Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

# **Д Н Е В Н И К**

## Производственной практики по профессиональному модулю:

«Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Междисциплинарный курс «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях»

Дисциплина «Сестринский уход за больными детьми различного возраста»

студента (ки) 3 курса 308 группы

специальности 34.02.01.Сестринское дело

Ооржак Буяна Васильевна

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

База производственной практики:

Руководители практики:

Общий руководитель:

Непосредственный руководитель:

Методический руководитель: Филенкова Надежда Леонидовна

**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 выполненной работы;
7. Манипуляционный лист;
8. Отчет.

**Цель и задачи прохождения производственной практики**

**Цель** производственной практики «Сестринский уход за больными детьми различного возраста» состоит в закреплении практических умений и приобретении практического опыта по участию в лечебно-диагностическом процессе и последующего освоения общих и профессиональных компетенций по избранной специальности.

**Задачи:**

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

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

**Практический опыт:**

ПО 1 осуществления ухода за детьми при различных заболеваниях и состояниях;

ПО 2 проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов детского возраста с различной патологией;

**Умения:**

У 1 готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

У 2 осуществлять сестринский уход за детьми при различных заболеваниях и состояниях;

У 3 консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

У 4 осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях стационара;

У 5 осуществлять фармакотерапию по назначению врача;

У 6 проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

У 7 проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

У 8 вести утвержденную медицинскую документацию.

**Знания:**

З 1 причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента;

З 2 организацию и оказание сестринской помощи;

З 3 пути введения лекарственных препаратов;

З 4 виды, формы и методы реабилитации;

З 5 правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

**Объем производственной практики и тематический план**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов и тем практики** | **Всего часов** |
|
|
| 1. | Сестринский уход за детьми раннего возраста (отделения: патологии новорожденных, выхаживания недоношенных, патологии раннего возраста) | 36 |
| 2. | Сестринский уход за больными детьми старшего возраста (пульмонологическое, гастроэндокринное, онкогематологическое, кардионефрологическое отделения)  | 36 |
| 3. | **Итого** | **72** |
| **Вид промежуточной аттестации** | Дифференцированный зачет | **6****(из общего количества)** |

**Инструктаж по технике безопасности**

**1.Перед началом работы в отделении стационара или поликлиники необходимо переодеться.**

Форма одежды: медицинский халат, медицинская шапочка, медицинская маска, сменная обувь (моющаяся и на устойчивом каблуке), при необходимости сменная хлопчатобумажная одежда (при работе в оперблоке, блоке интенсивной терапии, в реанимационном и хирургическом отделении). Ногти должны быть коротко острижены, волосы убраны под шапочку, украшения не должны касаться одежды. Кроме того, украшения запрещается носить в учреждениях педиатрического профиля. При повреждении кожи рук, места повреждений должны быть закрыты лейкопластырем или повязкой.

**2. Требования безопасности во время работы:**

1.Всех пациентов необходимо рассматривать как потенциально инфицированных ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передающимися через кровь. Следует помнить и применять правила безопасности для защиты кожи и слизистых при контакте с кровью и жидкими выделениями любого пациента.

2. Необходимо мыть руки до и после любого контакта с пациентом.

3.Работать с кровью и жидкими выделениями всех пациентов только в перчатках.

4.Сразу после проведения инвазивных манипуляций дезинфицировать инструменты, приборы, материалы в соответствии с требованиями санитарно-противоэпидемического режима. Не производить никакие манипуляции с использованными иглами и другими режущими и колющими инструментами, сразу после использования – дезинфицировать их.

5. Пользоваться средствами защиты глаз и масками для предотвращения попадания брызг крови и жидких выделений в лицо (во время хирургических операций, манипуляций, катетеризаций и других лечебных процедур).

6. Рассматривать всё бельё, загрязнённое кровью или другими жидкими выделениями пациентов, как потенциально инфицированное.

7. Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированные. Транспортировку биоматериала осуществлять в специальных контейнерах.

8. Разборку, мойку и полоскание инструментов, лабораторной посуды и всего, соприкасавшегося с кровью или другими жидкими выделениями пациента проводить только после дезинфекции, в перчатках.

9. В рабочих помещениях, где существует риск инфицирования, запрещено есть, пить, курить, наносить косметику и брать в руки контактные линзы.

10. Пользоваться электроприборами и оборудованием разрешается только после дополнительного инструктажа по технике безопасности на рабочем месте, под руководством непосредственного руководителя практики и при условии полной исправности приборов. В случае обнаружения любых неисправностей необходимо срочно сообщить непосредственному руководителю практики, не предпринимая попыток устранить неисправность.

11. Необходимо использовать индивидуальные средства защиты при работе с дезинфицирующими и моющими средствами (перчатки, халат, маска, респиратор при необходимости, очки).

12. Соблюдать универсальные меры предосторожности при работе с бьющимися острыми и режущими предметами.

13. Соблюдать правильную биомеханику тела для предотвращения травм опорно-двигательного аппарата при транспортировке пациентов и уходе за ними.

**3. Требования безопасности по окончании работы:**

1. Использованные перчатки подлежат дезинфекции перед утилизацией.

2. Сменная рабочая одежда подвергается старке централизованно. Не допускать стирку в домашних условиях.

3. Сменная обувь обрабатывается дезинфицирующим средством, после окончания работы необходимо принять гигиенический душ.

**4. В случаях порезов, уколов:**

1. Немедленно снять перчатки

2. Вымыть руки с мылом под проточной водой

3. Обработать руки 70%спиртом

4. Смазать рану 5%-м спиртовым раствором йода

**5. При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы:**

1. Обработать70% спиртом кожу в том месте, куда попала кровь

2. Обмыть водой с мылом

3. Повторно обработать 70% спиртом

4.При попадании крови или других биологических жидкостей на слизистую глаза, носа, рта:

1. Ротовую полость прополоскать большим количеством воды

2. Прополоскать рот 70%раствором этилового спирта

3. Слизистую оболочку носа и глаза обильно промыть водой (не тереть)

5.При попадании крови или других биологических жидкостей пациента на халат, одежду.

Подпись проводившего инструктаж: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать ЛПУ

Подпись студента: \_Ооржак\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 21.05.2020 | **Отделение патологии новорожденных (раннего возраста)**Сегодня первый день производственной практики по дисциплине «Сестринский уход за больными детьми различного возраста». Приступила к практике в 8−00 часов. Предварительно переоделась в медицинский халат, сменную обувь, колпак и маску. Обработала руки на гигиеническом уровне. Старшая медицинская сестра провела инструктаж по технике безопасности, ознакомила со структурой больницы, познакомила с коллективом и рассказала о графике прохождения практики. **1.** **Пеленание новорожденного.**Цель: - создание ребенку максимального комфорта.Оснащение: - фланелевая и тонкая пеленка;- подгузник или памперс;- пеленальный стол, резиновые перчатки;- емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.Обязательные условия:- использовать метод свободного пеленания (оставляется небольшое пространство в пеленках для свободного движения ребенка);- шапочку надевать при температуре в комнате 220С;- правильная фиксация пеленок (замочек расположен спереди). **Этапы****Подготовка к процедуре**1. Пеленальный столик. Подготовить необходимое оснащение. 2. Отрегулировать t воды в кране, проверить её запястьем. вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 3. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором.4. Уложить на пеленальном столике пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая пеленка, тонкая пеленка, подгузник или памперс).5. Распеленать ребенка в кроватке (при необходимости подмыть и осушить пеленкой), положить на пеленальный столик.**Выполнение процедуры**Надеть подгузник, для этого:а) уложить ребенка на пеленки так, чтобы широкое основание подгузника приходилось на область поясницы;б) провести нижний угол подгузника между ножками малыша;в) обернуть боковые концы подгузника вокруг тела.*Примечание:* подгузник можно заменить памперсом.Завернуть ребенка в тонкую пеленку:а) расположить ребенка на тонкой пеленке так, чтобы верхний её край был на уровне шеи;б) одним краем пеленки накрыть плечо ребенка и провести пеленку под другую ручку и между ножек;в) другим краем накрыть и зафиксировать второе плечо;г) подвернуть нижний край пеленки так, чтобы оставалось свободное пространство для движения ножек ребенка;**Завершение процедуры**1. Уложить ребенка в кроватку.2. Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки, вымыть и осушить руки.**2. Обработка кувез.**Дезинфекцию кувезов проводят дезинфицирующими средствами,в инструкциях по применению которых есть рекомендации пообеззараживанию кувезов.Для дезинфекции кувезов не допускается применениехлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.Дезинфекцию наружных поверхностей кувезов с целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезовпроводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.Обработку кувезов проводят после перевода новорожденногоили не реже 1 раза в 7 дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретной модели. Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувеза, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух. Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения. После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100 - 150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованного для конкретного используемого средства. Закончив обработку, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.* Принципы выхаживания недоношенных детей:

**I этап** − палата недоношенных в роддоме. Цель: сохранение жизни новорожденных. **II этап** − стационар, отделение патологии новорожденных. Цель: проведение лечебно-реабилитационных мероприятий. **III этап** − детская поликлиника. Цель: доведение ребенка до уровня развития доношенных сверстников.* Основные принципы ухода за недоношенными новорожденными:

1. Профилактика заболеваний инфекционного (асептика и антисептика) и неинфекционного характера (бережный, щадящий уход). 2.Дополнительный его обогрев с момента рождения. 3.Транспортировка из родильного зала осуществляется только в кувезе. 4. Обеспечение комфортной окружающей среды, которая в определенной степени имитирует внутриматочные условия не только микроклимат, но и позу. * Тепловой режим – Система терморегуляции у недоношенных детей крайне несовершенна: они быстро охлаждаются и также быстро перегреваются. Температура тела у них целиком зависит от температуры окружающего воздуха, и только создание индивидуального микроклимата позволяет поддерживать ее на нормальном уровне.
* В кувезе поддерживается оптимальная температура и влажность:

1.Температура в кузове для детей с массой тела 1200- 1500 г. равна 32-33°С, более 1500 г. - 31 -32°С. Для контроля за температурой тела ее измеряют каждые 3-4 часа в течение всего пребывания ребенка в кувезе.2.Влажность в первые трое суток должна быть максимальной (90-100%), затем постепенно снижается до 60-65%.3.Подключение в кувез кислорода и длительность его применения зависят от состояния ребенка, степени недоношенности и синдрома дыхательных расстройств.4.При выживании детей в кувезе необходимо строго соблюдать санитарно-гигиенический режим. Через каждые 2-3 дня проводится дезинфекция. Дети с малой степенью недоношенности находятся в кувезе 2-4 дня или несколько часов, глубоко недоношенные дети с массой 1500г.- 8-14 дней, а с массой 1750г. - 7-8 дней.* Особенности ухода за глубоко недоношенными детьми:

1. обеспечение комфортной окружающей среды 2. Соблюдение асептики и антисептики (сан- эпид режим) 3. Обеспечение повышенной концентрации кислорода (ИВЛ или СДППД) 4. Смена положения каждые 3 часа 5. Щадящий уход за кожей 6. Парентеральный или энтеральный тип питания* Рекомендации по уходу за кожей

1. Смазывание: сухая, немного шелушащаяся кожа приемлема и нормальна для новорожденного, смягчающие средства используются если кожа слишком сухая и трескается 2. Антимикробная обработка кожи: использовать раствор повидон-йод перед любой инвазивной процедурой, которая повреждает поверхность кожи, дать высохнуть в течение 60 секунд перед пункцией, затем тщательно смыть стерильной водой; 70% спирт используется только у доношенных детей 3. Прозрачные пластыри (opsite, tegaderm): использовать для закрепления внутривенных катетеров, для защиты кожи, склонной к опрелостямТак же медсестра так же осуществлять влажную уборку (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание.Выполнить назначения врача. Контроль пульса, чдд, чсс, tº. Проводить туалет кожи, слизистых оболочек носоглотки, глаз.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Пеленание новорожденного | 1 |
|  | Работа с кувезом | 1 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 22.05.2020 | Сегодня второй день практики. В течении практики выполнила /повторила манипуляции: **1.** **Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка.**Показания: «открытая» пупочная ранка.Оснащение: - стерильные ватные шарики;- лоток для обработанного материала;- 3%р-р перекиси водорода;- 70%этиловый спирт;- 5%р-р перманганата калия (в условиях стационара);- 1%р-р бриллиантовой зеленки (в домашних условиях);- стерильная пипетка;- набор для пеленания, приготовленный на пеленальном столике;- резиновые перчатки;- емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.Обязательные условия: -при обработке пупочной ранки обязательно растягивать её края ( даже при образовавшейся корочке).

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **Подготовка к процедуре** |
| Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  | Обеспечение правильного ежедневного ухода за ребенком. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующимраствором и постелить на него пеленку. | Обеспечение инфекционной безопасности |
| Уложить ребенка на пеленальном столе. | Наиболее удобное положение ребенка. |
| **Выполнение процедуры** |
| Хорошо растянуть края пупочной ранки указательным и большим пальцами левой руки. | Обеспечение максимального доступа к пупочной ранке. |
| Капнуть из пипетки в ранку 1-2 капли 3% раствора перекиси водорода, удалить образовавшуюся в ранке «пену» и корочку стерильной ватной палочкой (сбросить палочку в лоток). | Достижение механического очищения пупочной ранки. |
| Сохраняя растянутыми края пупочной ранки, обработать её стерильной ватной палочкой,смоченной 70% этиловым спиртом, движением изнутри к наружи (сбросить палочку в лоток).Обработать кожу вокруг ранки этиловым спиртом с помощью ватной палочки движениями от центра к периферии (сбросить палочку в лоток). | Обеспечение дезинфицирующего и подсушивающего эффекта. Обработка движениями изнутри к наружи или от центра к периферии предупреждает занос инфекции в пупочную ранку. |
| Обработать (по необходимости) пупочную ранку (не затрагивая вокруг ранки) 5%раствором перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантовой зелени с помощью ватной палочки(сбросить палочку в лоток). | Обеспечение дезинфицирующего и подсушивающего эффекта«крепкий» раствор перманганата калия можетвызвать ожог кожи. |
| **Завершение процедуры** |
| Запеленать ребенка и положить в кроватку. | Обеспечение безопасности ребенка. |
| Убрать пеленку с пеленального стола и поместить её в мешок для грязного белья. Использованные палочки замочить в дез. растворе. Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки, вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |

**2.** **Проведение контрольного взвешивания.**Цель: - определить среднее количество молока, получаемого ребенком при кормлении грудью.Оснащение: - набор для пеленания с памперсом;- набор для подготовки матери к кормлению;- чашечные весы;- дезинфицирующий раствор, ветошь, бумага, ручка.Обязательное условие:- в течение суток необходимо провести минимум 3 контрольных кормления (утром, днем и вечером), так как в различное время суток у матери разное количество молока.

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **Подготовка к процедуре** |
| Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  | Обеспечение права матери на информацию. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Надеть на ребенка памперс и запеленать. | При использовании памперса исключаются погрешности в полученных данных.  |
| Подготовить мать к кормлению. | Исключение инфицирования ребенка во время кормления, создание комфортных условий для проведения кормления. |
| Обработать весы дезинфицирующим раствором и подготовить их к работе. | Ребенка необходимо обложить с трех сторон. |
| **Выполнение процедуры** |
| Взвесить ребенка и зафиксировать полученную массу. | Регистрация исходного веса ребенка. |
| Передать ребенка матери для кормления грудью втечение 20минут. | Достаточное время для всасывания ребенком необходимой дозы молока и удовлетворения сосательного рефлекса. |
| Повторно взвесить ребенка ( не меняя пеленок в случае мочеиспускания и дефекации) и зафиксировать результат. Определить разницу полученных данных ( при взвешивании ребенка до и после кормления). | Определение количества высосанного ребенком молока. |
| **Завершение процедуры** |
| Передать ребенка маме или положить в кроватку. | Обеспечение безопасности ребенка. |
| Протереть весы дезинфицирующим раствором, снять перчатки. Вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Рассчитать необходимое ребенку количество молокана одно кормление( объемный или калорийный метод). | Необходимое кол-во молока зависит от возраста и массы тела ребенка. |
| Оценить соответствие фактически высосанного молока ребенком долженствующему количеству. | Оценивается степень процесса лактации у матери. Решается вопрос о дальнейшем виде вскармливания малыша. |

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТРОФИИ.Лечение гипотрофии: 1. Выявление причины, ее устранение или коррекция. 2. Диетотерапия. 3. Организация рационального режима, воспитания, ухода, массажа, гимнастики. 4. Ферментно - витаминная терапия. Основы организации диеты при гипотрофии: – Диетотерапия – 2-х фазное питание: 1 фаза – выяснение толерантности к пище; 2 фаза – усиленное питание.Основные принципы диетотерапии: • использование на начальных этапах легко усвояемой пищи (грудное молоо), если искусственник, то адаптированные кисломолочные смеси. • более частые кормления; • принцип адекватного систематического контроля питания – подсчет количества БЖУ, наблюдение за весовой кривой, сахарной кривой, подсчет диуреза. Суточный объем пищи в периоде толерантности равен при 1 стадии – суточный объем рассчитывается на фактическую массу (1-3дня), при 2 стадии – суточный объем равен 2/3 объема на долженствующую массу (3-5дней), при 3стадии – суточный объем равен 1/2, объема на долженствующую массу 68 (7-10дней). Недостающий объем добавляем жидкостью: травяные чаи, настой шиповника, отвары. Постепенно увеличиваем объем до нормального, при этом корригируя питание по БЖУ. При 1 стадии – можно быстро, на 1кг должной массы; при 2стадии – белки и углеводы рассчитываются на 1кг должной массы тела, а жиры на 1кг фактической массы; при 3стадии – белки и углеводы рассчитываются на 1кг приблизительно должной массы (фактическая масса + 20% от фактической массы), жиры – на фактическую массу. • Коррекция по белкам проводится кефиром, творогом, белковым молоком, желтком, мясом, применяется смесь “Энпит”- белковый. • Для коррекции по углеводам применяются: фруктовые соки, сахарный сироп, овощные и фруктовые пюре, кисели, каши. • Для коррекции по жирам используются: сливки, сливочное и растительное масла, смесь “Энпит жировой”. Критерии эффективности диетотерапии: 1. Улучшение эмоционального тонуса. 2. Нормализация аппетита. 3. Улучшение состояния кожных покровов и тургора тканей. 4. Ежедневная прибавка массы по 25-30гр. 5. Восстановление утерянных навыков и психомоторного развития. 6. Для улучшения микрофлоры кишечника и переваривания пищи рекомендуется использовать биологически активные добавки. Стандартный базисный уход при гипотрофии и меры профилактики. При I степени ребенок может находиться дома, если нет сопутствующих заболеваний и возможен адекватный уход. При II и III степени показана госпитализация. Ребенок должен находиться в светлой, хорошо проветриваемой палате, с температурой воздуха не менее 24ºС. Прогулки разрешаются при температуре воздуха не ниже -5ºС. Во время прогулок ребенок должен находиться на руках, в холодное время года необходимо к ногам прикладывать грелку. Гигиенические ванны с температурой воды +38ºС, массаж, гимнастика, стимулирующая терапия.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | 1 |
|  | Проведение контрольного взвешивания. | 1 |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 23.05.2020 | Третий день практики сестринский уход за детьми раннего возраста. В течении практики выполнила /повторила манипуляции:  **1. Утренний туалет новорожденного и грудного ребенка (в условиях стационара).**Показания:* соблюдение гигиены тела;
* обеспечение универсальной потребности ребенка «быть чистым»;
* формирование навыков чистоплотности.

Оснащение:* стерильные ватные шарики и жгутики;
* стерильное растительное масло;
* раствор фурациллина 1:5000;
* шпатель, пинцет;
* 2% таниновая мазь;
* лоток для стерильного материала;
* лоток для обработанного материала;
* чистый набор для пеленания или одежда, расположенная на пеленальном столике;
* дезинфицирующий раствор, ветошь;
* мешок для грязного белья;
* резиновые перчатки и фартук.

Подготовка к процедуре:1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором и постелить на него пеленку.
4. Раздеть ребенка (при необходимости подмыть) и положить на пеленальный столик. Сбросить использованную одежду в мешок для грязного белья.

Выполнение процедуры:1. Обработать ребенка ватными шариками, смоченными в растворе фурациллина от наружного угла глаза к внутреннему (для каждого глаза использовать отдельный тампон).
2. Умыть ребенка тампоном, смоченным раствором фурациллина в следующей последовательности: лоб, щеки, кожа вокруг рта.
3. Почистить носовые ходы тугими ватными жгутиками, смоченными в растительном масле, вводя в каждый носовой ход отдельный жгутик вращательными движениями.
4. При необходимости уши ребенка прочистить сухими ватными жгутиками (для каждого ушка отдельный жгутик).
5. Открыть рот ребенка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую рта.
6. Обработать естественные складки кожи ватными тампонами, смоченными в стерильном масле, меняя их по мере необходимости.
7. Обработк проводить в следующей последовательности:

за ушами – шейные – подмышечные - локтевые - лучезапястные и ладонные – подколенные - голеностопные – паховые - ягодичные.Примечание: минимальный расход шариков - два: на верхнюю и нижнюю половину туловища.**2. Кормление новорожденных из рожка**Цель: * обеспечить ребенку полноценное питание.

Оснащение:* косынка;
* марлевая повязка;
* мерная бутылочка (рожок);
* стерильная соска;
* необходимое количество молочной смеси на одно кормление
* (или другой пищи температурой 36-37град.);
* толстая игла для прокалывания соска;
* емкости с 2%раствором соды для обработки сосков и бутылочек.

Подготовка к процедуре:1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Вымыть и высушить руки, надеть косынку, подготовить ребенка к кормлению.
4. Залить в рожок необходимое количество свежеприготовленной смеси (молока).
5. Если соска новая, проколоть в ней отверстие раскаленной иглой.
6. Надеть соску на бутылочку, проверить скорость истекания смеси и её температуру, капнув на тыльную поверхность своего предплечья.

Выполнение процедуры:1. Расположить ребенка на руках, с возвышенным головным концом.
2. Покормить малыша, следя за тем, чтобы во время кормления горлышко бутылки было постоянно и полностью заполнено смесью.

Завершение процедуры:1. Подержать ребенка в вертикальном положении 2-5мин
2. Положить ребенка в кроватку на бок (или повернуть голову на бок).

Снять с бутылочки соску, промыть соску и рожок под проточной водой, а затем замочить в 2% растворе соды на 15-20минут, прокипятить в дистиллированной воде 30мин или стерилизовать в сухожаровом шкафу при t-180град 60 минут. Слить из бутылочки воду и хранить её в закрытой емкости.РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАХИТА.Лечение: - комплексное: неспецифические мероприятия, направленные на нормализацию обменных процессов в организме ребенка и повышение его резистентности.- специфическая терапия.Неспецифическая терапия **1**. Коррекция питания: грудное вскармливание. I прикорм - овощной вводится на 1 месяц раньше.II прикорм - гречневая или овсяная каша, на овощном отваре, ранее обычного вводят желток и творог. С 5 месяцев пюре из печени и мяса, вместо питья дают овощные и фруктовые отвары, соки. **2**. Достаточное пребывание ребенка на свежем воздухе, воздушные ванны, двигательный режим, массаж, гимнастика. **3.** Лечебные ванны.Специфическая терапия: Витамин D ежедневно в течение 30 – 45 дней в суточной дозе 2000 – 5000МЕ. Затем применяют профилактическую дозу – 500МЕ 2 года и 1 год - зимой - Препараты кальция и фосфора (глицерофосфат или глюконат кальция), - Магний содержащие препараты ("Аспаркам", "Панангин"). - Витамины группы В, С, А, Е. - Цитратная смесь или сок лимона.**Профилактика рахита.**Профилактика включает мероприятия: • неспецифические; • специфические мероприятия;Профилактика делится на: • антенатальную (дородовую); • постнатальную (послеродовую). Антентальная неспецифическая – прогулки на свежем воздухе, активный двигательный режим, рациональное питание, профилактика и лечение заболеваний, гестозов и невынашивания, ежедневный прием поливитаминных препаратов. "Ундевит","Аэровит" и др. Специфическая – профилактика витамином D. Здоровым женщинам проводится с 28—32-й недели беременности в дозе 500 МЕ в сутки. Для этого применяется масляный раствор эргокальциферола (витамин Д2) в капсулах или в виде драже в течение 6—8 недель, исключая летние месяцы года В зимний и весенний периоды года вместо препаратов витамина D беременным женщинам можно провести 15 – 20 сеансов ультрафиолетового облучения. В качестве поливитаминного препарата, включающего и витамин Д можно применять комплекс «Гендвит», «Матерна», «Прегнавит», созданые специально для беременных. Постнатальная неспецифическая профилактика – начинается с первых дней жизни ребенка и включает: правильный уход за ребенком; рациональное питание кормящей женщины с ежедневным приемом поливитаминных препаратов; грудное вскармливание; своевременное введение корригирующих добавок и прикормов; правильную организацию смешанного и искусственного вскармливания при недостаточном количестве или отсутствии грудного молока, закаливающие процедуры, гимнастика, массаж, активный двигательный режим. Специфическая профилактика у доношенных детей проводится с 3 – 4 - недельного возраста. Витамин D назначается в суточной дозе по 500 МЕ в течение 1 -го и 2-го года жизни в осенний, зимний и весенний периоды. Ввиду достаточной инсоляции с июня по сентябрь специфическая профилактика витамином D не проводится. Если ребенок родился в мае или летом, профилактика на 1-м году жизни начинается осенью в сентябре и продолжается до летнего периода. При вскармливании адаптированными молочными смесями, содержащими витамин D, профилактическая доза назначается с учетом количества витамина D, находящегося в молочной смеси, до суммарной дозы 400—500 МЕ в день. Детям из группы риска (недоношенные, часто болеющие, страдающие аллергическим диатезом, хроническими заболеваниями печени, получающие противосудорожную терапию и др.) доза витамина D подбирается индивидуально. Для специфической профилактики как более физиологический способ может использоваться общее ультрафиолетовое облучение кожи. В осеннее и зимнее время проводится два курса облучения по 10—15 сеансов. Между курсами УФО применяется витамин Д.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Утренний туалет новорожденного и грудного ребенка (в условиях стационара). | 1 |
|  | Кормление новорожденных из рожка | 1 |
|  |  |  |

 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 25.05.2020 | Четвертый день производственной практики, уход за детьми раннего возраста. В течении практики выполнила /повторила манипуляции: **1.** **Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку.*** **Гигиеническая ванна (для грудного ребенка).**

Оснащение:Ванночка для купания, пеленка для ванны, кувшин для воды, водный термометр, махровая (фланелевая) рукавичка, детское мыло (шампунь), махровое полотенце, стерильное растительное масло (присыпка), чистый набор для пеленания (одежда), расположенные на пеленальном столике, дезинфицирующий раствор, ветошь.Обязательные условия:1. первую гигиеническую ванну проводить через день после отпадения пуповины;
2. не купать сразу после кормления;
3. при купании обеспечить t в комнате 22-24 °С.

**Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Поставить ванночку в устойчивое положение.
4. Обработать внутреннюю поверхность ванночки дезинфицирующим раствором.
5. Вымыть ванночку щеткой и сполоснуть кипятком.
6. Протереть пеленальный столик дезинфицирующим раствором и приготовить на нем пеленки.
7. Положить на дно ванночки пеленку, сложенную в несколько слоев ( края пеленки не должны заходить на боковые стенки ванночки).
8. Положить в ванну водный термометр.
9. Наполнить ванну водой на ½ или 1/3 t воды 36-370С.

*Примечание:* при заполнении ванны водой чередовать холодную и горячую воду, при необходимости добавить несколько капель 5% раствора перманганата калия до бледно-розового окрашивания воды.1. Набрать из ванны воду в кувшин для ополаскивания ребенка.
2. Раздеть ребенка при необходимости подмыть проточной водой.

**Выполнение процедуры**1. Взять ребенка на руки, поддерживая левой рукой спину и затылок, правой - ягодицы и бедра.
2. Медленно погрузить малыша в воду (сначала ножки и ягодицы, затем-верхнюю половину туловища).
3. Вода должна доходить до уровня сосков ребенка, верхняя часть груди остается открытой.
4. Освободить руку, продолжая левой поддерживать голову и верхнюю половину туловища ребенка.
5. Надеть на свободную руку рукавичку, помыть ребенка в следующей последовательности: голова (от лба к затылку) – шея – туловище - конечности (особенно тщательно промыть естественные складки кожи).
6. Последними обмыть половые органы, межъягодичную область.
7. Снять рукавичку.
8. Приподнять ребенка над водой и перевернуть ребенка вниз лицом.
9. Ополоснуть малыша водой из кувшина (желательно иметь помощника).
10. Накинув полотенце, положить ребенка на пеленальный столик.
11. Осушить кожные покровы промокательными движениями.

**Заключительный этап**1. Обработать естественные складки кожи стерильным растительным маслом.
2. Одеть ребенка и уложить в кроватку.
3. Использованные пеленки, «рукавичку» поместить в мешок для грязного белья ( рукавичку прокипятить).
4. Слить воду из ванны.
5. Обработать внутреннюю поверхность ванны и рабочую поверхность пеленального стола дезраствором.
6. Вымыть и осушить руки.
* **Лечебной ванны грудному ребенку.**

Показания: - рахит; - аномалии конституции.Оснащение: - ванночка для купания; - пеленка для ванны; - лечебное средство; - водный термометр; - махровая (фланелевая) рукавичка; - махровое полотенце; - чистый набор для пеленания (одежда), расположенные на пеленальном столике; - дезраствор, ветошь.Примечание: - При аномалиях конституции приготовить для ванны отвар трав (ромашка, череда и др. 1 ст.л. травы на 200 г кипятка), крахмал, пшеничные отруби; - При рахите возбудимым детям проводят хвойные ванны (1 ч.л. хвойного экстракта на 10 л воды), вялым – соленые ванны (1 ст.л. морской соли на 10 л воды) .Обязательные условия:- не купать сразу после кормления;- при купании обеспечить температуру в комнате 22-24.**Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Поставить ванночку в устойчивое положение.
4. Обработать внутреннюю поверхность ванночки дезраствором.
5. Вымыть ванночку щеткой и сполоснуть кипятком.
6. Протереть пеленальный столик дезраствором и приготовить на нем пеленки.
7. Положить на дно ванночки пеленку, сложенную в несколько слоев (края пеленки не должны заходить на боковые стенки ванночки).
8. Положить в ванну водный термометр. Наполнить ванну водой на 1/2/ или 1/3 , температура воды 36-37°.

*Примечание:*- при заполнении ванны водой чередовать холодную и горячую воду;- добавить в воду лечебное средство.Раздеть ребенка, при необходимости подмыть проточной водой.**Выполнение процедуры**1. Взять ребенка на руки, поддерживая одной рукой спину и затылок, правой - ягодицы и бедра.
2. Медленно погрузить малыша в воду (сначала ножки и ягодицы, затем - верхнюю половину туловища). Вода должна доходить до уровня сосков ребенка, верхняя часть груди остается открытой.
3. Освободить правую руку, продолжая левой, поддерживать голову и верхнюю половину туловища ребенка.
4. Свободной рукой мыть в следующей последовательности: голова - шея - туловище - конечности (особенно тщательно промыть естественные складки кожи). Последними обмыть половые органы, межъягодичную область.
5. Приподнять ребенка над водой и перевернуть ребенка вниз лицом. Накинув полотенце, положить ребенка на пеленальный стол. Осушить кожные покровы промокательными движениями.

**Заключительный этап**1. Одеть ребенка и уложить в кроватку Использованные пеленки, «рукавичку» поместить в мешок для грязного белья (рукавичку прокипятить).
2. Слить воду из ванны.
3. Обработать внутреннюю поверхность ванны и рабочую поверхность пеленального стола дезраствором.
4. Вымыть и осушить руки.

**2. Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку**Показания:- соблюдение гигиены тела;- обеспечение универсальной потребности ребенка «быть чистым»;- формирование навыков чистоплотности.Оснащение:- стерильные ватные шарики и жгутики;- стерильное растительное масло;- раствор фурациллина 1:5000;- шпатель, пинцет;- 2% таниновая мазь;- лоток для стерильного материала;- лоток для обработанного материала;- чистый набор для пеленания или одежда, расположенная на пеленальном столике;- дезинфицирующий раствор, ветошь;- мешок для грязного белья;- резиновые перчатки и фартук.

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  | Обеспечение правильного, ежедневного ухода за ребенком. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкого выполнения процедуры. |
| Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором и постелить на него пеленку. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Раздеть ребенка (при необходимости подмыть) и положить на пеленальный столик. Сбросить использованную одежду в мешок для грязного белья. | Подготовка к процедуре.Предупреждение загрязнения окружающей среды. |
| **Выполнение процедуры** |
| Обработать ребенка ватными шариками, смоченнымив растворе фурациллина от наружного угла глазак внутреннему ( для каждого глаза использоватьотдельный тампон). | Предупреждение переноса инфекции с одного глаза на другой. |
| Умыть ребенка тампоном, смоченным раствором фурациллина в следующей последовательности: лоб,щеки, кожа вокруг рта. | Предупреждение раздражения кожи и распространения инфекции. |
| Почистить носовые ходы тугими ватными жгутиками, смоченными в растительном масле, вводя в каждый носовой ход отдельный жгутик вращательными движениями. | Обеспечение свободного носового дыхания.Размягчение корочек с помощью растительного масла и более легкое их удаление. |
| При необходимости уши ребенка прочистить сухими ватными жгутиками (для каждого ушка отдельный жгутик). | Обеспечение чистоты слуховых ходов. |
| Открыть рот ребенка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую рта. | Исключение развития молочницы и других патологических изменений. |
| Обработать естественные складки кожи ватными тампонами, смоченными в стерильном масле, меняя их по мере необходимости. Обработку проводить в следующей последовательности: за ушами – шейные – подмышечные -локтевые - лучезапястные и ладонные – подколенные -голеностопные – паховые - ягодичные.*Примечание:* минимальный расход шариков - два: на верхнюю и нижнюю половину туловища. | Предупреждение развития опрелостей.Паховые и ягодичные складки максимально загрязнены, поэтому обрабатываются в последнюю очередь. |

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ.1. Локализованные (малые) формы инфекции кожи, пупка, глаз и т.д. (пиодермии, омфалиты).2. Генерализованная форма – сепсис.Уход за детьми при гнойно-септических заболеваниях кожи 1.Изоляция (сразу после постановки диагноза ребенка переводят в отделение патологии новорожденных) в отдельную палату. 2.Вскармливание естественное, метод введения молока зависит от тяжести состояния. 3. Контроль состояния должен осуществляться непрерывно.4. Важно соблюдение гигиены (кожи), слизистых оболочек.5. Влажная уборка и регулярное проветривание.6. Смена постельного, нательного белья;7. Проведение беседы с родителями об особенностях питания, о необходимости соблюдения диеты, контроль соблюдения диеты.8. Выполнять назначения врача.9. Контроль физиологических отправлений (цвет, запах, количество, консистенция).10. Контроль за состоянием пациента (АД, ЧСС, ЧДД, температура тела)Профилактика гнойно-септических заболеваний у новорожденных детей. 1. До наступления беременности - санация очагов инфекции. Диспансеризация беременных (приказ №430). 2. Постоянное наблюдение беременной с коррекцией выявленных нарушений (токсикозы, вирусные и бактериальные заболевания и др.). 3. Профилактика инфекции в роддоме. 4. Отказ от бесконтрольного назначения антибиотиков. 5. Тщательный уход за ребенком в неонатальном периоде.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку. | 1 |
|  | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | 1 |
|  |  |  |

 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 26.05.2020 | Пятый день производственной практики, уход за детьми раннего возраста. В течении практики выполнила /повторила манипуляции:**1.** **Кормление новорожденного ребенка через зонд.**Цель:- обеспечить новорожденного ребенка необходимым количеством пищи, когда естественное питание через рот невозможно.Оснащение:- резиновые перчатки, маска, косынка;- отмеренное количество молока (стерильной молочной смеси) на одно кормление, подогретое до температуры37-38°;- стерильный желудочный зонд;- стерильный шприц 20мл;- лоток для оснащения;- электроотсос или резиновая груша.Обязательное условие:- размер желудочного зонда зависит от массы тела ребенка;- масса менее 1000г- №4 носовой или №6 ротовой;- масса 1000-2500г- №6 носовой и ротовой;- недоношенному новорожденному ребенку с дыхательной недостаточностью до и после кормления провести оксигенотерапию с целью профилактики приступов апноэ.**Этапы****Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме (родственникам) цель и ходвыполнения процедуры. Подготовить необходимое оснащение.2. Надеть косынку, маску, вымыть и осушить руки,надеть перчатки.3. ребенка на бок с приподнятым головнымконцом, зафиксировать такое положение с помощью пеленки.**Выполнение процедуры**1. Измерить глубину введения зонда: от мочки уха,через переносицу до конца мечевидного отростка грудины (не касаясь ребенка), сделать метку.2. Заполнить шприц молоком, присоединить зонд, взять свободный конец зонда стерильной перчаткой или пинцетом, приподнять его и заполнить зонд молоком (до появления первой капли молока из отверстия на конце зонда).3. Отсоединить шприц, закрыть зажим и смочить слепой конец зонда в молоке.4. Ввести зонд со средней линии языка (по нижнему носовому ходу) до метки, не прилагая усилий. Во время введения следить за состоянием ребенка (нет ли кашля, цианоза, одышки).*Примечание*: можно ввести зонд в желудок ребенка без предварительного его заполнения. В этом случае после введения зонда в желудок ребенка, присоединить шприц и потянуть поршень на себя, заполнить его желудочным содержимым.5. Присоединить шприц, приподнять его и очень медленно ввести назначенный объем молока.*Примечание*: при необходимости повторногоиспользования зонда, фиксировать его лейкопластырем к коже щеки и ввести небольшоеколичество физиологического раствора.**Завершение процедуры**1. Положить ребенка в кроватку на бок с приподнятым головным концом.2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.Использованный инструментарий поместить в дезинфицирующий раствор.**2. Разведение антибиотиков и введение необходимой дозы ребенку.**Цель:- обеспечить введение лекарственного вещества ребенку в точно назначенной врачом дозе.Оснащение:- резиновые перчатки;- флакон с антибиотиком;- растворитель для антибиотика;- разовый шприц с иглами;- 70% этиловый спирт;- стерильный столик с ватными шариками, пинцетом;- лоток для отработанного материала.Обязательное условие:- в педиатрической практике чаще используют разведение в соотношении 2:1, то есть на каждые 100 000 ЕД антибиотика, берется 0,5 мл растворителя. Таким образом в приготовленном растворе в 1 мл содержится 200 000 ЕД. антибиотика. В случае небольших доз лекарственного вещества возможно использование разведения 1:1, то есть на каждые 100 000 ЕД. антибиотика, берется 1 мл растворителя ( а в растворе в 1 мл содержится 100 000 ЕД антибиотика).

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **Подготовка к процедуре** |
| Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры. | Обеспечение права на информацию, участие в процедуре. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Прочитать надпись на флаконе и растворителе (наименование, доза, срок годности). | Исключение ошибочного введения препаратов с истекшим сроком годности. |
| Определить необходимое количество растворителя для соответствующего разведения антибиотика. | При разведении 1:1 на 100 000 ЕД. антибиотика берется 1 мл растворителя при разведении 1:2–0,5 мл. |
| Определить количество готового раствора, которое необходимо набрать в шприц, чтобы обеспечить введение назначенной дозы лекарственного вещества. | При разведении 1:1 в 1 мл разведенного антибиотика содержится 100 000 ЕД. При разведении 1:2 в 1 мл готового раствора содержится 200 000 ЕД. антибиотика. |
| Вымыть и осушить руки, обработать антисептиком | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Вскрыть упаковку шприц (сбросить в лоток). Надеть на него иглу с колпачком, зафиксировать иглу на шприце. Снять с иглы колпачок (сбросить в лоток). Собранный шприц поместить на стерильный лоток. | Обеспечение инфекционной безопасности. Предупреждение падения иглы во время работы. |
| Ватным шариком, смоченным этиловым спиртом, обработать крышечку флакона с антибиотиком, вскрыть ее и вновь обработать спиртом (ватный шарик оставить на флаконе). | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Протереть шейку ампулы растворителем ватным шариком со спиртом, надрезать пилкой. Накрыть стерильной салфеткой и надломить (ватный шарик бросить в лоток). | Обеспечение инфекционной безопасности во время инъекции.Профилактика травмирования рук. |
| Набрать в шприц рассчитанное количество растворителя (пустую ампулу от растворителя бросить в лоток), убрать шарик с флакона и, проколов иглой резиновую пробку, ввести растворитель во флакон с сухим антибиотиком. | Обеспечение необходимого соотношения растворения 1:1 или 1:2. |
| Отсоединяет цилиндр шприца от иглы (игла остается во флаконе), осторожно встряхивает флакон до полного растворения порошка а/б. | Достижение полное растворения антибиотика. |
| Поднять флакон вверх дном и набрать необходимое количество раствора. | При разведении 1:2 в 1 мл раствора содержится 200 000 ЕД. антибиотика, при разведении 1 : 1 в 1 мл 100 000 ЕД. |
| Сменить иглу для инъекции (0840), удалить воздух в колпачок | Вытеснение воздуха из шприца и иглы. |
| На стерильный лоток поместить готовыйшприц и 3 стерильных шарика со спиртом. Накрыть стерильной салфеткой. | Обеспечение инфекционной безопасности во время инъекции. |
| **Выполнение процедуры** |
| Надеть стерильную маску, обработать руки антисептическим раствором, надеть перчатки, обработать их спиртом. | Обеспечение инфекционной безопасности во время инъекции. |
| Уложить пациента. Обработать верхний наружный квадрант ягодицы 70% этиловым спиртом, двумя шариками (большое и малое поле). | Обеззараживания инъекционного поля. |
| Левой рукой собрать кожу и мышцу в складку. | Чтобы быть уверенным, что препарат попал именно в мышцу из-за малой мышечной массы ребенка. |
| Ввести иглу в мышцу под углом 900 оставив, 2-3 мм на поверхности кожи. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство, придерживая канюлю. | Для возможности извлечь иглу в случае поломки. |
| Извлечь иглу, прижать место инъекции стерильным шариком, смоченным 70% спиртом. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты от кожи. | Для профилактики постъинъекционного инфильтрата. |
| Спросить пациента о самочувствии. Забрать у пациента шарик, и замочить в дезинфицирующем растворе. | Завершение процедуры. |
| Провести этап дезинфекции использованногоматериала, шприца, игл. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствори вымыть руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ПРИ ГИПЕРВИТАМИНОЗЕ ВИТ. ДРазличают острую и хроническую интоксикацию витамином D.**1**. Клиника острой интоксикации: Развивается при приеме больших доз витамина D в течение короткого времени (2 – 10 недель). Ребенок отказывается от еды и питья, у него появляется рвота, запоры, быстро уменьшается масса тела, возникает обезвоживание, повышается температура тела. Кожные покровы сухие, эластичность кожи снижена. Печень значительно увеличивается, наблюдается гиперкальцеурия. В тяжелых случаях возможно развитие почечной недостаточности. Иногда возникают судороги. Гиперкальциурия.**2**. Клиника хронической интоксикации – Возникает при небольшой передозировке препарата длительностью свыше 6 месяцев. Рвота возникает 2-3 раза в неделю, аппетит снижается, нарастание массы тела не отмечается, склонность к запорам. На рентгенограмме избыточное отложение извести в зонах роста. Преждевременно закрываются швы между плоскими костями черепа и большой родничок. Нарушаются функции внутренних органов. Гиперкальциурия.Лечение:1. Немедленно прекратить прием витамина D.2. Исключить продукты, содержащие кальций (коровье молоко, творог).3. Обязательны овощные блюда и соки.4. Назначается обильное питье, проводится инфузионная терапия.5. Показано применение антидотов витамины А и Е, препаратов ЭДТА, преднизолона, являющихся физиологическими антагонистами витамина D.Так же медсестра осуществлять влажную уборку (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание.Выполнить назначения врача. Контроль пульса, чдд, чсс, tº. Проводить туалет кожи, слизистых оболочек носоглотки, глаз.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Кормление новорожденного ребенка через зонд. | 1 |
|  | Разведение и введение антибиотиков | 1 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 27.05.2020 | Шестой день практики, сестринский уход за детьми раннего возраста. В течении практики выполнила /повторила манипуляции: **1. Подсчет пульса, дыхания, АД.****1) Техника подсчёта частоты дыхания у детей разного возраста.**Оснащение:Секундомер или часы с секундной стрелкой, температурный лист, ручка.**Подготовка к манипуляции:**1. Объяснить маме ход манипуляции, получить информированное согласие.2. Провести санитарную обработку рук, осушить.3. Раздеть ребёнка до пояса.**Выполнение манипуляции:**1. Отвлечь ребёнка.2. Положить руку исследователя на живот или грудную клетку ребёнка (в зависимости от возраста).3. Считать количество экскурсий живота или грудной клетки во время вдоха в течение 1 минуты.4. Оценить частоту дыхания у ребенка.5. Одеть ребёнка.**Завершение манипуляции:**1. Вымыть и осушить руки.2. Записать результат в температурный лист.*Примечание:*у новорождённых и грудных детей ЧДД подсчитывают с помощью стетоскоп, раструб которого держат около носа ребёнка.**2)Техника подсчёта частоты пульса у детей разного возраста.**Оснащение:Секундомер или часы с секундной стрелкой, температурный лист, ручка.**Подготовка к манипуляции:**1. Объяснить маме или ребёнку ход предстоящей манипуляции.2. Получить согласие мамы или пациента.3. Провести санитарную обработку рук.4. Придать положение пациенту «сидя» или «лёжа».**Выполнение манипуляции:**1. Положить 11, III, IV пальцы на область лучевой артерии, 1 палец должен находиться со стороны тыла кисти.2. Прижать слегка артерию и почувствовать пульсацию артерии.3. Взять часы или секундомер.4. Подсчитать количество сокращений за 1 минуту в покое.**Завершение манипуляции:**1. Вымыть и осушить руки.2. Записать результат в температурный лист.*Примечание:*1. У детей до 1 года пульс определяют на височной, сонной артерии, у детей старше 2-х лет - на лучевой.2. Кисть и предплечье при подсчёте пульса не должны быть «на весу».**3)Измерение АД.**Цель: определить показатели артериального давления и оценить результаты исследования.Показания: по назначению врача.Оснащение: тонометр, фонендоскоп, ручка с синей пастой, температурный лист, 70%-ный спирт, ватные шарики.

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Примечание** |
| **Подготовка к процедуре** |
| 1. Объяснить маме / родственникам цель и ход исследования, получить согласие мамы 2. Придать пациенту удобное положение сидя или лежа. | Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции. Достижение эффективного проведения процедуры. |
| **Выполнение процедуры** |
| 1. Уложить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, подложив валик под локоть или попросить пациента подложить под локоть сжатый кулак кисти свободный руки. | Обеспечивается наилучшее разгибание конечности, что является условием для нахождения пульса и плотного прилегания головки фонендоскопа к коже.   |
| 2. Выбрать правильный размер манжетки. Наложить манжетку тонометра трубками вниз на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ними проходил только один палец. |   Одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки. Кожа плеча должна быть чистой, здоровой. |
| 3. Соединить манометр с манжеткой, укрепив его на ней. 4. Проверить положение стрелки манометра относительно отметки «0» на шкале манометра. |     |
| 5. Определить пальцами пульсацию в локтевой ямке, приложить на это место мембрану фонендоскопа. 6. Закрыть вентиль «груши», другой рукой, этой же рукой нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации в локтевой артерии +20-30 мм рт.ст. (т.е. несколько выше предполагаемого АД). | Определения места для прикладывания головки фонендоскопа и выслушивания ударов пульса.   |
| 7. Открыть вентиль, медленно выпускать воздух, выслушивая тоны, следить за показаниями манометра. 8. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны, соответствующую систолическому АД (АДс). 9. «Отметить» исчезновение тонов, что соответствует диастолическому АД (АДд). 10. Выпустить весь воздух из манжетки. | Скорость выпускания воздуха из манжетки должна составлять 2-3 мм рт.с. в секунду. Возможно ослабление тонов, что тоже соответствует диастолическому АД. При нормальных показателях АД измерение проводят один раз на обеих руках. Если давление выше нормы, то необходимо повторить процедуру через 5 минут и записать наименьшие показатели (исключается эмоциональный фактор). |
| **Окончание процедуры** |

**Для ориентировочного расчета артериального давления (в мм рт. ст.) у** мальчиков старше 1 года можно пользоваться следующими формулами: среднее возрастное: систолическое 90 + 2п, диастолическое 60 + п, где п — возраст детей в годах.Для девочек от полученных величин систолического давления следует от­нять 5.Интересно отметить, что сумма частоты пульса и величины систолическо­го артериального давления во все периоды детства равна около 200.**Для измерения артериального давления** методом Н. П. Короткова используют манжеты, соответствующие возрасту или окружности плеча ребенка.**2.** **Антропометрия.****1) Измерение массы тела (возраст до 2 лет).**Оснащение:Чашечные весы, резиновые перчатки, ёмкость с дезинфицирующим раствором, ветошь, бумага и ручка.Обязательное условие: Взвешивать ребенка натощак, в одно и то же время, после акта дефекации.**Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме/родственникам цель исследования
2. Установить весы на ровной устойчивой поверхности
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Проверить, закрыт ли затвор весов.
5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
6. Обработать лоток дезинфицирующим раствором с помощью ветоши.
7. Постелить на лоток сложенную в несколько раз пелёнку (следить, чтобы она не закрывала шкалу и не мешала движению штанги весов).
8. Установить гири на нулевые деления.
9. Открыть затвор.
10. Уравновесить весы с помощью вращения противовеса (уровень коромысла должен совпадать с контрольным пунктом).
11. Закрыть затвор.

**Выполнение процедуры**1. Уложить ребёнка на весы головой к широкой части (или усадить).
2. Открыть затвор
3. Передвинуть «килограммовую» гирю, расположенную на нижней части весов, до момента падения штанги вниз, затем сместить гирю на одно деление влево.
4. Плавно передвинуть гирю, определяющую граммы и расположенную на верхней штанге, до положения установления равновесия.
5. Закрыть затвор и снять ребёнка с весов.

**Завершение процедуры**1. Записать показатели массы тела ребёнка (фиксируются цифры слева от края гири).

**2) Измерение длины тела (у детей до 1-го года).**Оснащение:Горизонтальный ростомер, пелёнка, резиновые перчатки, ёмкость с дезинфицирующим раствором, ветошь, бумага, ручка.**Подготовка к процедуре.**1. Объяснить маме/родственниками цель исследования
2. Установить горизонтальный ростомер на ровной устойчивой поверхности шкалой «к себе».
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
5. Обработать рабочую поверхность ростомера дезинфицирующим раствором с помощью ветоши.
6. Постелить пелёнку (она не должна закрывать шкалу и мешать движению подвижной планки).

**Выполнение процедуры.**1. Уложить ребёнка на ростомер головой к подвижнойпланке.
2. Выпрямить ноги малыша лёгким нажатием на колени.
3. Придвинуть к стопам, согнутую под прямым углом, подвижную планку ростомера.
4. По шкале определить длину тела ребёнка.
5. Убрать ребёнка с ростомера.

**Завершение процедуры.**1. Записать результат.
2. Сообщить результат маме.
3. Убрать пелёнку с ростомера.
4. Протереть рабочую поверхность весов дезинфицирующим средством.
5. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

**3) Измерение окружности грудной клетки.**Оснащение:Сантиметровая лента, 70% этиловый спирт, марлевая салфетка, ручка, бумага.**Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме/родственниками цель исследования, получить согласие мамы
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Обработать сантиметровую ленту с двух сторон спиртом с помощью салфетки
4. Уложить или усадить ребёнка

**Выполнение процедуры**1. Наложить сантиметровую ленту на грудь ребёнка по ориентирам:

а) сзади - нижние углы лопаток;б) спереди - нижний край около сосковых кружков( у девочек пубертатного возраста верхний край 4 ребра, над молочными железами). 1. Определить показатели окружности головы.

**Завершение процедуры**1. Записать результат.
2. Сообщить результат ребёнку/маме.

**4) Измерение окружности головы.**Оснащение: Сантиметровая лента, 70% этиловый спирт, марлевая салфетка, ручка, бумага.**Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме/родственниками цель исследования, получить согласие мамы
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Обработать сантиметровую ленту с двух сторон спиртом с помощью салфетки
4. Уложить или усадить ребёнка

**Выполнение процедуры**1. Наложить сантиметровую ленту на голову ребёнка по ориентирам:

а) сзади - затылочный бугор;б) спереди - надбровные дуги. *Примечание:* следить, чтобы палец исследователя не находился между лентой и кожей головы ребёнка. 1. Опустить подвижную планку ростомера(без надавливания) к голове ребёнка, определить окружности головы.

**Завершение процедуры**1. Записать результат.
2. Сообщить результат ребёнку/маме.

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.Предусматривает устранение причины, вызвавшей заболевание, назначение препаратов железа и меди, рациональное питание с достаточным содержанием белков, витаминов, железа и других микроэлементов. В зависимости от содержания железа пищевые продукты делят на "богатые" железом (в 100 г продуктов – более 5 мг железа): печень, толокно, желток; "умеренно богатые" (в 100 г продуктов – от 1 до 4-5 мг железа) – куриное мясо, говядина, крупы овсяная, пшеничная, гречневая, яблоки; "бедные" (в 100 г продуктов – менее 1 мг железа) – морковь, клубника, виноград, молоко. Лучше всего железо усваивается из куриного мяса, рыбы, соков. В пищевой рацион ребенка следует включать продукты, богатые железом, медью, кобальтом, никелем и марганцем: толокно, свеклу, кабачки, зеленый горошек, капусту, картофель. Из соков предпочтение отдается вишневому, лимонному, свекольному, яблочному (из кислых сортов яблок). В первом полугодии рекомендуется более раннее введение тертого яблока, яичного желтка, овощного пюре, каш, во втором – пюре из мяса и печени. В питании детей следует ограничить молочные продукты, так как они содержат кальций и фосфор, образующие с железом комплексы, выпадающие в осадок, а также мучные продукты из-за содержания в них фитина, затрудняющего всасывание железа.Детям, находящимся на искусственном вскармливании, можно назначить противоанемический энпит, содержащий повышенное количество белка, железа и обогащенный витаминами. Медикоментозная терапия включает в себя назначение препаратов железа, меди и ряда витаминов. При легких и среднетяжелых анемии препараты железа дают внутрь, при тяжелых – парентерально. Для лечения детей первого года жизни применяются препараты железа с наполнителями: сироп алоэ с железом, суспензия орферона, реоферона, резоферона. Детям старше года назначают феррокаль, ферроплекс, 50 ферроцерон, гемостимулин, конферон, ферамид, гемофер, ферросанол. В пубертатном периоде применяются препараты железа пролонгированного действия: ферроградумет, тардиферон. Для лучшего всасывания микроэлемента препараты железа необходимо применять до еды в сочетании с аскорбиновой кислотой, кислыми разбавленными соками: лимонным, гранатовым или клюквенным морсом. **Не следует** запивать препараты железа молоком и кофе. Для избежания побочных реакций, возникающих во время приема препаратов железа (диспептические расстройства), лечение необходимо начинать с половинной или третьей части возрастной дозы, при хорошей переносимости в течение недели переходят на полную дозу. Курс лечения должен быть длительным (1-3 месяца) до достижения стойкого, оптимального уровня гемоглобина, затем дозу снижают и продолжают давать в течение одного месяца для накопления железа в депо. При лечении тяжелой анемии используют препараты железа для парентерального введения: феркофен, феррум-лек, фербитол, дистрофер, эктофер. Они могут вызывать аллергические реакции, поэтому их назначение должно быть строго обоснованным (непереносимость и отсутствие эффекта при приеме препаратов внутрь, невозможность приема при язвенной болезни). Препараты, вводимые парентерально, нельзя сочетать с назначением железа внутрь. При в/м применении они вводятся глубоко в мышцу, при в/в – только капельно в изотоническом растворе натрия хлорида или в растворе глюкозы. С целью нормализации функций желудочно -кишечного тракта проводят заместительную ферментотерапию, назначают эубиотики. **Уход**. Чрезвычайно важно организовать правильный режим дня, в котором должны быть достаточная продолжительность сна, максимальное пребывание на свежем воздухе. При анемии нарушены процессы выработки и сохранения тепла, поэтому одевать детей следует достаточно тепло, одежда не должна стеснять движений и вызывать перегревания. **Профилактика**. Должна начинаться в антенатальном периоде (борьбы за вынашивание беременности, своевременная санация очагов инфекции и лечение гестозов беременных, соблюдение режима и рациональное питание). Ведущую роль играет естественное вскармливание, предупреждение заболеваний и диспансерное наблюдение за детьми раннего возраста с регулярным лабораторным исследованием крови, профилактическое введение препаратов железа детям из группы риска (родившимся с большой массой тела, врождѐнной гипотрофией, от многоплодной беременности, недоношенным).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Подсчет пульса, дыхания, АД | 1 |
|  | Антропометрия | 1 |
|  |  |  |

 |  |  |

Подпись непосредственного руководителя:

Подпись студента: Ооржак Б.В.

**Рецепты на лекарственные средства, используемые в отделении**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Rp.:** Ampicillini-natrii 0,25 D.t.d. N. 10 in flac.S. 250 мг 4 р/д через 6 часов, в/мРастворять в воде для инъекций (50-100 мг/кг/сут, разделив на 4 инъекции) | **2. Rp.:** Benzylpenicillini-natrii 0,5 D.t.d. N. 10 in flac.S. 500 мг 4 р/д через 6 часов, в/мРастворять в воде для инъекций (50-200 мг/кг/сут, разделив на 4-6 инъекций) |
| **3. Rp.:** Lincomycini 0,25D.t.d. N. 20 in caps.S. 250 мг 3 р/д через 8 часов (30-60 мг/кг/сут внутрь на 2-3 приема) | **4. Rp.:** Cefalexini 0,25D.t.d. N. 30 in caps.S. 250 мг 4 р/д через 6 часов внутрь (25-50 мг/кг/сут, разделив на 4 приема) |
| **5. Rp.:** Sol. Dimedroli 1% - 1,0D.t.d. N. 10 in amp.S. по 1,0 мл в/м (1-2 мг/кг/сут) | **6. Rp.:** Sol. Suprastini 2% - 1,0D.t.d. N. 10 in amp.S. 0,5 мл в/м (1-2 мг/кг/сут) |
| **7. Rp.:** Tab. Peritoli 0,004D.t.d. N. 10.S. ½ таблетки 3 р/д (0,4 мг/кг/сут, разделив на 3 приема) | **8. Rp.:** Sol. Analgini 50% - 1,0D.t.d. N. 2 in amp.S. 0,2 мл в/м (0,1 мл/год жизни) |
| **9. Rp.:** Sol. Prednisoloni hydrochloride 3% - 1,0D.t.d. N. 3 in amp.S. в/м 0,7 мл (в/м – 2 мг/кг/сут; в/в – 5 мг/кг/сут) | **10. Rp.:** Sol. Dexamethasoni phosphatis 0,04D.t.d. N. 25 in amp.S. в/м 1 мл |
| **11. Rp.:** Sol. Aminazini 2,5% - 2,0D.t.d. N. 2 in amp.S. 0,5 мл в/м, развести в 0,5% растворе новокаина (1-2 мг/кг/сут) | **12. Rp.:** Sol. Magnesii sulfatis 25% -10,0D.t.d. N 3 in amp.S. в/м 0,5 мл (0,1-0,2 мл/кг или 1,0 мл/год жизни) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 28.05.2020 | **Сестринский уход за детьми старшего возраста (отделения, пульмонологическое, гастроэндокринное, кардионефрологическое, онкогематологии)**Первый рабочий день сестринского ухода за детьми старшего возраста. По дисциплине «Сестринский уход за больными детьми различного возраста». Предварительно переоделась в медицинский халат, сменную обувь, колпак и маску. Обработала руки на гигиеническом уровне. В течении практики выполнила/повторила манипуляции: **1. Промывание желудка**Показание:- отравление ребенка.Оснащение: - желудочный зонд;- резиновый фартук 2 шт.;- емкость с раствором для промывания 20оС;- таз для промывных вод;- лоток для оснащения;- лоток для отработанного материала;- марлевые салфетки, шпатель;- стерильная емкость для промывных вод;- бланк-направление;- емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь, резиновые перчатки.Обязательное условие: - раствор для промывания не должен быть теплым (будет всасываться) и не должен быть холодным (может вызвать спазм желудка).**Этапы****Подготовка к процедуре**1. Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры.2. Подготовить необходимое оснащение.3. Надеть фартук. Вымыть и осушить руки, одеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором и постелить на него пеленку.4. Усадить и зафиксировать ребенка на руках у помощника:- ноги помощник охватывает своими ногами;- руки фиксирует одной рукой;- голову - другой, положив ладонь на лоб ребенку.*Примечание*: ребенка младшего возраста можно завернуть в пеленку или простынь для лучшей фиксации.5. Надеть на ребенка фартук поверх руки фиксирующего.6. Поставить таз для промывных вод у ног ребенка.**Выполнение процедуры**1. Измерить зондом расстояние до желудка (от мочки уха до кончика носа и до мечевидного отростка).2. Смочить «слепой» конец зонда в воде.3. Открыть рот ребенку с помощью шпателя (если сам не открывает). При необходимости использовать роторасширитель. *Примечание:* для открывания рта взять шпатель, как писчее перо, ввести его в ротовую полость повернуть ребром и провести по боковой поверхности десен до места окончания зубов, после чего перевернуть его плашмя и резко нажать на корень языка.4. Ввести зонд по средней линии языка до метки и указательным пальцем правой руки завести зонд за зубы.*Примечание:* если во время введения зонда ребенок начал задыхаться, кашлять – немедленно извлечь зонд.5. Присоединить к зонду воронку или шприц Жане без поршня.6. Медленно поднимая воронку вверх следить за поступлением из нее жидкости в желудок (вода должна опуститься до устья воронки), быстро, но плавно опустить воронку ниже исходного уровня и вылить содержимое желудка в таз.7. Повторить промывание до получения «чистой воды».*Примечание:* - количество воды для промывания берется из расчета 1 литр на год жизни ;- при промывании желудка необходимо следить, чтобы количество введенной и выделенной жидкости были примерно равными.8. Отсоединить воронку и быстрым движением удалить зонд через салфетку.**Завершение процедуры**1. Прополоскать ребенку рот.2. Передать ребенка маме или положить в кроватку.3. Собрать желудочное содержимое для исследования в стерильную емкость. Отправить в лабораторию в сопровождении направления.4. Весь инструментарий, фартуки подвергнуть дезинфекции. 5. Снять перчатки, вымыть и осушить руки**2.Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов.****Внутривенное струйное введение лекарственных веществ:**Набрать в шприц назначенное количество препарата (строго соблюдать точность дозировки);2. Добрать в шприц к назначенной дозе до 10-20мл. изотонического р-ра (0,9% NaCl).3. Вводить медленно в течение 5-6 минут, следить за состоянием пациента, т.к. при быстром введении препарата может развиться шок.При капельном введении препарата необходимо знать:1. Набрать в шприц назначенную дозу препарата (соблюдать точность дозировки);
2. Ввести препарат во флакон со 100-200 мл. изотонического раствора(0,9% NaCl);
3. Вводить медленно, капельно, следя за состоянием пациента.

Осложнения1. Гематома (подкожное кровоизлияние).2. Воздушная эмболия.3. Флебиты.4. Прокол вены и попадание раствора подкожно.5. Шок.6. Аллергические реакции.7. Токсические реакции.8. Пирогенные реакции: озноб, высокая температура, головная боль.9. Тромбирование вены.Помощь при осложнениях.1. Прекратить введение препарата, закрыв зажим.
2. Срочно вызвать врача, не отходя от пациента.
3. Оказать помощь по назначению врача.

**Алгоритм действий при выполнении внутривенных инъекций:**Цель: лечебная и диагностическаяПоказания: По назначению врачаПротивопоказания:индивидуальная непереносимость лекарственного препарата пациентом, возбуждение пациента, судорогиОснащение:1.Еакрытый стерильный лоток;2. 20 - граммовый стерильный шприц;3. 2-3 стерильные иглы для в/в инъекций и набора лекарственного средства;4. Стерильные шарики (3 смоченных спиртом, один сухой);5. Спирт 70 %;6. Перчатки, маска;7. Лоток для сбора использованного материла;8. Жгут;9. Лоток для сбора используемого материала;10. Клеенчатый валик;11. стерильные марлевые салфетки**Подготовка пациента:**1. Психологическая подготовка пациента2. Объяснить пациенту смысл манипуляции3. Усадить или уложить пациента**Алгоритм действий:**1. Вымыть руки теплой водой с мылом2. Надеть перчатки и обработать их шариком со спиртом3. Набрать лекарственное средство в шприц непосредственно из ампулы или через иглу, предварительно обработать ампулу шариком со спиртом.4. Выпустить воздух из шприца5. Положить шприц с лекарственным средством в стерильный лоток накрытый стерильной салфеткой6. Взять 3 стерильных шарика (2 смоченных в спирте,1-сухой) и стерильную салфетку7. Выпрямить руку пациента8. Подложить клеенчатый валик под локтевой сгиб пациента9. Наложить выше локтевого сгиба на 3-4 см жгут, концами вверх10. Убедится, что пульс на лучевой артерии хорошо определяется11. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак12. Определить пальпаторно пунктируемую вену13. Обработать область локтевого сгиба размером 10\*10см стерильным спиртовым шариком в одном направлений14. Вторым стерильным спиртовым шариком обработать область пунктируемой вены в том же направлений15. Снять сухим шариком излишек спирта16. Взять шприц и убедится, что в нем нет пузырьков воздуха17. Зафиксировать пальцами левой руки пунктируемую вену ниже обработанной области, не касаясь обработанной поверхности18. Пропунктировать вену одним из способов (одномоментно или поэтапно)19. Потянуть на себя поршень шприца, увидев появление крови, поймете, что вы попали в вену20. Развязать свободной рукой жгут и попросить пациента разжать кулак.Убедится еще раз, что игла не вышла из вены21. Ввести лекарство, не меняя положения шприца, медленно, левой рукой, оставив в шприце 0,5 мл раствора22. Извлечь иглу после введения лекарства быстрым движением23. Прижать место пункции сухим стерильным шариком24. Согнуть руку пациента в локтевом сгибе на 3-5 минут25 Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации (КБУ)ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ДЕТЕЙ.Лечение хронического холецистита- В остром периоде необходим постельный режим. В период ремиссии важно обеспечить ребенку здоровый, полноценный сон, прогулки на свежем воздухе.- В первые 1-2 дня при наличии острых симптомов холецистита ребенок нуждается только в теплом питье, кормить его нельзя. В качестве питья можно давать некрепкий сладкий чай, морсы, компот, отвар шиповника. В последующие два дня вводят протертые и слизистые супы, овощное пюре, жидкие каши из овсяной, рисовой и манной крупы, сваренные на разведенном молоке. Далее назначается диета №5, которая предусматривает частое, дробное питание небольшими порциями. Из рациона исключаются консервы, соленые, копченые, жареные, жирные блюда, газированные напитки. Противопоказаны: кондитерские изделия, сдоба, мороженое и любая холодная пища. Ребенку необходимо достаточное количество овощей и фруктов, включая сухофрукты.- Антибактериальная терапия должна применяться с учетом возбудителя.- Спазмолитики.- Желчегонные препараты в зависимости от типа дискинезии желчного пузыря (холеретики и холекинетики).- Тюбажи по Демьянову.- Препараты желчи с заместительной целью при необходимости.- Седативные средства используются при возникновении нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений.- Растительные препараты, мягко корректирующие желчный обмен.**Профилактика** **холецистита**Профилактические меры следуют, прежде всего, из этиологии заболевания: это своевременная **санация хронических очагов инфекции**, **правильный режим питания и отдыха**, при нарушении оттока желчи - 2-3 раза в год назначаются препараты, нормализующие работу желчного пузыря, физиотерапевтические процедуры, минеральные воды. Рекомендуется также санаторно-курортное лечение.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Промывание желудка | 1 |
|  | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов | 1 |
|  |  |  |

 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 29.05.2020 | Второй день практики сестринского ухода за детьми старшего возраста. В течении практики выполнила /повторила манипуляции: 1. **Проведение фракционного желудочного зондирования**

Цель:* определить кислотность желудочного сока.

Оснащение:* резиновые перчатки;
* стерильный желудочный зонд, полотенце;
* капустный отвар, подогретый до 39-400С;
* стерильный шприц в лотке, зажим, кипяченая вода;
* штатив с 10 пробирками, пронумерованными от 0 до 9;
* резиновая емкость для остатков желудочного содержимого, пробного завтрака;
* часы;
* бланк – направление в клиническую лабораторию;
* лоток для обработанного материала.

Обязательное условие:* проводить процедуру натощак;
* приготовить капустный отвар накануне вечером по следующему рецепту: 0,5кг капусты + 0,5л. воды, кипятить 0,5 часа после закипания, затем настоять 0,5 часа и процедить.

**Этапы****Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Выписать направление в клиническую лабораторию.
4. Вымыть осушить руки, надеть перчатки.
5. Усадить ребенка; измерить зондом расстояние от мочки носа и от кончика носа до конца мечевидного отростка.
6. Сделать метку на зонде

**Выполнение процедуры**1. Взять зонд правой рукой на расстоянии 12-15 см от «слепого» конца, а левой рукой поддерживать его свободный конец.
2. Смочить «слепой» конец зонда кипяченой водой методом полива.
3. Предложить ребенку открыть рот и положить «слепой» конец зонда по средней линии на корень языка.
4. Предложить ребенку закрыть рот, глубоко дышать и делать глотательные движения.
5. Во время глотательных движений ввести зонд до метки.

*Примечание:* если ребенок во время введения зонда начал кашлять, задыхаться, немедленно извлечь зонд.1. Завести зонд за зубы указательным пальцем правой руки.
2. Попросить ребенка сжать зубы и не разжимать их до конца зондирования.
3. Уложить ребенка на левый бок.
4. Дать полотенце и попросить сплевывать в него слюну в течение всего времени проведения процедуры.
5. Опустить свободный конец зонда в 0 пробирку и собрать в нее остатки желудочного содержимого

*Примечание*: при большом его количестве – использовать дополнительную емкость.1. При прекращении истечения остатков желудочного содержимого (определяется по истечению мутности, различных примесей), наложить зажим или завязать зонд на 15 мин.
2. Через 15 мин. снять зажим, развязав зонд, собрать желудочный сок самотеком или с помощью шприца в одну пробирку.
3. Вновь наложить зажим завязать зонд на 15 мин., после чего снять его и собрать желудочный сок в пробирку 2. Аналогично собрать желудочный сок в пробирку 3 и 4.
4. Ввести в желудок через зонд с помощью шприца теплый пробный завтрак (капустный отвар) и завязать зонд на 15 мин.

*Примечание:* количество капустного отвара определяется по формуле n\* 10, где n – число лет ребенка.1. Через 15 мин. развязать зонд и собрать в пробирку 5 остатки пробного завтрака
2. После их истечения наложить зажим на зонд, завязать на 15 мин.
3. Через 15 мин. снять зажим, развязать зонд и собрать желудочный сок самотеком или с помощью шприца в 6 пробирку.
4. Вновь наложить зажим, завязать зонд на 15 мин., после чего снять его и собрать желудочный сок в пробирку 7. Аналогично собрать желудочный сок в пробирку 8 и 9.
5. Быстрым движением извлечь зонд из желудка.
6. Поместить зонд в лоток.

**Завершение процедуры**1. Весь использованный инструментарий подвергнуть дезинфекции.
2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки .
3. Организовать транспортирование полученного материала (в биксе) в лабораторию с направлением на не позднее 2 часов после сбора.

**2.Проведение фракционного дуоденального зондирования.**Цель:* определить тип дискинезии желчевыводящих путей;
* обнаружить лямблии.

Оснащение:* резиновые перчатки;
* стерильный дуоденальный зонд с оливой, полотенце;
* 33% раствор сернокислой магнезии, подогретой до 39-400С;
* стерильный шприц в лотке, кипяченая вода;
* штатив с промаркированными пробирками: А-1 шт., В-5 шт., С-1 шт.;
* набор резервных пробирок;
* грелка, заполненная теплой водой и обернутая полотенцем или щеткой, сложенной в 4 слоя;
* емкость для сбора желудочного содержимого в ходе продвижения зонда в 12-перстную кишку, часы, бумага, ручка для фиксирования времени;
* бланк-направление в клиническую лабораторию, лоток для отработанного материала.

Обязательное условие: * проводить процедуру утром натощак.

**Этапы****Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.
2. Подготовить необходимое оснащение, выписать направление в клиническую лабораторию.
3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
4. Усадить ребенка, сделать первую метку на зонде, измерив зондом расстояние от мочки уха до кончика носа до конца мечевидного отростка. Сделать вторую метку на зонде, измерив расстояние от конца мечевидного отростка до пупка + 2 см.

**Выполнение процедуры**1. Взять зонд правой рукой на расстоянии 10-15см от «слепого» конца, смочить его кипяченой водой методом полива.
2. Предложить ребенку открыть рот и положить слепой конец зонда по средней линии на корень языка.
3. Предложить ребенку закрыть рот, глубоко дышать и делать глотательные движения. Во время глотательных движений ввести зонд до 1 метки.
4. Примечание: если во время введения ребенок начал кашлять, задыхаться, немедленно извлечь зонд.
5. Уложить ребенка на правый бок на грелку, обернуть полотенцем или пеленкой, сложенной в 4 слоя. Опустить свободный конец зонда в емкость, предназначенную для сбора желудочного содержимого во время продвижения зонда.
6. Предложить ребенку самостоятельно во время глотательных движений медленно в течение 20-30 мин. продвинуть зонд до второй метки.
7. Завести зонд за зубы указательным пальцем правой руки. Попросить ребенка сжать зубы и не разжимать их до конца зондирования.
8. При появлении в емкости секрета светло-желтого цвета поместить свободный конец зонда в пробирку "А" и собрать кишечную порцию (до ее прекращения или изменения цвета).
9. С помощью шприца ввести через зонд теплый раствор сернокислой магнезии в количестве 20-30 мл. Зафиксировать время ее введения, подняв свободный конец зонда зажать на 1-2 минуты.
10. Разжать зонд и опустить его свободный конец в одну пробирку В. Зафиксировать на бумаге время появления порций.
11. Собрать «пузырную порцию» В по 5 минут в 4 пробирки, а в 5 пробирке оставить зонд до изменения цвета желчи.
12. Примечание: при большом количестве порции «В» добавить для ее сбора резервные пробирки. Зафиксировать время появления печеночной порции "С".
13. Собрать 5-10 мл. печеночной порции С.
14. Быстрым движением извлечь зонд из желудка через полотенце. Поместить зонд в лоток.

**Завершение процедуры**1. Весь инструментарий подвергнуть дезинфекции.
2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.
3. Организовать транспортирование полученного материала (в бокс) в лабораторию в сопровождении направления.

 РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.У больных СД 1-го типа экзогенный инсулин вводится подкожно, и он медленно поступает в общий кровоток (не в печень, как у здоровых), где концентрация его длительное время остается высокой. В результате пост­алиментарная гликемия у них более высокая, а в поздние часы имеется склонность к гипогликемиям.С другой стороны, гликоген у больных СД в первую очередь депонируется в мышцах, а запасы в печени его снижаются. Мышечный гликоген не участвует в поддержании нормогликемии.У детей применяются человеческие инсулины, полученные биосинтетическим (генно-инженерным) методом с помощью рекомбинантной ДНК-технологии.Доза инсулина зависит от возраста и стажа диабета. В первые 2 года потребность в инсулине составляет 0,5–0,6 ЕД/кг массы тела в сутки. Набольшее распространение в настоящее время получила интенсифицированная (болюсно-базисная) схема введения инсулинаНекоторые особенности диеты у детей с СД:1. *Уменьшить, а у маленьких детей полностью исключить рафинированный сахар.*
2. *Приемы пищи рекомендуется фиксировать.*
3. *Режим питания должен состоять из завтрака, обеда, ужина и трех перекусов через 1,5–2 часа после основных приемов пищи.*

Сахароповышающий эффект пищи в основном обусловлен количеством и качеством углеводов.В соответствии с гликемическим индексом выделяют пищевые продукты, которые очень быстро повышают уровень сахара в крови (сладкие). Они используются для купирования гипогликемии.* Продукты, быстро повышающие сахар крови (белый хлеб, сухари, каши, сахар, конфеты).
* Продукты, умеренно повышающие сахар крови (картофель, овощи, мясо, сыр, колбасы).
* Продукты, медленно повышающие сахар крови (богатые клетчаткой и жиром, такие как черный хлеб, рыба).
* Продукты, не повышающие сахар крови, — овощи.

***Физические нагрузки***Физическая активность — важный фактор, регулирующий углеводный обмен. При физической нагрузке у здоровых людей происходит снижение секреции инсулина с одновременным повышением выработки контринсулярных гормонов. В печени усиливается продукция глюкозы из неуглеводных (глюконеогенез) соединений. Это служит важным источником ее при физической нагрузке и эквивалентно степени утилизации глюкозы мышцами.Продукция глюкозы повышается по мере увеличения интенсивности физических упражнений. Уровень глюкозы остается стабильным.***Самоконтроль***Цель самоконтроля — обучение больного диабетом и членов его семьи самостоятельно оказывать себе помощь. Он включает:* общие понятия о сахарном диабете;
* умение определять глюкозу глюкометром;
* правильно корригировать дозу инсулина;
* рассчитывать хлебные единицы;
* умение выводить из гипогликемического состояния;
* вести дневник самоконтроля.

**Особенности ухода за больным сахарным диабетом. Профилактика.**Уход за ребенком требует тщательного туалета кожи и слизистых оболочек. Больным ежедневно проводится гигиеническая ванна, для мытья используется губка, а не мочалка во избежание нарушения целостности кожи. Рекомендуется мыло со смягчающим действием детское, глицериновое, ланолиновое. Больные нуждаются в частой смене нательного и постельного белья. Необходим тщательный уход за полостью рта. Большого внимания требует гигиена ног. Ноги ребенка следует промокать мягким полотенцем, тщательно просушивая промежутки между пальцами. После мытья ног необходимо осторожно обрезать ногти так, чтобы они не выходило за пределы ногтевого ложа. Носки или колготки меняют не реже 1 раза в 2 дня, летом ежедневно. Обувь должна быть свободной, не натирать ноги и закрывать пальцы. Появление молочницы, стоматита, опрелостей, пиодермии, грибковых заболеваний требует своевременного лечения и тщательного ухода. Профилактика. Заключается в наблюдении за детьми группы риска, рациональном их питании, предупреждении инфекционных заболеваний, психических и физических травм, ведении активного образа жизни. **Особенности работы медсестры с больными сахарным диабетом.**1.Сестра осуществляет контроль за лечебным питанием больных, контролирует передачи, при необходимости проводит с родственниками разъясняющие беседы о значении лечебного питания и возможных последствиях нарушения диеты. Для сведения родственников на информационном стенде указывается перечень разрешающих продуктов и их допустимое количество. С целью выявления продуктов, не соответствующих лечебному столу, сестра ежедневно проверяет продукты, хранящиеся в прикроватных тумбочках холодильнике. Получает на ночь пищу для оказания неотложной помощи больным в случае развития гипогликемических состояний: 2.Осуществляется постоянное наблюдение за больными, включая ночное время. Учитывает при этом, что в 3 - 4 ч ночи уровень гликемии наиболее низкой, между 5 - 8 ч утра - наиболее высок. 3. Умеет выявлять клиническое признаки коматозных состояний и оказывать помощь; 4. Владеет методикой экспресс — диагностики. 5. Знает основные правила хранения и введения инсулина.6. Контролирует посещение больными школы диабета. 7. Присутствует при выполнении больными первых самостоятельных инъекций с целью своевременного устранения допускаемых ошибок.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Проведение фракционного желудочного зондирования | 1 |
|  | Проведение фракционного дуоденального зондирования | 1 |
|  |  |  |

 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 30.05.2020 | Третий день сестринского ухода за детьми старшего возраста. В течении практики выполнила /повторила манипуляции: **1.Обработка слизистой полости рта при стоматите.****Цель:**- удаление налетов;- противовоспалительное действие;- обезболивание;- эпителизация язв, афт.**Показания:** микробно - воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта**Противопоказания:** индивидуальная непереносимость лекарственного препарата.**Методы:**1. Орошение полости рта.2. Обработка слизистой оболочки марлевыми салфетками.3. Полоскание (с 3-х лет).**Оснащение:** - резиновый грушевидный баллончик;- лоток;- шпатели;- марлевые салфетки (бинт);- стакан;- настои трав, растворы: 3% перекиси водорода, 2% питьевой соды,1% метиленового синего;- винилин, витаминная смесь, облипиховое масло и др.;- гексорал, взвесь нистатина (1 таблетка + 5 мл женского молока).**Техника безопасности:** хорошо зафиксировать тампон.**Этапы****Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме / ребёнку цель и ход предстоящей процедуры, получить согласие2. Усадить ребенка на колени матери, зафиксировать ему руки и голову.3. Вымыть и осушить руки, одеть перчаткиВыполнение процедуры*А. ОРОШЕНИЕ*1. Набрать в стерильный резиновый баллончик 1 из растворов2. Шпателем открыть рот ребенка3. Поднести баллончик ко рту ребенка и направить струю жидкости к твердому небу. Мать при этом наклоняет голову ребенка на один, а затем на другой бок4. Раствор из ротовой полости должен стекать в подставленный лоток*Б. ОБРАБОТКА МАРЛЕВЫМИ САЛФЕТКАМИ (БИНТОМ)*1. Один конец шпателя, или предварительно обработанный палец, обмотать марлевой салфеткой или бинтом. Концы бинта зафиксировать в ладони2. смочить салфетку раствором методом погружения в стакан3. Шпателем открыть рот ребенку4. Смачивая слизистую оболочку раствором снять с нее налеты (менять салфетки 2-3 раза)**Окончание процедуры**1. Использованный материал собрать в лоток2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки*Примечание:* - после снятия налётов полезно обработать слизистую винилином или витаминной смесью, или другими препаратами, способствующими эпителизации слизистой;- для обезболивания перед едой рекомендуется обработать слизистую 0,5% (2%) растворомновокаина;- эффективным современным средством для обработки рта при стоматите и молочнице является гексорал. Способ его применения: новорожденным и грудным детям его наносят ватным тампоном на поражённые участки; детям старшего возраста проводят полоскание р-ром гексорала в течении 30 сек. или обработку аэрозолем 10-15 сек.**2.** **Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований.****Сбор мочи для анализа у детей раннего возраста.**Оснащение:* Бикс или крафт-пакет со стерильным материалом
* Антисептический раствор
* Перчатки
* Чистая сухая емкость
* Мочеприемник
* Клеенка
* Пеленки
* Направление
* Два лотка
* Ножницы

**Выполнение манипуляции:**1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Постелить клеенку, пеленку.
3. Ребенка подмыть, обсушить.
4. Зафиксировать мочеприемник.
5. После мочеиспускания отклеить мочеприемник с мочой и перелить в емкость, обрезав нижний край мочеприемника над баночкой.

**Заключительный этап:**1.Ребенка запеленать, уложить в кроватку.2.Снять перчатки и вымыть руки.3.Оформить направление на исследование.**Сбор мочи на общий анализу девочек раннего возраста.**Оснащение:* резиновые перчатки
* полотенце, клеенка
* резиновый круг и две пеленки
* тарелка
* сухая чистая баночка для мочи с этикеткой
* бланк-направление

Обязательное условие: Не допускать длительного хранения мочи, так как при ее хранении происходит разложение форменных элементов, изменяется реакция мочи, вследствие чего значительно искажаются результаты исследования.**Подготовка к процедуре:**1. Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Выписать направление в клиническую лабораторию.
4. Вымыть и осушить руки, одеть перчатки.
5. Положить на постель клеенку.
6. Слегка надуть резиновый круг и обернуть его пеленками.
7. Поставить на клеенку тарелку и положить на нее обернутый пеленками резиновый круг (края пеленки не должны попадать в тарелку).
8. Просушить половые органы полотенцем промокательными движениями.
9. Подмыть девочку под проточной водой в направлении спереди назад.

**Выполнение процедуры:**1. Уложить девочку на резиновый круг.
2. Под голову подложить подушку.
3. Открыть кран и попоить водой.
4. После мочеиспускания снять девочку с круга.
5. Пеленкой или полотенцем осушить половые органы ребенка промокательными движениями.

**Завершение процедуры:**1. Осторожно снять из тарелки собранную мочу в чистую сухую баночку.
2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.
3. Организовать транспортирование полученного материала в лабораторию не позднее одного часа после сбора.

**Суточная моча.** * Подготовить контейнер для сбора суточной мочи.
* Перед каждым сбором мочи проводить тщательный гигиенический туалет половых органов.
* После утреннего подъема полностью опорожнить мочевой пузырь в унитаз и отметить это время (напр., 5/12/10, 7:00).
* Каждое мочеиспускание следует производить в чистую сухую посуду и потом мочу осторожно переливать в контейнер для сбора суточной мочи.
* Вся моча, полученная в ходе сбора в течение дня и ночи в последующие 24 часа, должна быть помещена в контейнер.
* Нельзя производить мочеиспускание напрямую в контейнер.
* Контейнер для суточной мочи должен храниться в холодильнике при температуре 4-8 °с)!
* Последний сбор мочи следующим утром, примерно в то же время ,отметить конечное время сбора(напр., 6/12/10, 7:00).
* Очень важно как можно быстрее доставить контейнер в лабораторию.

**Проба по Нечипоренко.** Исследование мочи по методу Нечипоренко применяется для количественного определения форменных элементов (эритроциты, лейкоциты) с целью диагностик воспалительных заболеваний почек. Для этого исследования утром нужно взять среднюю порцию мочи. Для анализа достаточно 10-20 мл, но пациент должен знать, Что пробу по Нечипоренко нельзя проводить одновременно с исследованием мочи на общий анализ.**Проба по Зимницкому.** Исследование мочи по методу Зимницкого применяется для определения концентрационной и выделительной способности почек в условиях обычного режима пациента. Исследуется суточная моча, собираемая по определенной схеме в 8 банок. Определяется дневной, ночной, суточный диурез, а также в каждой порции собранной мочи - количество и относительная плотность. **Техника сбора мочи:** * Накануне необходимо соблюдать обычный питьевой режим.
* В 6 часов утра обследуемый опорожняет мочевой пузырь.
* Через каждые 3 часа собирается 8 порций мочи - каждая в отдельную посуду:

• с 6-9часов;• с 9-12 часов; • с 12-15 часов; • с 15-18 часов; • с 18-21 часов; • с 21-24 часов; • с 24-3 часов; • с 3-6 часовПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХР. ГАСТРИТОВ.Хронический гастрит характеризуется воспалительными и дистрофическими изменениями на слизистой оболочке, приводящими к функциональной недостаточности желудка.**Различают три формы хронического гастрита** по этиологическому фактору: 1. Гастрит А – аутоиммунный (собственные антитела воздействуют на клетки желудка, вызывая атрофические изменения) 2. Гастрит Б – бактериальный Причина Helicobacter pilori. 3. Гастрит С – химический (воздействие химических веществ таких как: заброс желчи, длительный прием лекарственных средств (аспирин, преднизолон, антибиотики).**Диагностика основывается на:** 1.Эндоскопическом исследовании. 2.Вспомогательных методах – фракционном желудочном зондировании, УЗИ.**Лечение:** Комплекс лечебных мероприятий для детей, страдающих хроническим гастритом, включает в себя соблюдение лечебноохранительного режима и диеты, медикаментозную терапию, физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение. Основа лечения – диетотерапия, которая зависит от типа гастрита и периода болезни.**Гастрит А** – в первые 3 дня стол 1б, исключаются продукты раздражающие слизистую желудка. Разрешаются: каши, слизистые супы, овощные пюре, мясные и рыбные фарши, молоко, сметана, кефир. Ограничить: чай, кофе, соки, С 4 дня стол №1, вегетарианские супы, все каши, кроме пшенной, овощное пюре, соки, ягоды, фрукты. Исключить: грибы, консервы, колбасы, и тугоплавкие жиры. Ограничить: макаронные изделия ,вареники, пирожки, особенно жаренные 3 – 4 недели. Затем длительно до выздоровления, стол №2 с целью вызвать секрецию желудка. При котором разрешается: мясные и рыбные супы, постный сыр, соленые продукты ,чай, кофе. **Гастрит В** – стол №1б на 3 – 5 дней, затем в течение 1,5 лет стол №1 – протертый. Через 1,5 года стол №5 - до конца лечения. Снимать с учета через три года, если нет обострения. **Гастрит С** – аналогично гастриту В. **Медикаментозное лечение:**1. При болях спазмолитики (но-шпа, атропин, при гастрите В можно препараты красавки), тепловые процедуры (СВЧ, УВЧ, парафин, электрофорез с новокаином). 2. Заместительная терапия при гастрите А (пепсин, желудочный сок, бетацид до еды (таблетку растворить в ½ стакане воды, 2-3 раза в день). 3. Препараты стимулирующие кислото-образование экстракт (настой) подорожника (или плантоглюцид) до еды. 4. При гастрите В различные схемы терапии, включающей антибиотики (амоксициллин, кларитромицин), производные нитроимидазолов (нифурател, фуразолидон), коллоидные соли висмута (денол, викалин) 5. Обволакивающие слизистую (фосфалюгель, альмагель, виколин, маалокс). 6. При повышенной желудочной секреции назначают ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол), 7. Репаранты через неделю после возникновения обострения (солкосерил). 8. Седативные средства (валериана, настойка пустырника, отвар мяты, хмеля, новопассит) в течении 3-4 недель). 9. Фитотерапия при гастрите А- ромашка, брусничник, зверобой, клюква, мята, валериана, рябина, смородина. 10. Минеральная вода − при пониженной секреции хлоридно–натриево– гидрокарбонатная «Кожановская», «Учумская», «Ессентуки 17», комнатной температуры, без газа, за 15 мин до еды. при повышенной секреции за час до еды или сразу после «Боржоми», «Ессентуки 4», «Славянская». Назначают также витамины А, С, группы В (В,, В2, В6), седативные средства (настой пустырника, валерианы), настои и отвары ромашки, зверобоя, тысячелистника, чистотела. Для улучшения трофики и репарации слизистой оболочки показаны нуклеинат натрия, пентоксил, гастрофарм. Существенное значение имеет физиотерапия, грязелечение, термотерапия (аппликации парафина, озокерита), электротерапия (электрофорез кальция, новокаина, папаверина), гидротерапия (души, ванны).Диспансеризация - 3 года: эндоскопия раз в 2 года. Занятия физкультурой в общей группе.**Стандартный базисный уход при гастрите.**При выраженном обострении необходимо стационарное лечение. 1.Режим дня больного ребенка должен быть составлен таким образом, чтобы оставалось достаточно времени для сна и полноценного отдыха. Следует избегать длительного просмотра телевизионных передач и компьютерных игр, что отрицательно сказывается на неустойчивой нервной системе ребенка. 2.Диета: пища должна быть механически и химически щадящей (слизистые супы, протертые овощи и мясо, кисели, каши, протертый творог). Все необходимо употреблять в теплом виде через каждые 3 ч (за исключением ночного перерыва). 3.Очень важна психотерапия, особенно у детей старшего возраста и подростков. Желательно проводить ее одновременно с родителями. 4. Из общих мероприятий рекомендуются прогулки на свежем воздухе после еды – не менее 30-40 минут. Не следует принимать горизонтальное положение в течение 2-3 часов после еды. Ночной сон должен быть 8-10 часов. 5.Детям противопоказаны резкие физические нагрузки, вызывающие скачкообразное повышение внутрибрюшного давления: прыжки, интенсивный бег, поднятие тяжестей. 6.Немаловажна борьба с курением, причем как с пассивным, так и с непосредственным курением младших и старших школьников.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Обработка слизистой полости рта при стоматите | 1 |
|  | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований. | 1 |
|  |  |  |

 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 01.06.2020 | Четвертый день практики, сестринского ухода за детьми старшего возраста. В течении практики выполнила /повторила манипуляции: **1. Проведение ингаляций.**Ингаляции осуществляют аэрозольными, паровыми, универсальными ингаляторами, рассчитанными на проведение тепловлажных ингаляций растворами жидких и порошкообразных веществ, ультразвуковыми аэрозольными и электроаэрозольными аппаратами. Ингаляции проводят в специально оборудованном помещении. Подготавливают к работе систему ингалятора, строго соблюдая инструкции по применению аппарата. Ребенка младшего возраста располагают на коленях взрослого, приставив к области рта и носа мундштук распылителя. Дети старшего возраста обхватывают мундштук распылителя губами и вдыхают. Продолжительность ингаляции 5-10 мин. После ингаляции мундштук промывают и стерилизуют, предпочтительно использовать одноразовые мундштуки.Для ингаляции бронходилататоров (беродуал, беротек, атровент, сальбутамол, вентолин и др.), нестероидных (недокромил натрия, кромогликат натрия) и стероидных противовоспалительных препаратов (беклометазон, флутиказон, будесонид и др.) используют портативные *дозированные ингаляторы*. Основой эффективного лечения является правильное применение ингалятора. Использование ингалятора детьми должно осуществляться только под наблюдением взрослых.При ингаляции следует придерживаться следующих правил:1. Снять крышку мундштука. Осмотреть внутреннюю и внешнюю поверхности мундштука, убедиться в их чистоте.
2. Энергично встряхнуть ингалятор.
3. Держать ингалятор вертикально. Стрелка на этикетке и основание баллончика должны быть направлены вверх.
4. Сделать максимальный выдох, затем вставить мундштук в рот между зубами и плотно обхватить его губами.
5. Начиная вдыхать воздух через рот, нажать на основание баллончика так, чтобы распылить дозу препарата, одновременно продолжая делать спокойный и глубокий вдох.
6. Задержать дыхание, убрать ингалятор изо рта. Продолжать сдерживать дыхание, насколько это возможно.

После ингаляции закрыть мундштук крышкой.Ингалятор следует промывать не менее одного раза в неделю:• извлечь металлический баллончик из пластмассового корпуса ингалятора и снять крышку мундштука;• промыть пластмассовый корпус и крышку мундштука теплой водой;• просушить в теплом месте, не используя нагревательных приборов;• поместить на место баллончик и крышку мундштука.Для оптимизации доставки ингаляционных препаратов в дыхательные пути используют дозированный аэрозольный *ингалятор «Легкое Дыхание»*, преимуществами которого являются простота использования, отсутствие необходимости синхронизации вдоха с моментом активирования баллончика ингалятора, снижение потерь лекарственного вещества. Правила использования ингалятора «Легкое Дыхание»:1. Встряхнуть ингалятор несколько раз.
2. Держа ингалятор в вертикальном положении, открыть крышку.
3. Сделать глубокий выдох. Плотно обхватить мундштук губами и максимально вдохнуть. Задержать дыхание на несколько секунд. Медленно выдохнуть.
4. Закрыть крышку ингалятора.

Для удобства применения и повышения эффективности ингаляционной терапии используют *спейсер*– пластиковую трубку с насадкой для ингалятора и мундштуком для рта. Препарат из дозированного ингалятора впрыскивают в спейсер и постепенно вдыхают. После ингаляции спейсер промывают теплой водой и просушивают в теплом месте.В последние годы широкое распространение получила доставка ингаляционных лекарственных препаратов с помощью *небулайзеров*, особенно в терапии детей младшего возраста, пожилых и больных в тяжелом состоянии. В небулайзерах жидкие лекарственные вещества преобразуются в мелкодисперсные аэрозоли, которые пациент ингалирует с помощью лицевых масок или мундштуков.Для ингаляции порошковых форм препаратов используют *дискхалеры*. Дозированное количество лекарственного вещества в виде порошка находится в блистерах, расположенных по периметру диска. Правила пользования дискхалером:1. Снять чехол с мундштука и убедиться в отсутствии загрязнения мундштука.
2. Взять белый выдвижной латок за углы и осторожно выдвинуть его до полного выхода пластмассовых зажимов.
3. Поместить большой и указательный пальцы на выступы зажимов. Сдвинуть зажимы и вынуть лоток из корпуса ингалятора.
4. Поместить диск на колесо нумерацией вверх и вставить лоток обратно в ингалятор.

Подготовка к первой ингаляции:1. Взять ингалятор за углы и перемещать лоток наружу и внутрь. При этом диск будет поворачиваться.
2. Двигать лоток до тех пор, пока в окошке индикатора не появится цифра 8. Диск содержит 8 доз препарата и теперь готов к употреблению. По мере проведения ингаляции цифра в окошке индикатора показывает число доз, оставшихся в диске.

Вскрытие блистера для проведения ингаляции:1. Крепко взять ингалятор и держать его горизонтально. Поднять задний край крышки до упора в вертикальное положение. При этом игла проколет верхнюю и нижнюю поверхности блистера. Ингалятор готов к работе.

Ингаляции с помощью дискхалера:1. Держа ингалятор в горизонтальном положении, сделать полный выдох без усилия.
2. Поднять ингалятор ко рту, продолжая держать его горизонтально. Вставить мундштук между зубами и плотно охватить его губами.
3. Сделать быстрый и глубокий вдох.
4. Задержать дыхание, насколько это возможно, и вынуть ингалятор изо рта.

Подготовка ингалятора к следующей ингаляции:1. Выдвинуть и задвинуть лоток так, чтобы в окошке индикатора появилась следующая цифра. Выполнить ингаляцию по описанным правилам.

Очищение дискхалера: в заднем отсеке ингалятора имеется щетка, вынуть выдвижную плату и колесо из корпуса ингалятора и щеткой удалить весь оставшийся порошок.Для доставки медикаментозных препаратов в дыхательные пути используют также *турбухалеры*. Правила использования турбухалера:1. Отвинтить защитный колпачок.
2. Держать турбухалер вертикально. Повернуть вращающуюся часть в одном направлении на сколько это возможно, затем в противоположном направлении до исходной позиции до щечка.
3. Поместить мундштук между зубами и плотно охватить его губами.
4. Вдохнуть глубоко и сильно.
5. Убрать турбухалер изо рта и выдохнуть.
6. Закрыть турбухалер защитным колпачком.

**2.** **Применение мази, присыпки, постановка компресса.****Согревающий компресс на ухо.**Показания:- воспаление среднего уха.Противопоказания: -гнойничковые процессы в слуховом проходе.Оснащение:- марлевая салфетка из 6-8 слоев;- 40 град. спирт или камфорное масло;- компрессная бумага, ножницы, бинт;- вата толщиной 2-3 см.**Этапы****Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.2. Подготовить все необходимое оснащение.3. Вымыть и осушить руки.4. Приготовить слои компресса:- марлевую салфетку сложить в 6-8 слоев, сделать в ней отверстие для уха в центре;- компрессная бумага – на 2см больше салфетки тоже с отверстием в центре;- кусок ваты на 2см больше, чем компрессная бумага.**Выполнение процедуры**1. Смочить марлевую салфетку в 400С спирте, слегка отжать и положить ее на чистую сухую кожу ребенка.2. Ухо ребенка продеть через отверстие в центре салфетки.3. Поверх салфетки положить компрессную бумагу (полиэтиленовую пленку), так же продев в отверстие ушную раковину.4. Накрыть эти слои слоем ваты и укрепить компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии.-Вымыть руки.Напомнить ребенку/маме, что компресс наложен на 4-6 часов.Через 1,5-2 часа после наложения компресса пальцем, не снимая повязки, проверить влажность салфетки.**Завершение процедуры**1. Снять компресс через положенное время, вытереть кожу и надеть шапочку ребенку.2. Вымыть и осушить руки.При использовании лекарственного средства на кожу необходимо:* Осмотреть место нанесения лекарства, убедиться в отсутствии гиперемии, сыпи, припухлости;
* Обработать тёплой водой или кожным антисептиком;
* Осушить кожу полотенцем или марлевыми салфетками.

**Применение присыпки**Цель: лечебный процесс.Показания:назначение врача.Противопоказания:индивидуальная непереносимость присыпки, раздражение кожи, повреждение кожных покровов.Оснащение: перчатки, присыпка, стерильные салфетки, вода (37-38оС), лоток, ширма, ёмкость с дезраствором.**Последовательность действий:**1. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.
2. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.
3. Отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение.
4. Обработать руки, надеть перчатки.
5. Обработать и осушить промокательными движениями кожу салфетками.
6. Равномерно встряхивающими движениями нанести на кожу присыпку («припудрить»).
7. Снять перчатки и сбросить в лоток для отработанного материала.
8. Обеспечить пациенту комфортные условия.
9. Надеть перчатки, провести дезинфекцию отработанного материала. После снять перчатки, обработать руки.
10. Сделать отметку о выполнении назначения.

**Применение мази**Цель: лечебный процесс.Показания:назначение врача.Противопоказания:индивидуальная непереносимость лекарственного средства.Оснащение: перчатки, мазь, стерильный аппликатор, ножницы, бинт или лейкопластырь, вода (37-38оС), раствор антисептика для обработки кожи (по необходимости), лоток, ширма, ёмкость с дез. раствором, стерильные: салфетки, шпатель, перевязочный материал, перчатки.**Последовательность действий:**1. ***Втирание мази в кожу***
2. Внимательно изучить инструкцию по применению мази. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.
3. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.
4. Отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение.
5. Обработать руки, надеть перчатки.
6. Осмотреть участок кожи для применения мази.
7. Обработать и высушить кожу салфеткой или полотенцем.
8. Нанести мазь из тюбика на аппликатор; при его отсутствии втирать мазь только в перчатках.

*Не втирайте мазь пациенту незащищёнными руками – это небезопасно для Вашего здоровья!*1. Втирать мазь лёгкими вращательными движениями 3-4 минуты до полного всасывания, в некоторых случаях имеются точные инструкции о том, когда следует прекратить втирание (обеспечить тепло, если указанно в инструкции по применения мази).
2. Аппликатор в лоток для отработанного материала.
3. Снять перчатки и сбросить в лоток для отработанного материала.
4. Обеспечить пациенту комфортные условия.
5. Надеть перчатки, провести дезинфекцию отработанного материала. После снять перчатки, обработать руки.
6. Сделать отметку о выполнении назначения.
7. ***Нанесение мази на кожу***
8. Внимательно изучить инструкцию по применению мази. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.
9. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.
10. При необходимости отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение.
11. Обработать руки, надеть перчатки.
12. Осмотреть участок кожи для применения мази.
13. Выдавить из тюбика на аппликатор нужное количество мази.
14. Нанести тонкий слой мази на кожу и оставить кожу открытой в течение 10-15 минут до полного всасывания.
15. Снять перчатки, сбросить в ёмкость для отработанного материала.
16. Обработать руки.
17. Через 10-15 мин. осмотреть кожу, убедиться, что мазь впиталась.
18. Сделать отметку в документации о выполнении назначения.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ АНЕМИИПервым делом нужно собрать информацию о пациенте. Субъективное обследование:  * анамнез заболевания
* анамнез жизни

Жалобы в анамнезе заболевания выявляется постепенное развитие болезни. В анамнезе жизни можно узнать, находится ли заболевший ребенок в группе риска. **К характерным жалобам ЖДА относятся:** * снижение аппетита,
* повышенная утомляемость,
* эмоциональная неустойчивость,
* потливость.

**Объективное обследование:**  При осмотре у больных ЖДА выявляются характерные признаки: * кожные покровы и видимые слизистые (конъюнктивы) бледные: восковидный цвет ушных раковин;
* сухость и шелушение кожи;
* заеды в углах рта;
* отставание в физическом и психомоторном развитии.

При тяжелой анемии ломкость, сухость, тусклость и выпадение волос, слоистость и депигментация ногтей. Сглаженность или атрофия сосочков языка. Тахикардия.  Результаты лабораторных методов диагностики можно узнать из амбулаторной карты больного или из его истории болезни.  **Общий анализ крови:** * снижение уровня гемоглобина (менее 110 г/л у детей до 5 лет) и количества эритроцитов;
* эритроциты гипохромные (бедные гемоглобином), различной величины и формы:
* снижение цветового показателя (менее 0,8).

**Биохимический анализ крови:** * уровни сывороточного железа и ферритина снижены,
* повышение железосвязывающей способности сыворотки крови.

На основе собранной информации выявляем проблемы больного ребенка. На основе гипоксии (недостаточное поступление кислорода в ткани) характерны: * снижение аппетита,
* повышенная утомляемость,
* эмоциональная лабильность,
* отставание в психомоторном развитии,
* бледность кожи и слизистых.

На основе дефицита железа: * сухость, шелушение кожи, заеды в углах рта;
* ломкость, тусклость, выпадение волос;
* слоистость, депигментация ногтей;
* сглаженность и атрофия сосочков языка;
* извращение обоняния - пристрастие к резким неприятным запахам;
* извращение вкуса - поедание извести, мела, земли, глины, сырого мяса, картофеля.

При поздней диагностики и отсутствии адекватного лечения возникают потенциальные проблемы: * риск развития анемии тяжелой степени тяжести,
* вторичного иммунодефицита,
* частые ОРВИ,
* пневмонии,
* заболевания ЖКТ.

Следующий шаг – планирование и реализация сестринского ухода за пациентом.**Цель ухода:** способствовать выздоровлению, не допустить переход в более тяжелое течение и развитие осложнений.  Организовать «стационар на дому»: * обеспечить сестринский уход и лечение,
* обеспечить комфортные условия для больного ребенка.

Провести беседу с ребенком и его родителями о заболевании, причинах развития, необходимости лечения, профилактике. Дать конкретные рекомендации по питанию: при естественном вскармливании:кормящая мама должна обязательно в свой пищевой рацион включать продукты, богатые железом, белком и витаминами: * телятина, говядина, печень, яйцо, греча, овес, морковь, свекла, горошек, цветная капуста.
* томаты, зелень, яблоки, курага, груша, гранаты;
* лучше всего железо усваивается из мяса (гемовое железо);

при искусственном вскармливании:* адаптированные молочные и кисломолочные смеси,
* адаптированные молочные смеси, обогащенные железом "Симилак"; прикормы вводить на 1 мес. раньше;
* введение мяса с 4.5-5 мес., желтка

По организации режима: * постоянные и продолжительные прогулки на свежем воздухе, сон на свежем воздухе:
* массаж и гимнастика по возрасту.

По правилам приема назначенных препаратов: препараты железа (сироп или капли) перед приемом необходимо разводить в небольшом количестве фруктового чая, фруктового или овощного сока, воды и принимать во время или сразу после еды. Предупредить маму, что у ребенка может появиться жидкий стул или кал, окрашенный в черный цвет.  * Осуществлять активные патронажи с целью контроля над соблюдением режима и питания;
* Проведением терапии, назначенной врачом, и выполнением всех рекомендаций по уходу за ребенком;
* Обучение матери правильному приему препаратов железа;
* Проведение динамического наблюдения за реакцией на лечение: самочувствие ребенка, аппетит, эмоциональное состояние, длительность и характер сна, физиологические отправления.

**При ухудшении состояния срочное сообщение врачу или вызов на дом.**Последним этапом оцениваем эффективность сестринского ухода. При правильной организации сестринского ухода наступает выздоровление ребенка. Дети, перенесшие ЖДА, подлежат диспансеризации длительностью 1 год. План диспансеризации: * осмотр педиатром 1-2 раза в месяц;
* анализ крови 1 раз в 2-3 мес. и после интеркуррентных заболеваний.

С учета ребенок снимается при нормальных клинико-лабораторных показателях. Лучшим усвоением обладает особая форма железа – гемовая, это железо из мяса, рыбы или птицы. В печени форма железа в виде трансферрина будет усваиваться хуже. Необходимо в сутки потреблять в среднем около 80-100 г мяса либо рыбы. Вопреки расхожему мнению, железо из овощей и фруктов, например, яблок или гранатов, всасывается плохо, всего около 3% железа всасывается из этих продуктов. Употребление мяса или рыбы в сочетании с овощами, они взаимно улучшают усвоение друг друга. Больше всего железа содержится в говяжьем языке, мясе кролика, индейки.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Проведение ингаляций. | 1 |
|  | Применение мази, присыпки, постановка компресса.Согревающий компресс на ухо | 1 |
|  |  |  |

 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 02.06.2020 | Пятый день практики, сестринского ухода за детьми старшего возраста. В течении практики выполнила /повторила манипуляции: **1.** **Подача кислорода через маску и носовой катетер.****Дача кислорода ребенку из кислородной подушки с помощью маски.**Показания:Неотложные состояния: бронхиальная астма, анафилактический шок, судорожный синдром и др.Оснащение: * кислородная подушка, заполненная кислородом
* аппарат Боброва
* маска (индивидуальная, стерильная)

**Этапы****Подготовка к процедуре**1. Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры.2. Подготовить необходимое оснащение.3. Вымыть и высушить руки4. Заполнить аппарат Боброва водой на 2/3 объема5. К кислородной подушке присоединить через резиновую трубку аппарата Боброва со стороны длинной стеклянной трубки, опущенной в воду.6. К короткой стеклянной трубке аппарата Боброва через резиновый переходник подсоединить маску и проверить подачу кислорода из подушки, открыв вентиль.**Выполнение процедуры**1. Открыть зажим на подушке, надеть маску на рот и нос ребенка и подавить на подушку.*Примечание:* в случае подачи кислорода из централизованной системы , подавать кислород со скоростью 1,5-2 л/мин, контролируя скорость по шкале дозиметраПродолжить подачу кислорода в течение 30 мин – 2 часов**Завершение процедуры**1. Снять маску с лица ребенка, закрыть вентель на подушке.2. Провести дезинфекцию подушки 2-кратным протиранием 3:раствором перекиси водорода (1% хлоргекседином) с интервалом 15 мин.3. Маску замочить в дез. растворе, аппарат Боброва промыть стерилизовать в сухожаровом шкафу.**Подача увлажненного кислорода через носовой катетер.**Цель:устранение кислородного голодания тканей.Показания:экстренные состояния, сопровождающиеся различными нарушениями дыхания, заболевания сердечно-сосудистой системы; повреждения грудной клетки; хронические заболевания бронхов, легких; отравления угарным газом, синильной кислотой, удушающими веществами.Оснащение:стерильный катетер, перчатки, аппарат Боброва с увлажнителем, источник кислорода с расходометром, дистиллированная вода, лейкопластырь.**Алгоритм действий медицинской сестры:**1. Объясните пациенту ход предстоящей манипуляции;
2. Вымойте руки, наденьте перчатки.
3. Вскройте упаковку, извлеките катетер и смочите его дистиллированной водой.
4. Введите катетер в нижний носовой ход на глубину, равную расстоянию от мочки уха до крыльев носа.
5. Зафиксируйте катетер лейкопластырем, чтобы он не выпал и не причинял неудобств.
6. Соедините катетер к источнику увлажненного кислорода с заданной концентрацией и скоростью подачи.
7. Обеспечьте достаточную свободу движений катетера или кислородных трубок и прикрепите их к одежде безопасной булавкой.
8. Проверяйте состояние катетера, скорость потока кислорода, концентрацию через каждые 8 часов.
9. Наблюдайте за тем, чтобы увлажнитель в аппарате Боброва был постоянно.
10. Осматривайте слизистую носа пациента для выявления ее возможного раздражения.

Примечание.Режим ингаляции кислорода и его концентрацию определяет врач.**2**.**Наложение горчичников детям разного возраста.**Оснащение:* лоток с водой
* горчичники
* резиновые перчатки
* лоток с растительным маслом
* 4-х слойная салфетка
* пеленка, одеяло
* лоток для обработанного материала

Обязательное условие:Горчичники ставятся при температуре тела не выше 380C на неповрежденную кожу.**Подготовка к процедуре:**1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.
2. Подготовить все необходимое оснащение.
3. Проверить пригодность горчичников (горчица не должна осыпаться с бумаги, иметь резкий запах).
4. Вымыть и осушить руки.
5. Раздеть ребенка по пояс, осмотреть кожные покровы.

**Выполнение процедуры:**1. Смочить салфетку в теплом растительном масле, отжать и положить на спинку ребенка.
2. Смочить горчичники в воде 40-450С в течение 5-10сек.
3. Поместить горчичники горчицей вниз на салфетку так, чтобы позвоночник находился между горчичниками.
4. Фиксировать горчичники пеленкой вокруг грудной клетки ребенка и укрыть ребенка одеялом.
5. Держать горчичники до стойкой гиперемии кожи, периодически контролируя её состояние.

**Завершение процедуры:**1. Снять горчичники, сбросить их в лоток для отработанного материала.
2. Тепло укутать ребенка и уложить на 1 час.
3. Вымыть и осушить руки.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ У ДЕТЕЙПри Цистите.Лечение и уход за ребенком: 1.Постельный режим: покой и тепло способствует уменьшению дизурических изменений. При болезненном мочеиспускании болевой синдром уменьшается, если принимать ванночки с теплым раствором фурацилина, ромашки. 2.Обильное разнообразное питье: (чай с лимоном, минеральная вода и т.д.) способствует вымыванию инфекции. 3.Диета: полноценная, но щадящая, с исключением экстрактивных, раздражающих продуктов (острое, соленья, копчености, приправы, крепкие бульоны, маринады и пр.). 91 4.Медикаментозная терапия предусматривает применение антибактериальных средств из разных групп: чередование антибиотиков (левомицетин 7-14 дней, амоксиклав), сульфаниламидов (бисиптол), нитрофурановых (фуродонил), препаратов налидиксовой кислоты (неграм, 5-нок). При болевом синдроме - спазмолитики: но-шпа, папаверин, баралгин. 5.Широко применяю физиолечение: УВЧ, СВЧ на область мочевого пузыря, промежность. 6.Санация очагов инфекции. Прогноз. При остром цистите выздоровление в течение 1-2 недели; при хроническом цистите 10-20% случаях выздоровление.Обоснование и различия в организации диеты при ПН и ГН**.** Для детей с заболеваниями почек и мочевыводящих путей обязательно соблюдение строгого лечебно-охранительного режима Горизонтальное положение и тепло способствуют расширению сосудов почек и улучшению почечного кровотока. При исчезновении отеков, нормализации АД и улучшении состава мочи, ребенок переводится на полупостельный режим. Исключительное значение придается диете, а так же восстановлению водно-солевого обмена. Диета различается в зависимости от характера болезни:1.При нефрите в первые дни острого периода из пищи больного полностью исключают соль (бессолевая диета), ограничивают продукты, богатые натрием. Запрещается мясо (диета №7, 7а). бессолевую диету назначают на срок 1 – 1,5 месяца и расширяют осторожно по мере улучшения состояния больного. При заболеваниях мочевыводящих путей исключают острые, копченые, жареные блюда. У детей с обменными нефропатиями набор пищевых продуктов обусловливается характером метаболических нарушений. 2. Диету №6 назначают при повышенном образовании солей мочевой кислоты (уратурия) и щавелевой (оксалурия) кислот. 3.диета № 14 – при повышенном выделении с мочой фосфорной (фосфатурия) кислоты. Необходимо наблюдать за количеством выделенной и выпитой жидкости ребенком. Измеряют суточный диурез. Мочу за сутки собирают в специальную стеклянную посуду, затем переливают в градуированный цилиндр и измеряют ее количество, одновременно учитывают количество выпитой жидкости. Данные о диурезе заносятся в дневник. Помимо измерения диуреза, больных с отеками ежедневно взвешивают. Обильное питье, включающее щелочные минеральные воды, морсы, настои лимона, назначают детям при заболеваниях мочевыводящих путей. Медицинская сестра контролирует у детей старшего возраста ежедневное проведение гигиенических процедур, а детей младшего возраста подмывает. Особенности ухода за детьми с заболеваниями почек и мочевыводящих путей определяются характером того или иного заболевания. У больных с нефритом медсестра следит за пульсом, измеряет артериальное давление, проверяет зрение. Если ребенок жалуется на головную боль или ухудшение зрения, необходимо об этом немедленно сообщить врачу. При почечной недостаточности ребенок должен находиться в постели. Следят за своевременным опорожнением мочевого пузыря и кишечника (ежедневно). Особое внимание уделяют одежде ребенка – она должна быть из натуральных тканей. Надевают шерстяное белье, теплые носки. С целью профилактики инфицирования кожи и улучшения ее выделительной функции меняют простыни, обмывают кожу дезинфицирующими растворами, не менее 2 – 3 раз в неделю проводят гигиеническую ванну. При недержании мочи (энурезе) необходимо, чтобы ребенок днем регулярно самостоятельно мочился. На ночь под простыню подкладывают клеенку и подходят к ребенку 2 -3 и более раз. При наличии пузырномочеточникового рефлюкса применяют режим насильственного мочеиспускания (каждые 2 часа, сидя на корточках). Неотложная помощь при заболеваниях почек.1.Острая задержка мочи, когда ребенок не может помочиться при переполненном мочевом пузыре, несмотря на частые, мучительные позывы. Состояние требуют оказания неотложной помощи. Ребенка можно положить в теплую ванну. Иногда рефлекс на мочеиспускание вызывается звуком льющейся воды. В случае неэффективности этих мероприятий проводят катетеризацию мочевого пузыря. 2.Почечная колика - симптомокомплекс, возникающий при остром (внезапном) нарушении оттока мочи из почки, что приводит к развитию чашечно-лоханочной гипертензии, рефлекторному спазму артериальных почечных сосудов, венозному стазу и отеку паренхимы, ее гипоксии и перерастяжению фиброзной капсулы. 3.Наиболее часто возникает при обструкции верхних мочевых путей обусловлена камнем (конкрементом) в мочеточнике. Окклюзия мочеточника может также наступить при стриктурах, перегибах и перекрутах мочеточника, при обтурации его просвета сгустком крови, слизи или гноя и т.д. Неотложная помощь заключается в применении тепловых процедур, приеме препаратов, содержащих терпены и эфирные масла (цистанал – столько капель, сколько лет ребенку, уролесан, олиметин, ниерон) и спазмолитиков (но-шпа, папаверин), по назначению врача введение ганглиоблокаторов (гексоний) или комбинированных препаратов (баралгин, спазган, максиган).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Подача кислорода через маску и носовой катетер. | 1 |
|  | Наложение горчичников детям разного возраста. | 1 |
|  |  |  |

 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 03.06.2020 | Шестой день практики, сестринского ухода за детьми старшего возраста. В течении практики выполнила /повторила манипуляции: **1.** **Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки.****1. Очистительная клизма:**Цель: * добиться отхождения каловых масс.

Оснащение: * резиновые перчатки, фартук;
* клеенка, пеленка;
* резиновый баллончик (№ 1-6) с наконечником;
* емкость с водой комнатной температуры (20-22оС);
* вазелиновое масло;
* лоток для отработанного материала;
* полотенце;
* горшок.

**Этапы****Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.
2. Подготовить все необходимое оснащение.
3. Постелить клеенку накрыть ее пеленкой.
4. Выложить полотенце для подсушивания ребенка после процедуры.
5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
6. Взять резиновый баллончик в правую руку выпустить из него воздух набрать в него воду температуры 20-22о.

*Примечание:* необходимое количество воды:* новорожденному – 25-30 мл;
* грудному 50-150 мл;
* 1-3 года – 150-250 мл.
1. Смазать наконечник вазелиновым маслом методом полива.

**Выполнение процедуры**1. Уложить ребенка на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах, прижать к животу.

*Примечание*: ребенка в возрасте до 6 месяцев положить на спину, приподнять ноги вверх.1. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении.
2. Расположив резиновый баллон наконечником вверх нажать на него снизу большим пальцем правой руки и до появления воды.
3. Не разжимая баллончика ввести наконечник осторожно без усилий в анальное отверстие и продвинуть в прямую кишку вначале к пупку, а затем преодолев сфинктеры параллельно копчику.
4. Медленно нажимая на баллон снизу ввести воду, и не разжимая его извлечь наконечник из прямой кишки одновременно левой рукой сжать ягодицы ребенка.
5. Баллон поместить в лоток для отработанного материала.
6. Уложить ребенка на спину, прикрыв промежность пеленкой (до появления стула или позывов на дефекацию).

**Завершение процедуры**1. Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить полотенцем промокательными движениями.
2. Одеть, уложить в постель.
3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор. Вымыть и осушить руки.

**2. Лекарственная клизма:**Цель: * ввести лекарственный препарат через прямую кишку и обеспечить его всасывание.

Оснащение:* резиновые перчатки, фартук;
* клеенка, пеленка;
* резиновый баллончик (№ 1-2);
* емкость с лекарственным препаратом в изотоническом растворе;
* вазелиновое масло;
* лоток для отработанного материала;
* полотенце (пеленка);
* газоотводная трубка;
* марлевая салфетка.

**Этапы****Подготовка к процедуре**1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.
2. Подготовить все необходимое оснащение.
3. Постелить клеенку накрыть ее пеленкой.
4. Выложить полотенце (пеленку) для подсушивания ребенка после процедуры.
5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
6. Подогреть лекарственный препарат до 37–380 и набрать его в резиновый баллончик.
7. Смазать конец газоотводной трубки вазелиновым маслом методом полива.

**Выполнение процедуры**1. Уложить ребенка на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах, прижать к животу.

*Примечание:* ребенка в возрасте до 6 месяцев положить на спину, приподнять ноги вверх.1. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении.
2. Пережав свободный конец газоотводный трубки, ввести ее осторожно без усилий в анальное отверстие и продвинуть ее в прямую кишку на 2/3 ее длины, направляя, в начале, к пупку, а затем, преодолев сфинктеры, параллельно копчику.
3. Расположив резиновый баллон наконечником вверх, нажать на него снизу большим пальцем правой руки до появления воды. Не разжимая баллончик, присоединить его к газоотводной трубке.
4. Медленно нажимая на баллон снизу, ввести лекарственный раствор, и не разжимая его отсоединить от газоотводной трубки, предварительно пережав её свободный конец.
5. Баллон поместить в лоток для отработанного материала.
6. Извлечь газоотводную трубку из прямой кишки, пропустив ее через салфетку (газоотводную трубку и салфетку положить в лоток для отработанного материала).
7. Левой рукой сжать ягодицы ребенка на 10 минут.
8. Уложить ребенка на живот.

**Завершение процедуры**1. Обработать перианальную область тампоном, смоченным вазелиновым маслом.
2. Одеть ребенка уложить в постель, проследить, чтобы ребенок находился в горизонтальном положении в течение 30 мин. после проведения процедуры.
3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор. Вымыть и осушить руки.

**3. Введение газоотводной трубки**Показания: метеоризм. Противопоказания: выпадение прямой кишки, острые воспалительные, гнойные, язвенный процессы в области заднего прохода и толстой кишки, трещины заднего прохода и его зияние, опрелости в области заднего прохода 2-3 степени, перитонит, желудочно-кишечные кровотечения, первые дни после операции на органах брюшной полости. Оснащение:А - стерильные: газоотводная трубка, лоток, салфетки, пинцет, перчатки; Б - лоток с водой, вазелин, вазелиновое масло, растительное масло, марлевые шарики, присыпка или детский крем, 3 пеленки, клеенка, дез.раствор.**Техника введения газоотводной трубки:****Подготовка к процедуре**:1.Положите на пеленальный столик последовательно сверху вниз: - пеленку - клеенку - пеленку; 2. Проверьте наличие на рабочем месте баночки с вазелином, стакан с водой, марлевых тампонов; 3. Проведите психологическую подготовку ребенка (мамы), объясните ход процедуры; 4. Вымойте руки; 5. Наденьте перчатки; 6. Возьмите пинцетом стерильный лоток: - положите стерильную салфетку; - возьмите стерильную газоотводную трубку и положите в салфетку; - поставьте лоток на пеленальный столик; - распеленайте или разденьте ребенка; - уложите его на спину или левый бок, согнув ноги в тазобедренном и коленных суставах. ВНИМАНИЕ! Перед постановкой газоотводной трубки сделайте очистительную клизму. **Выполнение процедуры:**1.Возьмите правой рукой газоотводную трубку, закругленный конец ее смажьте вазелином или маслом (метод полива). 2. Раздвиньте ягодицы ребенка 1-2 пальцем левой руки, правой рукой, вращательными движениями без усилий введите газоотводную трубку в прямую кишку на 8-10 см (для ребенка первых месяцев жизни) так, чтобы наружный конец ее выступал из заднего прохода. 3. Опустите наружный конец газоотводной трубки в стакан с водой.4. проверьте отхождение газов по наличию пузырьков в воде.5. Накройте ребенка пеленкой.6. Оставьте газоотводную трубку на 20-30 мин, пока не отойдут газы. 7. Примечание: в течение 30 минут проведите ребенку легкий массаж живота по часовой стрелке через согретую пеленку.8. Через 30 минут осторожно удалите газоотводную трубку из прямой кишки.9. Положите газоотводную трубку в дез.раствор.**Окончание процедуры:**1. Обработайте после удаления газоотводной трубки окружность заднего прохода марлевым шариком, обработайте кожу в области заднего прохода детской присыпкой или кремом, 2. Запеленайте или оденьте ребенка, положите в кроватку. Инфекционный контроль: 1. Снимите перчатки и погрузите их в 3% р-р хлорамина на 60 минут, 2. Газоотводную трубку замочить в 3% р-ре хлорамина на 60 минут. 3. Клеенку протереть двукратно 1% р-м хлорамина, 4. Обработайте руки на гигиеническом уровне. *Примечание:* через 3 часа процедуру можно повторить.**2.** **Физическое охлаждение при гипертермии.****Методы физического охлаждения.****Физическое охлаждение с помощью льда.**Оснащение:* пузырь для льда
* кусковый лед
* деревянный молоток
* флаконы со льдом
* пеленки 3-4 шт.
* часы

Обязательное условие:При проведении гипотермии необходимо осуществлять контроль температуры через 20-30 минут и проводить коррекцию мероприятий с учетом повторной термометрии.**Подготовка к процедуре:**1. Объяснить ребенку (маме) цель и ход выполнения процедуры.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Вымыть и осушить руки.
4. Поместить кусковой лед в пеленку.
5. Разбить его на мелкие части (размером 1-2см) деревянным молотком.
6. Наполнить пузырь со льдом на ½  объема и долить холодной водой (t = 14 – 160C) до 2/3 объема.
7. Завернуть пузырь в сухую пеленку.

**Выполнение процедуры:**1. Приложить пузырь со льдом к голове ребенка на расстоянии 20-30см. Проверить расстояние между пузырем и головой ребенка, расположив между ними ребро.
2. Для охлаждения можно использовать флаконы со льдом, приложив их на области крупных сосудов (боковые поверхности шеи, подмышечные, паховые складки, подколенные ямки), предварительно обернуть флаконы салфеткой.
3. Зафиксировать время.

*Примечание:* длительность процедуры 20-30 мин. Места приложения флаконов необходимо менять через 10-15 минут. При необходимости повторения процедуры перерыв должен составлять не менее 10-15 мин. По мере таяния льда сливать воду из пузыря и подкладывать в него кусочки льда, менять флаконы.**Завершение процедуры:**1. Через 20-30 мин повторно измерить температуру тела ребенка.
2. Провести коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии.

**Физическое охлаждение с помощью обтирания.**Оснащение: * этиловый спирт 70°;
* вода 12-14 град;
* ватные шарики;
* почкообразный лоток;
* часы.

Обязательное условие:При проведении гипотермии необходимо осуществлять контроль температуры через 20-30 мин. и проводить коррекцию мероприятий с учетом повторной термометрии.**Подготовка к процедуре:**1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.
2. Вымыть и осушить руки.
3. В почкообразном лотке развести спирт с водой в соотношении 1:1.
4. Раздеть ребенка.
5. Осмотреть кожные покровы.

**Выполнение процедуры:**1. Ватным тампоном, смоченным в 40% спирте, протереть участки, где крупные сосуды проходят близко к поверхности кожи: височную область, область сонных артерий, подмышечные впадины, локтевые, подколенные сгибы, паховые области. Сбросить тампон в лоток.
2. Повторять протирание складок каждые 10-15 минут.

**Завершение процедуры:**1. Через 20-30 мин повторно измерить температуру тела ребенка.
2. Провести коррекцию мероприятий с учетом данных термометрии.

**Уксусное обертывание.**Оснащение: * уксус столовый 6%;
* вода 12-140С;
* емкость для приготовления уксусного раствора;
* тонкая пеленка;
* подгузник;
* салфетка;
* часы.

Обязательное условие: При проведении гипотермии необходимо осуществлять контроль температуры через 20-30 мин. и проводить коррекцию мероприятий с учетом данных повторной гипотермии.**Подготовка к процедуре:**1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Вымыть и осушить руки.
4. В емкости развести уксус с водой в соотношении 1:1
5. Раздеть ребенка.
6. Осмотреть кожные покровы ребенка.

**Выполнение процедуры:**1. Свернуть тонкую пеленку в виде гармошки.
2. Смочить ее в уксусном растворе.
3. Отжать пеленку и разложить ее на ровной поверхности.
4. Уложить ребенка на пеленку так, чтобы ею можно было укрыть все тело, а верхний край находился на уровне мочки уха.
5. Прикрыть половые органы подгузником.
6. Руки малыша поднять вверх и одной стороной пеленки покрыть грудную клетку и живот ребенка, приложив край пеленки между ножками. Опустить руки ребенка и прижать их к туловищу, обернув другим краем пеленки.
7. Свернуть из салфетки валик и обернуть им шею ребенка.
8. Зафиксировать время. В течение 20-30 мин. повторно смачивать в уксусном растворе по мере ее нагревания и вновь обворачивать ею ребенка.

**Завершение процедуры:**1. Через 20-30 мин повторно измерить температуру тела ребенка.

Провести коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии.ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ.Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) атеросклеротического генеза, особенно ишемическая болезнь сердца (ИБС), Пороки сердца, остаются основной причиной преждевременной смерти во всем мире. По данным эпидемиологических исследований, профилактика ССЗ высоко эффективна. Снижение смертности от ИБС на 50% связано с воздействием на факторы риска и только на 40% с улучшением лечения.Профилактика ССЗ – это координированный комплекс на общественном и индивидуальном уровне, направленный на устранение или минимизацию влияния ССЗ и связанной с ними инвалидности. Профилактические мероприятия должны проводиться всю жизнь, начиная с рождения и до глубокой старости.Основные стратегии профилактики:Популяционная: изменение образа жизни, экологической обстановки, пропаганда здорового образа жизни;Стратегия высокого риска: превентивные меры, направленные на снижение уровня факторов риска ССЗ. Эти направления профилактики должны взаимно дополнять друг друга.*Мероприятия, формирующие здоровый образ жизни и снижающие уровень ФР:***1. Отказаться от курения** (не курящим от пребывания в помещениях для курения (пассивное курение). Если человек выкуривает 5 сигарет в день -  увеличивается риск смерти на 40%, если одну пачку в день - на 400%, то есть шансов умереть в 10 раз больше!В Республике Беларусь табакокурение является опосредованной причиной смерти каждого пятого случая смерти лиц старше 35 лет. **2. Соблюдать гипохолестериновую диету:** снижение насыщенных жиров (уменьшение потребления жирных сортов свинины, введение в рацион питания мясо индейки, кролика, с низким содержанием холестерина), акцент на цельно зерновые продукты, овощи (рекомендуется до 5 порций в день), фрукты и рыбу. Следует использовать мягкий маргарин, подсолнечное, кукурузное, рапсовое или оливковое масла. Общее содержание жиров должно быть не более 30% общего энергетического состава, а содержание насыщенных жиров не должно превышать 1/3 всех потребляемых жиров.**3.** **Уменьшить потребление поваренной соли до 5 г/сутки.** Сократить употребление продуктов, содержащих «скрытую» соль: копченые и вареные колбасные изделия, хлеб. Исследования ученых показали, что, если ограничить употребление соли, риск инфаркта миокарда и других сердечных катастроф может снизиться на 25 %.  Очень полезно увеличить употребление продуктов, содержащих калий и магний (морская капуста, изюм, свекла,  абрикосы, кабачки, тыква, гречка).**Рациональное питание**- это сбалансированное, регулярное (не реже 4 раз в день) питание с ограничением потребления соли.1. **Снижать избыточный вес.** Избыточный вес повышает риск развития ИБС и других заболеваний, связанных с атеросклерозом. Обращает на себя внимание тот факт, что более 12% населения вообще не знает своего веса. Распространенность избыточной массы тела увеличивается с возрастом. Для оценки своего веса используйте простую формулу определения индекса массы тела **(ИМТ) = вес (кг) /рост (м 2).**

**ИМТ** до 24,9 - это нормальная масса тела;25-29,9 – избыточная масса тела;30-34,9 – ожирение I степени;35-39,9 – ожирение II степени;40 и более – ожирение III степени.Причем, более опасно так называемое центральное ожирение (мужского типа), когда жир откладывается на животе. О наличии центрального ожирения можно судить по окружности талии (ОТ) и отношению окружности талии к окружности бедер. Риск ССЗ повышается у мужчин с ОТ больше 94 см и, особенно, при окружности больше 102 см, у женщин - соответственно больше 80 см и 88 см. Отношение окружности талии к окружности бедер у мужчин больше 1,0 и у женщин больше 0,85 является более точным показателем центрального типа ожирения.**Для мужчин** с ОТ < 102 см и женщин с ОТ < 88 см и/или ИМТ < 30 кг/ м 2рекомендуется не набирать вес.**Для мужчин** с ОТ ≥ 102 см и женщин с ОТ ≥ 88 см и/или ИМТ ≥ 30 кг/ м 2рекомендуется снижать массу тела.**4.Контролировать АД.**Поддерживать уровень АД не выше 140/90 мм рт. ст.**5.Увеличивать физическую активность.** Не менее 150 минут в неделю средней аэробной (ходьба, плавание, велосипед) физической активности (по 30 минут в день 5 раз в неделю) или 75 минут в неделю интенсивной физической активности или комбинация.**6.Контролировать показатели липидного обмена.** Пациентам с очень высоким ССР рекомендовано достижение целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) <1,8 ммоль/л или его уменьшение минимум на 50%, если исходный показатель составлял 1,8-3,5 ммоль/л (ESC, 2016).Пациентам с высоким ССР рекомендовано достижение целевого уровня ХС-ЛПНП <2,6 ммоль/л или его уменьшение минимум на 50%, если исходный показатель составлял 2,6-5,1 ммоль/л. У остальных пациентов целевым уровнем ХС-ЛПНП является <3,0 ммоль/л.**7.Ограничить приём алкоголя.**Меньше 2 стандартных доз (1 доза - 12 г/18 мл этанола) в день для мужчин и меньше 1 стандартной дозы для женщин в день, что приблизительно соответствует 330 мл пива, или 150 мл вина, или 45 мл крепкого напитка.**8.Контролировать гликемию.** Уровень гликированного гемоглобина **<**6-6,5%.**9.Избегать длительных стрессовых ситуаций.**Даже небольшие изменения, внесенные в образ жизни, могут замедлить преждевременное старение сердца и сосудов. Никогда не поздно начать вести здоровый образ жизни. После появления у человека признаков ИБС факторы риска продолжают действовать, способствуя прогрессированию заболевания и ухудшая прогноз, поэтому их коррекция должна быть составной частью тактики лечения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | **Выполненные манипуляции** | **Количество** |
|  | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | 1 |
|  | Физическое охлаждение при гипертермии. | 1 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |  |  |

Место печати МО

Подпись общего руководителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись непосредственного руководителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись студента: Ооржак Б.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Рецепты на лекарственные средства, используемые в отделении**

|  |  |
| --- | --- |
| Rp.: Tabl. Аcetylsalicylici - 0,5  D. t. d. N. 10  S. По 1 таб. 2 раза в сутки после еды. | Rp.: Sol. Amikacini 0,25 - 4 ml D.t.d. N. 50 in amp.  S. в/в капельно. |
| Rp.: Sol. Vicasoli 1% -1 ml D.t.d. N. 4 in amp. S. вводить в/м no 1мл . | Rp.: Sol. Gеntamycini sulfatis 4% - 2 ml D. t. d. N. 10 in amp. S. Вводить в/м по 2мл 2 р/д. |
| Rp.: Sol. Asparcamum -10 ml  D. t. d. N. 10 in amp. S. Вводить внутривенно капельно медленно по 10-20 мл. Содержимое ампулы разводить в 50-100 мл 5% раствора глюкозы. | Rp.: Tabl. Cardiomagnyl - 0,075 D. t. d. N. 50 S. Принимать по 1 таблетке 1 раз в сутки. |
| Rp.: Drаge. Ferroplеx - 50 mg D. t. d. N. 20. S. Принимать внутрь по 1 др. 3 р/д. | Rp.: Sol. Hemoferi -30 ml D. t. d. N. 1 in flac.  S. Детям от 1 года до 12 лет 45 мг (28 капель) 1-2 раза/сут. Принимать внутрь, между приемами пищи, с водой или соком. |
| Rp.: Sol. Calcii gluconici 10% - 10,0 ml D. t. d. N. 10 in amp. S. в/в (медленно или капельно) – 1-5 мл 10% раствора каждые два-три дня. | Rp.: Sol. Tothema - 10 ml D. t. d. N. 10 in amp. S. по схеме. |
| Rp.: Sol. Insulini pro injectionibus -5 ml  D. t. d. N. 2 in amp. S. По 0,5 мл (20 ЕД) подкожно, ежедневно за 20 мин. до завтрака, 0,4 мл (16 ЕД) за 20 мин до обеда и 0,1 мл (4 ЕД) за 20 мин до ужина ребенку 10 лет.  | Rp.: Rp.: Ferrum lek - 2ml D. t. d. N. 10 in amp. S. Вводить в/м по 2 мл через день.  |