритетноя: частое, болезненное мочеиспускание (дизурия)  1. Краткосрочная цель: пациент отмечает уменьшение частоты и боли при мочеиспускании к концу недели.  Долгосрочная цель: исчезновение дизурических явлений к моменту выписки пациента и демонстрация пациентом знаний факторов риска, ведущих к обострению заболевания  Сестринские вмешательства:  План \*Мотивация  1.Обеспечение строгого постельного режима и покоя.  \*Для уменьшения физической и эмоциональной нагрузки.  2.Обеспечение диетическим питанием с ограничением поваренной соли  \*Для предотвращения отеков и уменьшения раздражения слизистой чашечно- лоханочной системы.  3.Наблюдение за внешним видом и состоянием пациента ( пульс, АD,ЧДД ).  \*Для ранней диагностики и современного оказания неотложной помощи в случае возникновении осложнений.  4.Обеспечение пациента обильным питьем до 2-2.5 литров в сутки ( мин.вода, клюквенный морс, настой шиповника ).  \*Для создания форсированного диуреза способствующего купированию воспалительного процесса.  5.Обеспечение личной гигиены пациента (смена белья, подмывание).  \*Для создания комфорта пациенту и профилактики вторичной инфекции.  6.Обеспечение пациента предметами ухода( утка, грелка ).  \*Для обеспечения комфортного состояния пациенту и уменьшения болей.  7.Выполнение врачебных назначений  \*Для эффективного лечения.  8.Проведение беседы с родственниками об обеспечении полноценного и диетического питания с усиленным питьевым режимом.  \*Для повышения иммунитета и защитных сил организма пациента.  Оценка: пациент отмечает значительное улучшение состояния, боли в поясничной области исчезли, дизурических явления отсутствуют.  Цель достигнута. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **17.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №8**  **Сестринский уход при заболеваниях крови.**  **1.СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ.**  1. Успокоить пациента, усадить с опущенным головным концом (профилактика аспирации, заглатывания крови).  2. Расстегните стесняющую одежду, попросить пациента дышать ровно и глубоко.  3. Обеспечьте доступ свежего воздуха.  4. Прижмите крыло носа к носовой перегородке соответствующей стороны  5. Приложите холодный компресс на переносицу и на затылок на 30 минут для рефлекторного спазма сосудов.  6. Приложите грелки к ногам или организуйте горячие ножные ванны.  7. Смочите салфетку в 3% растворе перекиси водорода или 0,1% растворе адреналина или 1% викасола или 5% аминокапроновой кислоты введите в соответствующий носовой ход.  8. Если кровотечение не прекращается, возьмите турунду длиной 25-30см, смочите в 3% растворе перекиси водорода или 5% аминокапроновой кислоты, введите в соответствующий носовой ход, затампонируйте. Турунду оставьте на 12-24 часа.  9. Дайте или введите внутримышечно викасол, (кальция хлорид, аминокапроновую кислоту, дицинон, витамин «С»)  **2.ДИЕТА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ**  *Железодефицитная анемия* – заболевание, при котором снижается содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо, нарушается образование гемоглобина и эритроцитов.  Целью, которую преследует лечебное питание при анемии, является обеспечение организма всеми питательными веществами, витаминами и микроэлементами, в частности, железом, что необходимо для повышения уровня гемоглобина. Данная диета повышает защитные силы организма, восстанавливает его функции и улучшает качество жизни пациента.  Диета при железодефицитной анемии является физиологически полноценной, ее калорийность высока, а содержание белков, микроэлементов и витаминов увеличено. Углеводы остаются на стандартном уровне, а содержание жиров несколько снижено.  По классификации Певзнера диета при железодефицитной анемии - это лечебный стол №11. Согласно приказу №330  Минздрава Российской Федерации в лечебно-профилактических учреждениях питание при данном заболевании соответствует диете с высоким содержанием белка.  Суточное содержание питательных веществ, витаминов и микроэлементов:   * белки – 120г, из них не менее 60% белков животного происхождения; * жиры – 80-90г, из них 30% растительных жиров; * углеводов – 300-350г;   Энергетическая ценность диеты составляет 3000-3500 килокалорий в сутки.  **Основные принципы**   * режим питания; Питание должно быть дробным: от 4 до 6 раз в день. Частый прием пищи небольшими количествами возбуждает у пациента аппетит (а при анемии он, как правило, ослаблен), позволяет максимально усвоиться питательным веществам, витаминам и микроэлементам, а также нормализует работу пищеварительного тракта, что важно, если у больного имеются сопутствующие заболевания. Дробное питание позволяет организму лучше воспринимать блюда и продукты, которые отличаются повышенной калорийностью. * температура пищи; Температура пищи должна быть стандартная, как и в остальных диетах (15-60 градусов Цельсия). Слишком холодная или горячая еда раздражает органы желудочно-кишечного тракта, что негативно влияет на пищеварение и, в частности, на усвоение железа. * кулинарная обработка; Допускается любая кулинарная обработка продуктов (тушение, готовка на пару, варка или запекание), кроме жарки. При жарении используется большое количество жиров, что противопоказано при анемии, образуются продукты их окисления, негативно влияющие на организм человека в целом, и особенно - на пищеварительный тракт. * алкоголь; Прием алкоголя в лечебном питании при железодефицитной анемии исключается. Этиловый спирт нарушает всасывание железа и других микроэлементов и негативно влияет на функции печени, где разрушается гемоглобин и синтезируется билирубин. А поскольку во время анемии организм также испытывает нехватку гемоглобина, при наличии основного заболевания это может привести к желтухе. * соль и жидкость; Употребление свободной жидкости при анемии находится в пределах физиологической нормы (2-2,5 литра). Снижение питьевой нормы приводит к сгущению крови, что усугубляет гипоксические процессы, возникающие при анемии. Поваренная соль употребляется в нормальном количестве - 8-12г, а при сниженной желудочной секреции для синтеза соляной кислоты потребление натрия хлорида возрастает до 15г.   **Разрешенные продукты**  В первую очередь, в рационе при железодефицитной анемии должно содержаться увеличенное количество белков, которые повышают усвояемость железа организмом и являются необходимыми веществами для построения гемоглобина.  До 2/3 частей из потребляемого количества белков должны иметь животное происхождение.  Важно чаще вводить в меню больного продукты, богатые микроэлементами, участвующие в кроветворении (железо, кобальт, цинк, марганец). Перечисленные микроэлементы содержатся во многих крупах, мясных продуктах, овощах и зелени.  Список продуктов при железодефицитной анемии довольно обширный, больному рекомендуется почти все, если нет специфических ограничений для приема отдельных блюд:   * хлеб любой, но желательно отрубной (источник витаминов группы В); * наваристые бульоны и супы из них (содержат экстрактивные вещества, возбуждающие аппетит); * мясо нежирных сортов, язык говяжий, телятина, говядина, печень свиная (преимущественно) и говяжья, почки - источник железа; * салаты из свежих овощей, заправленные растительным маслом - источники витаминов; * заливная рыба или язык; * консервы рыбные, рыба любая; * птица нежирных сортов; * крупы, особенно гречневая, ячневая, овсяная - источник железа; * икра красная и черная, любые морепродукты; * молоко и молочнокислые продукты любые, включая творог и сыр; * копчености (при отсутствии противопоказаний); * зелень любая в большом количестве - источник фолиевой кислоты; * соусы: молочный, яичный, сметанный, томатный; * пряности в допустимом количестве (в них содержится много микроэлементов, к тому же, они возбуждают аппетит); * яйца в любом виде; * мед - источник микроэлементов, варенье, сахар, любые сладости; * смородина, крыжовник, малина, клубника, земляника (много витамина С); * любые фрукты, особенно абрикосы и персики; * сливочное масло и растительные масла в блюда умеренно (легкоусвояемые жиры); * соки, желательно с мякотью, отвар шиповника, некрепкий чай, отвар пшеничных и овсяных хлопьев; * гарниры любые; * бобовые.   **Запрещенные продукты**  Список запрещенных продуктов в диете при железодефицитной анемии не столь велик.  Ограничиваются жиры, особенно тугоплавкие,  угнетающие кроветворение, поэтому стоит воздержаться от употребления жирного мяса, птицы, рыбьего жира, сала, а также не следует включать в меню бараний и говяжий жиры.  Следует исключить маринады: они разрушают эритроциты, стимулируют работу желчного пузыря и поджелудочной железы.  Не рекомендовано употреблять в пищу торты и пирожные с масляными кремами, а также крепкий чай, кофе и кока-колу: эти напитки содержат кофеин, нарушающий всасывание железа.  **3.АЛГОРИТМ П/К ВВЕДЕНИЯ ВИТ.В12**  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными салфетками и стерильным пинцетом.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы).  6. Обработал салфеткой ампулу (флакон) с витамином В1. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  8. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  9. Обработал спиртовой салфеткой широкое инъекционное поле движением сверху вниз. Обработал другой салфеткой место инъекции.  10. Левой рукой собрал участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз.  11. Ввел иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи.  12. Отпустил складку, освободившуюся руку перенес на поршень, медленно ввел лекарственное средство.  13. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  14. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, спиртовые салфетки поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  15. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  16. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  17. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  18. Сделал запись о проведенной манипуляции.  **4.РЕШИТЬ ЗАДАЧУ№21**  Пациентка 27 лет поступила на стационарное лечение с диагнозом: "Железодефицитная анемия". При сестринском обследовании м/с получила следующие данные: жалобы на слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке, ломкость ногтей, выпадение волос. Пациентка хорошо идет на контакт, но выражает опасение по поводу возможности длительного пребывания в стационаре. Объективно: рост 165 см, масса тела 56 кг, кожные покровы и видимые слизистые бледные, волосы тусклые, ногти ломкие. ЧДД 20 в мин., пульс 76 в мин., ритмичный, хорошего наполнения, не напряжен, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.  Назначено:  1. Анализ крови на ВИЧ.  2. Фиброгастродуоденоскопия.  Задания:  1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено, определите потребности пациентки.  2. Поставьте цель и составьте план сестринских вмешательств с их мотивацией.  ОТВЕТ  *Нарушено удовлетворение потребностей:* быть здоровой, дышать, двигаться, работать, отдыхать, избегать опасности.  *Проблемы пациента:*  *Настоящие:* слабость, головокружение, одышка при физической нагрузке, ломкость ногтей, выпадение волос, беспокойство по поводу длительного лечения.  *Потенциальные:* обморок  *Приоритетные проблемы* - слабость и головокружение вследствие железодефицитной анемии.  *Цели*  *краткосрочная:* пациентка отметит уменьшение слабости и головокружения через 7 дней.  *долгосрочная*: слабость и головокружение исчезнут к моменту выписки.   |  |  | | --- | --- | | План | Мотивация | | Обеспечить ЛОР:  - соблюдение режима эмоциональной безопасности.  - обеспечить соблюдение постельного режима по назначению врача.  - строгое соблюдение правил внутриутробного распорядка и выполнение манипуляций.  Обеспечить физический, психический покой. | Для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей, создание физического покоя,  профилактика осложнений,  травм. | | Строгое соблюдение сан эпид режима: своевременная уборка и санация воздуха в палате, смена нательного и постельного белья | Создание комфортных и  безопасных условий  пребывания  в палате. | | Контроль за состоянием больного (АД, ЧДД, PS, ЧСС, температура, стул, диурез, внешний вид). | Своевременное выявление проблем пациента и их ликвидация. | | Обеспечить соблюдение постельного режима | Для уменьшения физической и эмоциональной нагрузки | | М/с проведет беседу с родственниками пациентки о необходимости включения в рацион продуктов, богатых железом и витамином С | Для восполнения дефицита железа в организме. | | М/с организует кормление пациентки в палате | Уменьшение физический нагрузки. | | М/с обеспечит помощь пациентке в удовлетворении основных физических потребностей. | Уменьшение физической нагрузки. | | Мс будет выполнять назначения врача | Для эффективного лечения | | Подготовка пациента к лабораторным и инструментальные методам исследования (Анализ крови на ВИЧ. Фиброгастродуоденоскопия). | .  Для качественного проведения исследования |   Оценка эффективности: пациентка отметит уменьшение слабости и головокружения. Цель достигнута.  **5.РЕШИТЬ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ В РАЗДЕЛЕ:"СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ГЕМАТОЛОГИИ" С1-ОГО ПО 40 -ОЙ ВОПРОСЫ**   * 1. б   2. в   3. в   4. а   5. а   6. в   7. в   8. в   9. б   10. г   11. в   12. в   13. а   14. в   15. б   16. а   17. в   18. г   19. а   20. в   21. г   22. в   23. б   24. б   25. г   26. б   27. г   28. а   29. б   30. б   31. г   32. б   33. в   34. в   35. а   36. а   37. г   38. а   39. г   40. б |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **18.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №9**  **Тема: Сестринский уход за больными с заболеваниями эндокринной системы**  **1. ДИЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.(БАЗЕДОВА БОЛЕЗНЬ,ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ:**  В связи с повышением величины основного обмена необходимо увеличить энергетическую ценность рациона в среднем на 20-30% по сравнению с физиологической нормой для данного пациента за счет всех нутриентов. Поскольку при гипертиреозе имеется усиленный распад белков и потеря мышечной массы, то особое внимание в питании больных уделяют белковой квоте. Рекомендуемое количество белков составляет 1-1,5 г/кг массы тела, из них 55% — животного происхождения.  Химический состав рациона для мужчины: 100 г белков, 100-110г жиров (25% — растительного происхождения), 400-450 г углеводов (100 г сахара), 3000-3200 ккал; для женщины указанные величины уменьшают на 10-15% [Смолянский Б. Л., Лифляндский В. Г., 2003].  Ранее назначали диету №11 по Певзнеру, в настоящее время для питания в ЛПУ подходящим является вариант диеты с повышенным содержанием белка с индивидуальной коррекцией за счет домашних передач, назначения витаминных комплексов и биологически активных добавок к пище.  Рацион больных с гипертиреозом может содержать морскую рыбу и морепродукты. Эта, казалось бы, абсурдная рекомендация объясняется тем, что избыток йода подавляет образование гормонов щитовидной железы. В качестве пищевого источника калия рекомендуют овощи и фрукты, кальция — молочные продукты.  Повышенная возбудимость нервной системы, бессонница диктуют необходимость ограничения продуктов и блюд, возбуждающих центральную нервную систему: крепкого чая и кофе, наваристых мясных и рыбных бульонов, алкоголя и др.  Кулинарная обработка пищи обычная, но мясо и рыбу желательно сначала отварить (или бланшировать) для удаления экстрактивных веществ, а затем тушить или жарить. При наличии диареи кулинарная обработка пищи соответствует механически, химически и термически щадящей диете (ранее — диеты № 4б, 4в; ныне — щадящий вариант диеты с механическим и химическим щажением).  Режим питания должен быть дробным (4-5 раз в день и чаще) из-за наличия чувства голода у данных пациентов. Если нет противопоказаний, то количество свободной жидкости не ограничивают. Особенно полезны напитки, хорошо утоляющие жажду (содержащие не более 2 % сахара, при температуре не выше 15 °С). Это — отвары сухофруктов и шиповника, морсы, зеленый чай, обезжиренные молочнокислые напитки, которые пьют по несколько глотков с интервалом в 5-10 мин.  **2.СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИОННОМ СИНДРОМЕ.** 1. Провести беседу с пациентом/семьей о необходимости соблюдения диеты с ограничением соли (не выше 4-6 г/сут). 2. Убедить пациента в необходимости щадящего режима дня (улучшение служебных и домашних условий, возможное изменение условий работы, характера отдыха и т. п.). 3. Обеспечить пациенту достаточный сон. разъяснить условия, способствующие сну: проветривание помещения, недопустимость приема пищи непосредственно перед сном, нежелательность просмотра тревожащих телепередач. При необходимости проконсультироваться с врачом о назначении успокаивающих или снотворных препаратов. 4. Обучить пациента приемам релаксации для снятия напряжения и тревоги. 5. Информировать пациента о влиянии курения и алкоголя на уровень артериального давления. 6. Информировать пациента о действии лекарственных препаратов. назначенных лечащим врачом, убедить его в необходимости систематического и длительного их приема только в назначенных дозах и их сочетаний с приемом пищи. 7. Провести беседу о возможных осложнениях гипертонической болезни, указать на их причины. 8. Контролировать массу тела пациента, соблюдение режима и диеты. 9. Проводить контроль передаваемых продуктов родственниками или другими близкими людьми у стационарных пациентов. 10. Обучить пациента (семью): - определять частоту пульса; измерять артериальное давление; - распознавать начальные симптомы гипертонического криза; - оказывать доврачебную помощь при этом.  **3.СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ АНГИНОЗНОЙ БОЛИ.**  Если человек на протяжении долгого времени страдает ишемией сердца, и у него периодически отмечается стенокардия, то снять неприятные ощущения можно в домашних условиях. Необходимо оказать больному первую помощь при ангинозном приступе:   1. Пациенту нужно принять сидячее положение и не делать резких движений. Если приступ застал больного во время сна, надо сесть на кровати и свесить ноги. 2. Нужно открыть форточку, чтобы больному было легче дышать. Стесняющую одежду необходимо расстегнуть.   Затем необходимо дать пациенту препараты для купирования ангинозного приступа. Чаще всего используется лекарство "Нитроглицерин". Нужно положить таблетку под язык и держать ее до растворения. Это лекарство обычно действует в течение 3-5 минут. Если боль в сердце продолжается, то прием препарата повторяют. Однако в течение одного приступа можно принимать не более трех таблеток. Если боль не купируется, необходима медицинская помощь.  В настоящее время выпускают спреи от стенокардии: "Изокет", "Нитроминат". Одно впрыскивание под язык равносильно приему одной дозы лекарства. В течение приступа препарат можно применять не более трех раз.  После принятия нитратных лекарств больному нужно дать таблетку "Аспирина" для разжижения крови. Если пациент сильно возбужден и тревожен, то следует принять "Валокордин" или "Корвалол".  После оказания неотложной помощи при ангинозном приступе и снятия острой боли нужно измерить АД и пульс. Если давление высокое, то следует принять гипотензивное средство быстрого действия. При учащенном сердцебиении показан препарат "Анаприлин".  Следует помнить, что "Нитроглицерин" и спреи можно принимать не всегда. Если приступ протекает в коллаптоидной форме с падением АД, то сосудорасширяющие средства противопоказаны. В этом случае нужно предпринять следующие меры:   1. Уложить больного. 2. Вызвать скорую помощь. 3. Дать таблетку "Аспирина". 4. Для купирования боли использовать анальгетики: "Седальгин", "Баралгин".   Немедленно вызывать скорую помощь также необходимо в следующих случаях:   1. Если у больного впервые возник приступ стенокардии. 2. Если боль не снимается приемом "Нитроглицерина" и применением спреев. 3. Если приступ протекает тяжелее, чем обычно, и у больного наблюдается рвота. 4. Срочная медицинская помощь необходима при затяжном ангинозном приступе, который продолжается более 15 минут. Это состояние часто приводит к инфаркту миокарда. 5. Если боль нарастает и не снимается препаратами.   До приезда врача пациенту нужно соблюдать постельный режим.  **4.АЛГОРИТМ ВЗЯТИЯ КРОВИ ВАКУТЕЙНЕРОМ НА ГАРМОНЫ.**  **Оснащение***: вакуумная система с иглой, спиртовые шарики (спирт – 70%), маска, перчатки, жгут, клеёнчатая подушечка, салфетка, кожный антисептик, стерильная вакуумная пробирка с надписью фамилии пациента.*  1. Надеть маску, тщательно вымыть руки проточной водой с мылом, обработать кожным антисептиком, надеть перчатки, обработать их спиртовым шариком или антисептиком для перчаток.  2. Усадить пациента на стул или уложить на кушетку.  3. Освободить руку от одежды до середины плеча.  4. Попросить пациента максимально разогнуть руку в локтевом суставе, под локоть положить клеёнчатую подушечку.  5. Проверить упаковку вакуумной системы на целостность, срок годности (если держатель многоразовый, вскрыть упаковку с иглой и насадить её на держатель), вскрыть упаковку с вакуумной системы.  6. Наложить жгут на среднюю треть плеча.  **Правила наложения жгута:**   * + концы жгута должны смотреть вверх;   + жгут накладывается на плечо через салфетку или одежду;   + пульс на лучевой артерии должен прощупываться (рука не должна бледнеть или синеть – пережимаются только вены, артерии свободны).   1. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак (поработать кулачком).  2. Прощупать вену и встать по ходу вены.  3. Дважды обработать кожу спиртовыми шариками движениями снизу вверх вначале 10х10см и вторым шариком 5х5см по ходу вены.  4. Попросить пациента сжать кулак и зафиксировать вену первым пальцем левой руки, оттягивая кожу вниз.  5. Придерживая держатель срезом иглы вверх параллельно вене, под острым углом к коже проколоть кожу.  6. Продолжая фиксировать вену, слегка изменить направление иглы к вене и осторожно проколоть вену. Возникает ощущение попадания в пустоту (провала).  7. Зафиксировать держатель, слегка прижав его к руке пациента вторым пальцем правой руки.  8. Надеть держатель на иглу в пробирке, в пробирку потечёт кровь.  9. Снять жгут. Пациент при этом разжимает кулак.  10. Извлечь из держателя пробирку с кровью, поставить в штатив.  11. На место прокола приложить спиртовой шарик и извлечь иглу, придерживая кожу. **Запомните! Сначала снять жгут, дать крови отток, а затем извлечь иглу!**  12. Попросить пациента перехватить ватный шарик свободной рукой и согнуть руку в локте на 5 минут, резко не вставать и посидеть 5 – 10 минут в процедурном кабинете.  13. Держатель освободить от иглы. Иглу поместить в ёмкость (контейнер) № 2 с дез. раствором для игл (если держатель многоразовый). Если держатель одноразовый, то после процедуры его также помещают в ёмкость № 2 для игл. После дезинфекции держатели и иглы помещаются в жёлтый мешок **«Б»** для утилизации. Ватный шарик поместить в 3% раствор самаровки или ему идентичный на 1 час,  14. Снять перчатки вымыть руки.  15. Отметить в медицинской карте и в процедурном листе о выполнении процедуры.  16. Отправить пробирку вместе с направлением в лабораторию.  **ЗАДАЧА № 26**  В эндокринологическом отделении на стационарном лечении находится женщина 38 лет с диагнозом диффузный токсический зоб. При сестринском обследовании выявлены жалобы на сердцебиение, потливость, чувство жара, слабость, дрожание пальцев рук, похудание, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, снижение трудоспособности. Пациентка раздражительна по мелочам, суетлива. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы влажные и горячие на ощупь, отмечается тремор конечностей и экзофтальм, щитовидная железа увеличена ("толстая шея"). При перкуссии -границы сердца расширены влево, при аускультации тоны сердца громкие и ритмичные, выслушивается систолический шум. Температура тела 37,2°С. Пульс 105 уд./мин., АД 140/90 мм рт. ст. Пациентке назначено: - режим палатный; - диета №15; - УЗИ щитовидной железы; - анализ крови на Т3, Т4 и ТТГ; - анализ крови на холестерин; - мерказолил по 1 таблетке 3 раза в день; - настой корня валерианы по 1 ст. ложке 3 раза в день; - адонизид по 15 капель 3 раза в день.  Задания:  1. Сформулируйте нарушенные потребности и выявите проблемы пациента.  2. Составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.  ОТВЕТЫ:  У пациента нарушены потребности: быть здоровым, поддерживать температуру, работать, спать, отдыхать.  Проблемы пациента:  настоящие: сердцебиение, потливость, чувство жара, слабость, раздражительность, плаксивость, похудание, дрожание пальцев рук, бессонница;  потенциальные: высокий риск тиреотоксического криза, острой сердечной недостаточности,  нарушение функции нервной системы;  приоритетная проблема: сердцебиение;  2. Краткосрочная цель: сердцебиение уменьшится к концу 1 -ой недели.  Долгосрочная цель: восстановление сердечного ритма к моменту выписки.  СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА  План \*Мотивация  1. Контролировать соблюдение лечебно–охранительного режима пациентом.  \*Для исключения физических и эмоциональных перегрузок.  2. Обеспечить проветривание палаты, влажную уборку, кварцевание.  \*Для устранения гипоксии, обеспечения комфортных гигиенических условий.  3. Обеспечить пациентке дробное, легкоусвояемое, богатое витаминами питание.  \*Для восполнения энергетических затрат, так как у пациентки высокий основной обмен.  4. Наблюдать за внешним видом, измерять АД, пульс, ЧДД., взвешивать.  \*Для ранней диагностики тиреотоксического криза.  5. Провести беседу с пациентом и родственниками о сущности заболевания.  \*Для профилактики осложнений, активного участия пациентки в лечении.  6. Выполнить назначение врача следить за возможными побочными явлениями лекарственных средств  \*Для эффективного лечения  Оценка: Цель достигнута, частота пульса пациентки в пределах нормы после курса лечения. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **19.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №10**  1.Сестринский уход за больными с "диабетической стопой"  Планирование сестринского ухода включало следующие моменты.  1. Лечебно-охранительный режим.  2. Диета №9.  3. Медикаментозное лечение по назначению врача:  - прием сахароснижающих препаратов;  - антибиотики с широким спектром действия: цефазолин по 1г 2р/с в/м;  - обезболивающие средства;  - пентоксифиллин для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови;  - местное лечение: промывание язвенной поверхности хлоргекидином, мирамистином, наложение повязки с левомиколем.  4. Контроль уровня глюкозы в крови.  5. Контроль общего состояния.  6. Разгрузка конечности.  7. Подготовка больного к лечебно-диагностическим мероприятиям.  8. Контроль эффективности лечения.  9. Консультация офтальмолога (для уточнения диагноза диабетической  ретинопатии).  10. Восполнение дефицита информации о заболевании, об уходе за  стопами и подборе обуви.  11. Беседа о вреде курения. Разъяснено, что при возобновлении  курения никотин негативно влияет на состояние сосудов и крови, которая плохо циркулирует и не может в достаточном количестве обеспечить ткани кислородом.  12. Психологическая поддержка.  Основная задача медсестры на этапереализация плана ухода - мотивация боль¬ного к самостоятельному уходу за собой и поэтапному решению проблем, связанных с заболеванием. На этом этапе важен подиатрический уход. Его суть заключается в выполнении 3 основных групп мероприятий: осмотр стоп, уход за стопами и подбор обуви.  2.Диета при сахарном диабете  Необходимо принимать пищу в определенное время. Нельзя пропускать завтраки, обеды и ужины. Примерная схема такова: первый завтрак – в 8 или 9, перекус – в 11 или 12, обед – в 14-15, полдник – 17, ужин, разбитый на две части – в 19 и в 21 или 22 часа. Если придерживаться этого режима, вы сможете избежать проблемы гипогликемии    Вид запрещенного продукта Продукты  Сладкое Сахар, мед, варенья, кондитерские изделия, мороженое, сиропы  Овощи Сильно ограничить картофель, морковь и свеклу  Крупы Кукуруза, манка, рис  Хлебобулочные изделия Свежая выпечка из тонкой муки  Мясо и рыба Баранина, жирное жареное мясо, жирная красная рыба  Питье Соки, газировки, алкоголь  Полуфабрикаты, фастфуд Консервы, готовые блюда, сосиски, пельмени, картошка фри и т.д.  Фрукты Виноград, арбуз, дыня, сладкие и консервированные фрукты  Разное Соленья, маринады, острое    Вид разрешенного продукта Продукты  Фрукты Ограниченно: абрикосы, алыча, грейпфруты, апельсины, брусника, клюква, персики, яблоки, сливы, облепиха, красная смородина, вишня, крыжовник  Овощи Огурцы, брокколи, зеленый горошек, цветная капуста, листовой салат, зелень, кабачки, перец зеленый, грибы  Молочные продукты Нежирные молоко, творог, кисломолочные продукты, немного сыра с низким процентов жирности  Крупы Соя, фасоль, горох, чечевица, гречневая, овсяная, перловая, изредка макароны  Мясо и рыба Нежирные говядина, индейка, курица, кролик, белые виды рыбы  Сладкое Только специальные диабетические продукты и крайне ограниченно  Питье Несладкие чай, кофе, компоты, отвары трав  Хлебобулочные изделия Хлеб из муки грубого помола, цельнозерновой  Разное Яйца, растительные масла  3.Хлебная единица-что это?  Хлебная единица (ХЕ, углеводная единица) — условная единица, разработанная немецкими диетологами, используется для приблизительной оценки количества углеводов в продуктах: одна ХЕ равна 10 (без учёта пищевых волокон) или 12 граммам (с учётом балластных веществ).  4.Алгоритм определения сахара в моче с помощью тест-полосок.  Подготовка к манипуляции:  1.Приветствовать пациента, представиться.  2.Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования, получить информированное согласие на процедуру.  Выполнение манипуляции:  1.Предложить пациенту помочиться в емкость для сбора мочи.  2.Вымыть руки обычным способом, надеть нестерильные перчатки.  3.Опустить индикаторную полоску в собранную мочу на 10-15 секунд.  4.Извлечь индикаторную полоску, поместить ее на пластмассовую пла¬стинку и сравнить тест со стандартной цветовой шкалой.  5.Определить согласно шкале качественное содержание глюкозы в моче.  Завершение манипуляции:  1.Сообщить врачу о результатах анализа.  2.Подвергнуть изделия медицинского назначения однократного и много-разового использования обработке в соответствии с отраслевыми нор-мативными документами по дезинфекции и предстерилизационной очи¬стке и стерилизации.  3.Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответ¬ствии с Сан. ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления от¬ходов лечебно-профилактических учреждений»  4.Снять перчатки, поместить в ёмкость-контейнер с дезраствором.  5.Вымыть руки обычным способом.  5.Что такое гликемический профиль?  Это динамическое наблюдение за уровнем сахара в крови. Чаще всего такой вид исследования назначается людям, у которых сахарный диабет. Анализ крови покажет, как реагирует организм на процесс лечения. Данная проверка показывает, какой уровень сахара присутствует в крови пациента в течение суток. Такую процедуру можно осуществлять дома. Если у человека диагностирован 2 тип диабета, то это означает, что данное исследование ему необходимо проходить. Также анализ назначается женщинам, которые находятся в положении беременности.  6.Алгоритм п/к введения инсулина.  I. Подготовка к процедуре:  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  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  - 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  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°)  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  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  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.  Примечание:  - При введении инсулина в домашних условиях не рекомендуется обрабатывать кожу в месте инъекции спиртом.  - Для профилактики развития липодистрофии рекомендуется каждую последующую инъекцию делать на 2 см ниже предыдущей, по четным дням инсулин вводить в правую половину тела, а по нечетным – в левую.  - Флаконы с инсулином хранятся на нижней полке холодильника при температуре 2-10\* (за 2 часа до использования необходимо вынуть флакон из холодильника для достижения комнатной температуры)  - Флакон для постоянного применения может храниться при комнатной температуре в течение 28 дней (в темном месте)  - Инсулин короткого действия вводится за 30 минут до еды.  7. Задача№27  В результате неправильного поведения больного (отказ от выполнения инъекций инсулина) развилась потеря сознания, связанная с резким повышением сахара в крови - гипергликемическая кома. Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние: -страдает сахарным диабетом с 5 лет -будучи два дня в походе не делал инъекций инсулина -до потери сознания беспокоили: слабость, 42 сонливость, жажда, потеря аппетита -кожные покровы сухие -мышечный тонус снижен -тахикардия, АД снижено -запах ацетона в выдыхаемом воздухе 2.Алгоритм действия медицинской сестры: - срочно вызвать врача с целью окончательной постановки диагноза и назначения лечения; -срочно вызвать лаборанта для определения уровня сахара в крови; -собрать мочу для исследования на сахар и ацетон; -приготовить и ввести по назначению врача инсулин, изотонический раствор хлорида натрия с целью уменьшения ацидоза и сахара в крови; -контроль Ps, ДД, температуры тела, визуальный осмотр мочи с целью наблюдения за общим состоянием; обеспечить уход за кожей и слизистыми, обрабатывая их антисептическими растворами, во избежании присоединения вторичной инфекции; -транспортировка пациента в реанимационное отделение для дальнейшего лечения и коррекции уровня сахара в крови;  8. Тест  1б 2а 3б 4б 5г 6а 7г 8г 9б 10а 11а 12г 13г 14г 15в 16а 17в 18в 19б 20в 21а 22г 23в 24в 25г 26г 27в 28а 29а 30г 31в 32б 33б 34а 35г 36в 37а 38г 39а 40г 41в 42б 43а 44б 45а |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **20.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №11**  **ТЕМА: «СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ АЛЛЕРГОЗАХ»**  **1.АЛГОРИТМ СКАРИФИКАЦИОННОЙ ПРОБЫ**   * предпочтительно кожный скарификационный тест проводить на предплечье с внутренней стороны, положив руку на стол в удобном положении (только в исключительных случаях, к примеру, если на предплечье пациента обнаружены экзематозные изменения, можно использовать для теста кожу со спины пациента в качестве альтернативы), * использовать маркер или восковой карандаш, чтобы обозначить нужные места с расстоянием 3-4 см друг от друга, сохраняя при этом минимальное расстояние 3 см от запястья до локтевого сгиба; * разместить по одной капле каждого аллергена напротив обозначенных участков кожи, при этом помня о гигиене, пипеткой не касаться кожи.   В начале или в конце серии испытаний применяются два контрольных теста для определения индивидуальной реактивности кожи пациента:  а) отрицательный контрольный тест с физиологическим солевым раствором;  б) положительный тест-контроль с 0,1% раствором гистамина;  Есть два варианта дальнейшего действия:  1. Для простого скарификационного теста ввести небольшую иголку или скарификатор через каплю, быстрым движением слегка прокалывая кожу.  2. Для модифицированного скарификационного теста расположить кончик небольшой иголки или скарификатора под острым углом к коже, и почти горизонтально ввести в верхний слой эпидермиса лёгким движением вверх, чтобы небольшое количество тестового раствора могло проникнуть в кожу под кончиком иглы. Нужно избежать появления крови, то есть кожу не нужно прокалывать слишком глубоко. Чтобы избежать передачи аллергии, по крайней мере, надо протирать кончик иголки или скарификатора после каждого прокалывания (то есть после каждого теста на аллергены) тампоном или, что ещё лучше, использовать отдельный скарификатор для каждого аллергена.  Лишний тестовый раствор на коже можно промокнуть через 5-10 минут или оставить до проявления результатов. Тем не менее, его нужно вытереть немедленно, если у пациента сильная ответная реакция. Контрольный тест предпочтительно проводят в конце серии тестов, потому что реакция на гистамин, положительный контроль проявляется мимолётно. Проверить результат тестирования надо  через 10-20 минут, при этом необходимо повторно проконтролировать ход реакции.  **Оценка и интерпретация скарификационной пробы**  При положительной тестовой реакции обнаружатся бледно-жёлтые волдыри (отёк) и покраснение (эритема), которые могут иметь образования псевдоподий как доказательство особенно сильной ответной реакции на раздражитель. Считается, что для интерпретации достаточно образование волдырей большого размера. Положительный контроль при оптимальных условиях покажет волдырь >3мм. Тестовая реакция считается положительной для волдыря диаметром >3 мм. Отрицательный контроль не покажет реакции (волдырь диаметром 0 мм).  Для последующей градации результат кожной реакции может быть оценен согласно следующей схеме:   * Ø = опухоли нет (как негативная реакция); * (+) = опухоль ø < 3 мм; * + = опухоль ø≥ 3-< 4 мм; * ++ = опухоль ø≥4-<5 мм; * +++ = опухоль ø≥5-<6 мм; * ++++ = опухоль ø≥6 мм.   **Возможные осложнения при постановке кожных скарификационных проб**  Побочные реакции при проведении скарификационных проб маловероятны, если использовать проверенные аллергены. Несмотря на низкий риск анафилактических реакций, следует принять меры, которые обеспечат необходимое лечение в чрезвычайной ситуации. У медсестры должен быть наготове противошоковый набор. Предыдущие/сопутствующие заболевания (такие как болезнь сердца), использование некоторых лекарственных препаратов (таких как бета-блокаторы и ингибиторы АПФ) нужно также принять во внимание перед постановкой кожных скарификационных проб.  **2.СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ**  1. Срочно, немедленно, с четкостью и определенной последовательностью.  2. Прекратить введение лекарств и других аллергенов  3. Наложить жгут выше места инъекции; если инъекция была в/м холод на место ведения для замедления аллергической реакции  4. Уложить, зафиксировать язык  5. Ввести 0,5 мл 0,1% раствора адреналина п/к, в месте введения, аллергена и в другую конечность в/в 0,1% 0,5 мл в 10 мл физ. раствора  6. Контроль АД и пульса,  7. Срочно глюкокортикостероиды: преднизолон 90-150 мг, дексаметазон 20 мг, в/в в крайнем случае в/м.,  8. Антигистаминные препараты: супрастин 2% 2 мл в разведении в/в или димедрол 1% раствор 1-2 мл.,  Согласно современным представлениям введение хлорида или глюконата кальция, которое широко практиковалось ранее, не только не показано, но и способно отрицательно сказаться на состоянии пациента.  9. При бронхоспазме - эуфиллин 2,4% раствор в 10 мл физ. раствора.  10. При низком АД: мезатон 1% 1-2 мл в/м, допамин 400 мг в 500 мл 5% глюкозы, норадреналин 0,2% 2 мл в/в капельно,  11. При сердечной недостаточности, при мерцательной аритмии сердечные гликозиды: коргликон 0,06% раствор 1 мл в физ. растворе в/в медленно!; строфантин 0,05% раствор 0,5 мл на физ. растворе в/в медленно!  12. При развитии сердечной астмы, отека легкого диуретики: лазикс 40-60 мг в/в на физ. растворе, фуросемид  13. Если шок развился на пенициллин,1000000ЕД пенициллиназы в|м.  14. Больного с анафилактическим шоком следует уложить в горизонтальное положение с опущенным или плоским (неподнятым!) головным концом для лучшего кровоснабжения мозга (учитывая низкое АД и низкую перфузию мозга).  15. Наладить ингаляцию кислорода,  16. Внутривенное капельное введение физраствора или другого водно-солевого раствора для восстановления показателей гемодинамики и АД.  Госпитализация на носилках в реанимацию, контроль пульса и АД, при необходимости провести сердечно- легочную реанимацию.  После выписки из стационара необходимо наблюдение аллерголога.  **3.ЧТО ВХОДИТ В ПРОТИВОШОКОВЫЙ НАБОР**  В состав аптечки входит утвержденный Министерством здравоохранения перечень препаратов:   1. Адреналин или Эпинефрин 0,1% в ампулах для восстановления сердечного ритма – главный медикамент при анафилактическом шоке, который оказывает комплексное воздействие на все системы организма и быстро облегчает симптомы анафилаксии; 2. Преднизолон или Дексаметазон – синтетические глюкокортикоидные медикаментозные средства. Обладают выраженным противовоспалительным и антигистаминным свойством. Данные лекарственные препараты входят в состав аптечки потому, что способны немедленно остановить развитие основных симптомов: удушье, отек Квинке и пр. 3. Антигистаминный препарат для приостановки выброса гистамина и непосредственного торможения аллергической реакции; 4. Эуфиллин восстанавливает функцию дыхания и снимает [бронхоспазм](https://topallergy.ru/zabolevaniya/asthma/pervaya-pomosh-pri-pristupe.html). Однако, введение данного препарата совместно с адреналином может привести к возникновению аритмии. Следовательно, его применение допустимо в крайних случаях, когда польза от его применения превышает возможный риск для больного. Проведение инъекций осуществляется непосредственно медицинским персоналом; 5. Растворы для введения инъекций: раствор глюкозы и физраствор (хлорид натрия); 6. Сердечный гликозид немедленного действия (к примеру, Строфантин) при возникновении состояния острой сердечной недостаточности; 7. Препарат для восстановления артериального давления. При развитии анафилактического шока отмечается колебание показателей артериального давления от резкого падения до последующего подъема; 8. Расходные материалы: стерильная вата, бинт, одноразовые шприцы, лейкопластырь, медицинский спирт, катетер, жгут.   **4.АЛГОИТМ В/М ВВЕДЕНИЯ СУПРАСТИНА.**  **I. Подготовка к процедуре.**   1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. 2. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить шприц.   Проверить срок годности, герметичность упаковки.   1. **Набрать лекарственный препарат в шприц.**   ***Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.***  - Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, срок годности; убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.  - Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.  - Подпилить ампулу пилочкой. Ватным шариком, смоченным спиртом, обработать ампулу, обломить конец ампулы.  - Взять ампулу между указательным и средним пальцами, перевернув дном вверх. Ввести в нее иглу и набрать необходимое количество лекарственный препарат.  Ампулы, имеющие широкое отверстие - не переворачивать. Следить, чтобы при наборе лекарственный препарат игла все время находилась в растворе: в этом случае исключается попадание воздуха в шприц.  - Убедиться, что в шприце нет воздуха.  Если есть пузырьки воздуха на стенках цилиндра, следует слегка оттянуть поршень шприца и несколько раз «повернуть» шприц в горизонтальной плоскости. Затем следует вытеснить воздух, держа шприц над раковиной или в ампулу. Не выталкивать лекарственный препарат в воздух помещения, это опасно для здоровья.  При использовании шприца однократного применения надеть на иглу колпачок, поместить шприц с иглой ватные шарики в упаковку из-под шприца.   1. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции для избежания возможных осложнений. 2. Надеть перчатки.   **II. Выполнение процедуры**   1. Обработать место инъекции не менее чем 2 салфетками/шариками, смоченными антисептиком. 2. Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки (у ребёнка и старого человека захватите мышцу), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы. 3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем. 4. Ввести иглу быстрым движением под углом 90°на 2/3 её длины. 5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде. 6. Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу.   **III. Окончание процедуры.**  1. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным [антисептиком](https://studopedia-ru.turbopages.org/studopedia.ru/s/13_65874_vidi-i-sposobi-antiseptiki.html?parent-reqid=1605799641939986-1523910014657018460600163-production-app-host-man-web-yp-331&turbo_uid=AAA_HZo3mDH6OnwWHntVmvvWHvRY2MWn01nBys0b_E-49raFeDkemo-iBhP4BvsOxqWw-FS9jzNgm9V2yL4Ta8Zlu_c--WCJIFFRiZVyFNj9&turbo_ic=AACHofyEbiAgpbV9CSm_jx73vDKa4cY2vlWIbSYe_W_TsuCzpfBZ8fdFUm-cBItAwud03-ea76qagXx0DPrYdsJyvbRpLKNbEB_zimHxOFQY&utm_source=turbo_turbo), не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарств.  2. Подвергнуть дезинфекции расходный материал.  3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.  **ЗАДАЧА №28**  Вскоре, после внутримышечного введения пенициллина, больной пожаловался на беспокойство, чувство стеснения в груди, слабость, головокружение, тошноту. АД 80/40 мм рт. ст., пульс 120 уд/мин, слабого наполнения и напряжения.  Задания:  1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента  2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.  ОТВЕТЫ:  1.У пациента в ответ на введение пенициллина развился анафилактический шок, о чем свидетельствует появившееся беспокойство, чувство стеснения в груди, тошнота, снижение АД, тахикардия.  2.Алгоритм оказания неотложной помощи:   * Прекратить введение пенициллина; * Срочно вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи; * Уложить пациента с приподнятым ножным концом с целью притока крови к головному мозгу; * Расстегнуть стесняющую одежду и обеспечить доступ свежего воздуха; * Осуществлять контроль за состояние пациента (ад, чдд, пульс); * Положить на место инъекции пузырь со льдом и обколоть 0,1% р-ром адреналина с целью снижения скорости всасывания аллергена; * Ввести антигистаминные препараты с целью десенсибилизации (2% р-р супрастина или 2% р-р пипольфена или 1% р-р димедрола); * Приготовить потивошоковый набор; * Выполнить назначения врача. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **20.11.2020г.** | Общий руководитель Стародубец Ирина Ивановна  Непосредственный руководитель  **Учебная практика №12**  **УП №12 ТЕМА: «ИТОГОВОЕ ЗАНЯТИЕ»**  **ЗАДАЧА №2**  Пациент А., 1922 г. рождения, поступил в клинику на обследование. Предварительный диагноз Центральный рак легкого. При сестринском обследовании медицинская сестра выявила жалобы на кашель с отделением мокроты слизистого характера, резкую слабость, боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и физической нагрузке, периодическое повышение температура тела до субфебрильных цифр. Объективно: состояние пациента средней тяжести. Кожные покровы бледные. Грудная клетка обычной формы, участвует в акте дыхания. Пациент пониженного питания, температура 36,9, ЧДД 22 в минуту, пульс 92 в минуту удовлетворительных качеств, АД 120/70 мм. рт.ст. Пациент обеспокоен своим состоянием, утверждает, что мать умерла от онкозаболевания и ожидает такого же исхода. Пациенту назначено: 1.Бронхоскопия 2.Р-р анальгина 50% - 20 внутримышечно при болях 3. Анализ мокроты на атипичные клетки  Задания:  1. Определите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пациента и выявите проблемы.  2. Выявите приоритетные проблемы, поставьте цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией  **ОТВЕТЫ:**  1. У пациента нарушено удовлетворение потребностей: дышать, есть, быть здоровым, работать, в безопасности.  Проблемы пациента настоящие: кашель с отделением мокроты, резкая слабость, боль в грудной клетке, похудание, страх за свое будущее. Потенциальные: высокая степень риска из-за неустойчивости жизнедеятельности.  2. Приоритетная проблема: боль в грудной клетке  Цель - пациент отметит уменьшение боли до терпимой к концу недели  План \*Мотивация  1.М/с обеспечит пациенту удобное положение в постели  \*Для уменьшения болей  2. М/с обеспечит пациенту физический и психический покой  \*для ограничения подвижности плевральных .листков и уменьшения боли  3. М/с объяснит пациенту преимущества поверхностного дыхания и ограничения  \*Для уменьшения болей из-за ограничения подвижности плевральных .листков физической активности  4. М/с обучит пациента приемам самовнушения и релаксации в течение недели ежедневно по 15 минут  \*Для успокоения больного и адаптации к его состоянию  5. М/с обеспечит пациенту прием обезболивающих средств по назначению врача  \*Для купирования болевого синдрома  6. М/с будет следить за состоянием пациента: цвет кожных покровов, температура, пульс, чдд, АД, мокрота  \*Для контроля за динамикой заболевания и профилактики развития осложнений  Оценка эффективности: пациент отметил уменьшение болей в грудной клетке до терпимых. Цель достигнута  **ЗАДАЧА №4**  У пациента, находящегося на стационарном лечении с диагнозом бронхоэктатическая болезнь, внезапно при кашле появилась алая кровь с примесью пузырьков воздуха. Объективно: больной бледен, пульс частый, слабого наполнения, П О уд/мин, АД 90/70 мм рт. ст., он беспокоен, выражает чувство страха смерти.  Задания:  1. Определите и обоснуйте неотложное состояние, развившееся у пациента.  2. Составьте алгоритм неотложной помощи с аргументацией каждого этапа.  **ОТВЕТЫ:**  1. У пациента развилось легочное кровотечение на фоне бронхоэктатической болезни.  При кашле появилась алая кровь с пузырьками воздуха.  2. Алгоритм оказания неотложной помощи:   * Вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи; * Придать больному возвышенное положение с целью профилактики аспирации крови в дыхательные пути, * Обеспечить полный физический покой, снять волнение и психическое напряжение создания эмоционального комфорта; * Положить пузырь со льдом на грудную клетку, давать глотать кусочки льда с целью сужения сосудов и уменьшения их кровенаполнения; * Обеспечить контроль за состоянием пациента (ад, чдд, пульс); * Приготовить к приходу врача для оказания неотложной помощи: шприцы; кровоостанавливающие препараты (10% р-р хлорида кальция, 5% р-р аминокапроновой кислоты, 1% р-р викасола); * Выполнить назначения врача.   **ЗАДАЧА № 6**  Пациент 17 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом: ревматизм, активная фаза. Ревматический полиартрит. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на повышение температуры до 37,8°С, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах, которые носят летучий характер, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с 7 перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Границы сердца не увеличены, тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД=Т 10/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Пациенту назначено: строгий постельный режим, диета № 10; общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови; ЭКГ; индометацин по 1 табл. 3 раза в день; ампициллин по 0,5 4 раза в день в/м; витамины B1 6%-1,0 п/к; витамины Вб 5%—1,0 п/к; аскорбиновая кислота по 1 таблетке 3 раза в день.  Задания:  1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено; сформулируйте проблемы пациента.  2. Составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.  **ОТВЕТЫ:** 1.Нарушены потребности: есть, пить, поддерживать нормальную температуру тела, быть здоровым, двигаться, общаться, учиться.  Проблемы пациента: настоящие: боли в суставе; лихорадка; неприятные ощущения в области сердца; снижение аппетита; слабость; плохой сон;  потенциальные: формирование порока сердца; риск развития ревмокардита; сердечная недостаточность.  Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.  2. Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к концу 7-го дня стационарного лечения.  Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.  СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА:  План \*Мотивация  1. Обеспечить лечебно-охранный режим пациенту  \*Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания  2. Укрыть теплым одеялом, обеспечить его теплом  \*Для снятия болей  3. Обеспечить пациенту обильное, витаминизированное питье (2-2,5 л)  \*Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма  4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача  \*Для снятия воспаления  5. Следить за диурезом пациента  \*Для контроля водно-электролитического баланса  6. Следить за деятельностью кишечника  \*Для профилактики запоров  7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента  \*Для ранней диагностики возможных осложнений  8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с диетой № 10  \*Для уменьшения задержки жидкости в организме  9. Выполнять назначение врача  \*Для эффективного лечения  Оценка пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знание по профилактике ревматизма. Цель достигнута.  **ЗАДАЧА №10**  Пациент 60 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом - ИБС. Постинфарктный кардиосклероз II стадии. При сборе данных о пациенте медсестра получила следующие данные: жалобы на отеки на нижних конечностях, увеличение в размере живота, сердцебиение, слабость, незначительную одышку в покое. Болеет около 2 лет, когда после перенесенного инфаркта миокарда появилась одышка, отеки, боли в правом подреберье. Тревожен, на контакт идет с трудом, выражает опасения за свое будущее. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, положение в постели вынужденное - ортопное. Кожные покровы цианотичные, чистые. Отеки на стопах и голенях, ЧДД 22 в минуту, пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств, АД 140/90 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме, болезненный в правом подреберье. Пациенту назначено: 1. Диета № 10 2. Постельный режим. 3. Учет суточного диуреза 4. Контроль пульса и АД 5. Взвешивание  Задания:  1.Выявите удовлетворение каких потребностей нарушено, определите проблемы пациента.  2. Поставьте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.  **ОТВЕТЫ:**  1. Нарушено удовлетворение потребностей: дышать, есть, пить, выделять, работать, отдыхать, избегать опасности  Проблемы пациента настоящие:  • задержка жидкости (отеки, асцит)  • сердцебиение  • слабость  • одышка в покое  • беспокойство по поводу исхода заболевания  потенциальные:  • риск развития пролежней  • риск развития трофических язв  • риск летального исхода  Из данных проблем приоритетной является - задержка жидкости (отеки, асцит)  Приоритетная проблема пациента - задержка жидкости (отеки, асцит) Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение отеков на нижних конечностях и размеры живота к концу недели  Долгосрочная цель: пациент демонстрирует знания о диете, подсчете суточного диуреза к моменту выписки.  План \*Мотивация  1. М/с обеспечит строгое соблюдение диеты № 10 с ограничением соли и жидкости (суточный диурез + 400 мл)  \*для уменьшения отеков  2. М/с обеспечит взвешивание пациента 1 раз в 3 дня  \*для контроля уменьшения задержки жидкости в организме  3. М/с обеспечит контроль суточного диуреза  \*для контроля отрицательного водного баланса  4. М/с обеспечит доступ свежего воздуха путем проветривания палаты по 20 минут 3 раза в день  \*для обогащения воздуха кислородом  5. М/с проведет оксигенотерапию 3 раза в день по 30 минут  \*для уменьшения гипоксии  6. М/с обеспечит уход за кожей и слизистыми  \*для профилактики пролежней  7. М/с проведет беседу с пациентом и его родственниками о необходимости соблюдения диеты, контроля суточного диуреза, подсчету пульса, постоянного приема лекарственных препаратов  \*для предупреждения ухудшения состояния пациента и возникновения осложнений  8. М/с будет наблюдать за внешним видом, пульсом, АД больного  \*для контроля за состоянием больного и возможного ухудшения состояния  9. М/с будет выполнять назначения врача  Оценка: пациент отмечает исчезновение отеков, уменьшение размеров живота, демонстрирует знания о диете, контроле суточного диуреза, подсчета пульса.  **ТЕСТЫ**  **ТЕМА: СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В ПУЛЬМОНОЛОГИИ**  1в 2г 3а 4г 5а 6г 7б 8а 9в 10а 11а 12г 13г 14б 15б 16в 17в 18г 19в 20в 21в 22г 23в 24г 25б 26г 27г 28в 29б 30г 31б 32а 33а 34а 35г 36г 37г 38б 39в 40г 41б 42б 43в 44б 45а 46б 47г 48г 49а 50а 51б 52а 53б 54в 55б 56г 57в 58а 59в 60б 61б 62г 63б 64в 65а 66а 67б 68б 69г 70б 71г 72в 73в 74г 75в 76г 77г 78г 79г 80г 81г 82а 83г 84а 85г 86а 87в 88г 89г 90г 91а 92в 93а 94г 95г 96б 97г 98г 99г 100б  **ТЕМА: СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В НЕФРОЛОГИИ**  1а 2б 3в 4в 5г 6б 7г 8г 9г 10а 11а 12а 13б 14г 15в 16а 17а 18б 19в 20г 21в 22г 23г 24г 25б 26г 27в 28б 29г 30в 31а 32г 33а 34б 35а 36а 37г 38б 39г 40а 41б 42б 43г 44в 45б 46г 47а 48г 49в 50в 51г 52а 53в 54в 55г 56а 57в 58в 59б 60г 61б 62г 63г 64а 65а 66б 67а 68б 69г 70г |  |  |

**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 больногочерез 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:

Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления, Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария, Кормление больного через зонд, Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария, Мытье рук, надевание и снятие перчаток, Заполнение медицинской документации, Проведение проветривания и кварцевания, Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима, Оценка клинических анализов крови и мочи, Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований, Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь, Проведение ингаляций, Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки, Разведение и введение антибиотиков,Забор крови для биохимического исследования, Смена постельного белья, Проведение фракционного желудочного зондирования, Проведение фракционного дуоденального зондирования, Проведение катетеризации мочевого пузыря,Обучение пациента правилам пользования карманным ингалятором, Обучение пациента правилам пользования глюкометром,Ведение карты сестринского процесса

Я хорошо овладел(ла) умениями

Сбор сведений о больном пациенте, Оценка тяжести состояния пациента, выявление проблем больного, Оценка клинических анализов крови и мочи, Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований, Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь, Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки, Разведение и введение антибиотиков, Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. Забор крови для биохимического исследования, Промывание желудка Подача кислорода через маску и носовой катетер, Проведение катетеризации мочевого пузыря, Подготовка к проведению стернальной пункции, Подготовка к проведению плевральной пункции, Ведение карты сестринского процесса.

Особенно понравилось при прохождении практики

Сбор сведений о больном пациенте, Оценка тяжести состояния пациента, выявление проблем больного, Кормление больногочерез зонд, Заполнение медицинской документации, Проведение проветривания и кварцевания, Оценка клинических анализов крови и мочи, Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки, Ведение карты сестринского процесса

Недостаточно освоены -

Замечания и предложения по прохождению практики замечаний нет

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

подпись (расшифровка)