

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра сестринского дела и клинического ухода

**Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных
умений и навыков научно-исследовательской деятельности (Уход за больными терапевтического
профиля)**

**Сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности
31.05.01 Лечебное дело (очная форма обучения)**

Красноярск

2018

Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности (Уход за больными терапевтического профиля) : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 31.05.01 Лечебное дело (очная форма обучения) / сост. С.А. Бахшиева, Н.П. Вахрушева, Н.М. Лисовская, Ж.Е. Турчина, О.Я. Шарова. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018.

Составители:

ассистент С.А. Бахшиева
преподаватель Н.П. Вахрушева
к.м.н. Н.М. Лисовская
к.м.н., доцент Ж.Е. Турчина
к.м.н., доцент О.Я. Шарова

Сборник методических указаний к практическим занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2016 по специальности 31.05.01 Лечебное дело (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2016 г.) и СТО СМК 7.5.03.17. Выпуск 4.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 6 от 25 июня 2018 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2018

1. Тема № 1. Организация работы лечебно-профилактических учреждений. Значение общего ухода за больными (Компетенции: ОК-5, ОПК-4, ПК-20)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Актуальность данной темы характеризуется тем, что Сестринское дело на современном этапе является составной частью здравоохранения России в целом и уход за больными является частью лечебного процесса. Будущие врачи должны знать основные общие и частные принципы ухода за больными.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основные этапы работы о обязанности среднего медицинского персонала при работе в лпу; правила общения с пациентами и информирования об изменениях в состоянии пациента, **уметь** осуществлять транспортировку больного внутри учреждения., **владеть** навыками общения в медицинском коллективе, подготовкой с доклада на учебно-студенческую конференцию

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** видеопроектор, ноутбук

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Виды медицинской помощи

В соответствии с квалификационной характеристикой медицинской профессии все виды

медицинской помощи в зависимости от места и условий, где эта помощь оказывается, от особенностей организации и квалификации специалиста подразделяются на следующие разновидности.

1. Первая медицинская помощь: самопомощь, взаимопомощь, помощь санинструктора, помощь специально обученных представителей ряда «социальных» профессий (так называемых парамедиков) – милиционера (полицейского), пожарного, стюардессы и др.
2. Доврачебная (фельдшерская) помощь: оказывается средним медицинским персоналом.
3. Первая врачебная помощь – простейшие врачебные лечебно-профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия.
4. Квалифицированная медицинская помощь – сложные врачебные манипуляции терапевтического или хирургического профиля, осуществляемые врачом-специалистом: терапевтом, хирургом, педиатром и др.
5. Специализированная медицинская помощь – помощь «узких» специалистов (кардиолога, аритмолога, пульмонолога, эндокринолога и др.) в специально предназначенных для этих целей лечебных учреждениях.
Типы лечебных учреждений

Структура учреждений здравоохранения в Российской Федерации предусматривает несколько основных направлений, среди которых ведущее место занимает лечебно-профилактическая сеть (табл. 1).

Таблица 1.

Структура учреждений здравоохранения Российской Федерации

Направление	Типы учреждений	Виды учреждений
-------------	-----------------	-----------------

Лечебно-профилактическое	Амбулаторно-Поликлинические Стационарные Лечебно-профилактическое	Амбулатории, поликлиники (городские, центральные, районные), медсанчасти и здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, поликлинические отделения районных, областных и республиканских больниц, диспансеров; дневные стационары, косм его логические лечебницы, ведомственные поликлиники (на водном транспорте, железнодорожном транспорте и т.п.), стоматологические поликлиники, консультативно-диагностические центры учебных и научно-исследовательских медицинских институтов, детские реабилитационные центры, центры реабилитации женщин с патологией беременности, кабинеты медико-социальной реабилитации, медико-генетические консультации Больницы (участковые, краевые, районные, городские, областные, республиканские), детские больницы, медсанчасти, ведомственные больницы (на водном транспорте, железнодорожном транспорте и т.п.), стационарные отделения диспансеров, госпитали, клиники учебных и научно-исследовательских медицинских институтов, специализированные больницы, частные лечебницы Онкологические, кардиологические, кожно-венерологические, противотуберкулезные, психоневрологические, врачебно-физкультурные и др.
	Учреждения охраны материнства и детства	Женские консультации, родильные дома, родильные и гинекологические отделения больниц, дома ребенка, ясли, молочные кухни
	Учреждения скорой и неотложной медицинской помощи	Станции, больницы и отделения скорой и неотложной медицинской помощи; отделения переливания крови
	Санаторно-курортные	Санатории, детские санатории, санатории-профилактории, грязелечебницы, курортные поликлиники
Санитарно-профилактическое	Санитарно-эпидемиологические	Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора, дезинфекционные станции, противочумные станции, изоляционно-пропускные пункты на железнодорожном транспорте
	Санитарное просвещение	Центральный научно-исследовательский институт медицинских проблем пропаганды здорового образа жизни, центры медицинской профилактики, дома санитарного просвещения, общества Красного Креста и Красного Полумесяца, общество «Знание»
Судебно-медицинское	Бюро судебно-медицинской экспертизы	
Фармацевтическое и медицинской техники	Аптечные	Аптеки, аптечные базы, аптечные киоски, аптечные магазины и склады; контрольно-аналитические лаборатории
	Медицинской техники	Магазины, базы и склады медицинской техники и оптики

Лечебные учреждения обеспечивают населению медицинскую помощь по месту жительства (территориальные лечебные учреждения) и месту работы (лечебные учреждения организаций и предприятий).

Медицинская помощь может осуществляться на различных этапах:

- амбулаторная (внебольничная) помощь - поликлиники, поликлинические отделения больниц и диспансеров, амбулатории, медсанчасти и здравпункты, станции скорой медицинской помощи, женские консультации;

- стационарная медицинская помощь (её оказывают больным, которым необходимы систематическое наблюдение, сложные методы обследования и лечения) – больницы, госпитали, санатории и др.

В России введена система обязательного медицинского страхования. Каждый человек имеет страховой полис, который гарантирует необходимый объем бесплатной медицинской помощи за счет средств, страховых компаний. Кроме того, существует платная сеть медицинских услуг.

В повседневной жизни под уходом за больным понимают оказание ему помощи в удовлетворении различных потребностей: в еде, питье, туалете, движении, физиологических отправлениях и др. Уход также подразумевает создание для больного оптимальных условий пребывания в лечебном учреждении или дома: тишину и покой, удобную постель, чистое бельё, свежий воздух и т.д. В таком объёме уход осуществляется, как правило, младшим медицинском персоналом и родственниками больного. Ф. Найтингейл писала: «Если путём правильного ухода устранить все осложняющие болезнь условия, то болезнь примет своё естественное течение, а всё побочное, искусственное, вызванное ошибками, легкомыслием или невежеством окружающих, будет устранено».

В медицине понятие «уход за больным» трактуется более широко. Здесь он выделяется в самостоятельную дисциплину и представляет собой целую систему мер, включающих правильное и своевременное выполнение различных лечебных назначений, проведение диагностических мероприятий, подготовку больного к определённым исследованиям, наблюдение за состоянием больного, оказание первой доврачебной помощи, ведение необходимой медицинской документации.

Уход за больным влияет на эффективность лечения и является его неотъемлемой частью.

Качество ухода за больным находится в неразрывной связи с результатами лечения заболевания, его прогнозом. Так, при успешном ведении больного с инфарктом миокарда можно «потерять» пациента из-за недобросовестного выполнения необходимых мероприятий по уходу: например, отсутствие постоянного наблюдения может привести к нарушению пациентом строгого постельного режима в первые дни инфаркта миокарда и развитию, в частности, таких осложнений, как фатальные нарушения ритма сердца и прогрессирование сердечной недостаточности. Ещё один пример: неадекватный контроль за чистотой постельного белья и состоянием кожных покровов в условиях гиподинамии может привести к образованию пролежней. Именно поэтому уход за больным – обязательная составная часть лечения, влияющая на течение заболевания и выздоровление пациента.

Существует два основных направления по осуществлению ухода за больными – общий уход и специальный уход.

- **Общий уход** – осуществление общих мероприятий по уходу независимо от характера заболевания (общий осмотр, измерение температуры тела, смена белья и пр.).
- **Специальный уход** – осуществление специфических мероприятий по уходу в зависимости от диагноза заболевания (например, подготовка больного к холецистографии, катетеризация мочевого пузыря).

Обязанности медицинской сестры и младшего медицинского персонала

Уход за больными осуществляет средний и младший медицинский персонал.

Средний медицинский персонал

Медицинская сестра – специалист со средним медицинским образованием (оканчивает медицинский колледж). Медицинскую сестру относят к среднему медицинскому персоналу, она выступает помощником врача в лечебно-профилактических учреждениях, выполняет врачебные назначения и осуществляет сестринский процесс. По определению ВОЗ, суть сестринского процесса заключается именно в осуществлении ухода за больными.

Обязанности медицинской сестры зависят от типа и профиля лечебного учреждения, где она работает, её должности и характера выполняемой работы. Существуют следующие должности медсестёр.

- **Главная медицинская сестра.** В настоящее время это специалист с высшим медицинским образованием, оканчивающий факультет высшего сестринского образования медицинского университета. Она занимается вопросами рациональной организации труда, повышением квалификации среднего и младшего медицинского персонала больницы и осуществляет контроль за его работой.
- **Старшая медицинская сестра** оказывает помощь заведующему отделением больницы (поликлиники) в административно-хозяйственных вопросах, организует и контролирует работу палатных медицинских сестёр и младшего медицинского персонала.
- **Палатная медицинская сестра** выполняет врачебные назначения больным в закреплённых за ней палатах, наблюдает за состоянием пациентов, осуществляет уход за ними и организует их питание.
- **Процедурная медицинская сестра** выполняет врачебные назначения (внутривенные инъекции и вливания), помогает при проведении манипуляций, которые имеет право выполнять только врач, проводит

взятие крови из вены для биохимических исследований.

- **Операционная медицинская сестра** помогает хирургу при хирургических вмешательствах, подготавливает к операции хирургический инструментарий, шовный и перевязочный материал, бельё.
- **Участковая медицинская сестра** помогает участковому врачу на приёме больных, проживающих на закреплённом за ним участке, выполняет по назначению врача лечебные процедуры на дому и участвует в проведении профилактических мероприятий.
- **Медицинские сестры, работающие на приёме больных с врачами узких специальностей** (окулистом, оториноларингологом, невропатологом и др.).
- **Диетическая медицинская сестра (диетсестра)** под руководством врача-диетолога отвечает за организацию и качество лечебного питания, составляет меню, контролирует кулинарную обработку и раздачу пищи, а также санитарное состояние кухни и столовой для больных.

Несмотря на определённое разделение функций медицинских сестёр, существует круг обязанностей, принятый для среднего медицинского звена в целом.

1. Выполнение врачебных назначений: инъекции, раздача лекарств, постановка горчичников, клизм и пр.
2. Осуществление сестринского процесса, в том числе:
 - сестринский осмотр – первичный осмотр больного, измерение температуры тела, подсчёт частоты дыхательных движений (ЧДД) и пульса, измерение АД, контроль суточного диуреза и пр.;
 - правильный сбор материала для анализов (крови, мокроты, мочи и кала);
 - обеспечение ухода за больными – уход за кожными покровами, глазами, ушами, полостью рта; контроль за сменой постельного и нательного белья; организация правильного и своевременного питания больных.
3. Оказание первой доврачебной помощи.
4. Обеспечение транспортировки больных.
5. Приём поступивших больных и организация выписки больных.
6. Осуществление контроля за санитарным состоянием отделений.
7. Осуществление контроля за соблюдением больными правил внутреннего распорядка

лечебных учреждений и выполнением ими правил личной гигиены.

8. Ведение медицинской документации.

Младший медицинский персонал

К младшему медицинскому персоналу относят младших медицинских сестёр, сестёр-хозяек и санитарок.

- **Младшая медицинская сестра** (сестра по уходу за больными) помогает палатной медицинской сестре в уходе за больными, проводит смену белья, обеспечивает содержание в чистоте и опрятности самих больных и больничных помещений, участвует в транспортировке больных, следит за соблюдением пациентами больничного режима.
- **Сестра-хозяйка** занимается хозяйственными вопросами, получает и выдаёт бельё, моющие средства и уборочный инвентарь и непосредственно контролирует работу санитарок.
- **Санитарки:** круг их обязанностей определяется их категорией (санитарка отделения, санитарка-буфетчица, санитарка-уборщица и пр.).

Общие обязанности младшего медицинского персонала следующие.

1. Регулярная влажная уборка помещений: палат, коридоров, мест общего пользования и др.
2. Оказание помощи медицинской сестре в осуществлении ухода за больными: смена белья, кормление тяжелобольных, гигиеническое обеспечение физиологических отправления тяжелобольных – подача, уборка и мытьё суден и мочеприёмников и пр.
3. Санитарно-гигиеническая обработка больных.
4. Сопровождение больных на диагностические и лечебные процедуры.
4. Транспортировка больных.

Основы медицинской этики (деонтологии)

Медицинская этика (лат. *ethica*, от греч. *ethice* – изучение нравственности, морали), или медицинская деонтология (греч. *deon* – долг; термин «деонтология» широко использовался в отечественной литературе последних лет), – совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей.

По современным представлениям, медицинская этика включает в себя следующие аспекты:

- научный – раздел медицинской науки, изучающий этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников;
- практический – область медицинской практики, задачами которой являются формирование и применение этических норм и правил в профессиональной медицинской деятельности.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПЕРВЫМ ОРГАНИЗАТОРОМ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИИ БЫЛ:

- 1) Г.Л. Захарьин;
- 2) Ф. Найтингейл;
- 3) Н.И. Пирогов;
- 4) С.В. Курашов;
- 5) М.Я. Мудров;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-5, ОПК-4

2. ЯТРОГЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ - ЭТО:

- 1) Заболевание, развившееся в результате неосторожного высказывания медработника о больном или его болезни либо в результате неправильного лечения;
- 2) Заболевание, развившееся в результате неправильного лечения;
- 3) Осложнение основного заболевания;
- 4) Заболевание, передающееся от больного к больному;
- 5) Наследственное заболевание;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-5, ОПК-4

3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ СРЕДНЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ:

- 1) Выполнение назначений врача;
- 2) Влажная уборка помещений;
- 3) Стрижка ногтей;
- 4) Мытьё головы;
- 5) Смена постельного белья;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-5, ОПК-4

4. ВИД ЛПУ НЕ ОТНОСИТСЯ К АМБУЛАТОРНОМУ ТИПУ ?:

- 1) Женская консультация;
- 2) Здравпункт;
- 3) Больница;
- 4) ФАП;
- 5) Травмпункт;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-5

5. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОТДЕЛ БОЛЬНИЦЫ, ГДЕ РЕШАЮТСЯ МНОГИЕ ВОПРОСЫ ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ:

- 1) оперативный;
- 2) главный;
- 3) хирургический;
- 4) медицинский;
- 5) административный;

Компетенции: ОК-5, ОПК-4

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациент К. 50 лет поступил в приёмное отделение с диагнозом: гипертонический криз. Отмечает жалобы на: головную боль, отдышку и рвоту. Объективно: сознание спутанное, состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, температура тела 37, 2 ° С, А/Д 200/100 мм.рт.ст, ЧСС 40 уд. в мин.

Вопрос 1: Какой вид медицинской помощи следует оказать пациенту?;

Вопрос 2: Перечислите виды медицинской помощи.;

Вопрос 3: Опишите доврачебную помощь и кем она оказывается;

Вопрос 4: Назовите направления профилактики;

Вопрос 5: Перечислите этапы медицинской помощи;

Компетенции: ОК-5, ОПК-4

2. Пациент В. 48 лет находится на стационарном лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом: Острая госпитальная пневмония. Пациент ежедневно получает инъекции цефтриаксона. Предъявляет жалобы на: сильный кашель, одышку, обильную мокроту. Объективно: сознание ясное, состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, температура тела 38,5 °С, А/Д 110/60 мм.рт.ст, ЧСС 65 уд. в мин.

Вопрос 1: Назовите, кто из медицинского персонала выполняет инъекции?;

Вопрос 2: Назовите состав среднего медицинского персонала;

Вопрос 3: Назовите состав младшего медицинского персонала;

Вопрос 4: Дайте понятие ятрогенным заболеваниям;

Вопрос 5: Объясните суть врачебной тайны;

Компетенции: ОК-5, ОПК-4

3. Пациент А. 62 лет находится на стационарном лечении в кардиологическом отделении с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца. Пациент предъявляет жалобы на: загрудинные боли при физической нагрузке, одышку и отеки. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы розовые, температуры тела 36,7 °С, А/Д 140/90 мм.рт.ст, ЧСС 60 уд. в мин.

Вопрос 1: Назовите цели и задачи стационарного звена;

Вопрос 2: Дайте понятие термину «Здравоохранение»;

Вопрос 3: Назовите виды и принципы профилактики;

Вопрос 4: Назовите цели и задачи амбулаторно-поликлинического звена;

Вопрос 5: Назовите критерии сестринского процесса;

Компетенции: ОК-5, ОПК-4

4. Пациент П. 70 лет находится на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: острый гипероцидный гастрит. Пациент предъявляет жалобы на: диспепсические расстройства, слабость, на боль в эпигастральной области после еды. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, язык обложен залетом, температура тела 36,7 °С, А/Д 120/80 мм.рт.ст, ЧСС 62 уд. в мин.

Вопрос 1: Назовите, за что отвечает диетическая медицинская сестра;

Вопрос 2: Назовите, что входит в понятие сестринский осмотр;

Вопрос 3: Назовите цели и задачи стационара;

Вопрос 4: Дайте понятие термину «госпиталь»;

Вопрос 5: Назовите компоненты здравоохранения;

Компетенции: ОК-5, ОПК-4

5. Пациент Б. 65 лет находится на стационарном лечении в нефрологическом отделении с диагнозом: острый пиелонефрит. Пациент предъявляет жалобы на: боли в области поясницы, общую слабость, тошноту. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, температура тела 39,2 °С, А/Д 110/60 мм.рт.ст, ЧСС 70 уд. в мин.

Вопрос 1: Назовите виды медицинской помощи;

Вопрос 2: Дайте понятие и охарактеризуйте слово здравпункт;

Вопрос 3: Назовите характеристику и функции станции медицинской помощи;

Вопрос 4: Назовите, какие проблемы решает медицинская биоэтика;

Вопрос 5: Что такое субординация в медицинском обществе?;

Компетенции: ОК-5, ОПК-4

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России. (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 2. Внутрибольничная инфекция (интерактивное занятие) (Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ПК-20)

2. Разновидность занятия: приглашение специалиста

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Актуальность данной темы характеризуется ростом числа инфекционных осложнений в лечебно-профилактических учреждениях и при уходе за пациентами на дому. Соблюдение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекций ведет к уменьшению экономического ущерба, снижению числа осложнений и летальности, а также к улучшению результатов лечения пациентов.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода, правила применения медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи; правила хранения и использования предметов ухода за пациентами; правила дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий; инструкции по проведению дезинфекции предметов ухода, мед.изделий многократного применения, основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, основы формирования навыков здорового образа жизни, устранения вредных привычек; санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов; порядок проведения санитарной обработки пациента; **уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, применить и приготовить дезинфицирующие средства, **владеть** проведением влажной уборки палат, коридора, санузла, подготовкой с доклада на учебно-студенческую конференцию

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** видеопроектор, маски одноразовые, ноутбук, перчатки стерильные

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Приглашение специалистов из практического здравоохранения (Главная медицинская сестра Краевой клинической больницы Нефедова С.Л. и главная медицинская сестра Краевого клинического онкологического диспансера Фатьянова О.П.)

Основные вопросы для обсуждения:

1. Профилактика ВБИ в России и за рубежом
2. Основные требования к дезинфицирующим средствам
3. Основные регламентирующие документы по профилактике ВБИ в ЛПУ
4. Защитная одежда медицинского персонала

Демонстрация и закрепление навыков:

1. Обработка рук гигиенических способом
2. Надевание стерильных перчаток
3. Правила снятия стерильных перчаток

Обсуждение проблемных ситуаций:

1. Если укололись использованной иглой (алгоритм действий)
2. Попадание крови пациента на слизистые медицинского работника
3. Неправильная обработка медицинского инструментария

Аннотация:

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) (также госпитальные, нозокомиальные) – согласно определению ВОЗ, любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, поражающие больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничный персонал в силу осуществления им деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в стационаре.

ВБИ как правило развиваются у пациента во время его пребывания в стационаре (лечебно-профилактическом учреждении) через 48 ч после поступления или вскоре после выписки (также в течение 48 ч), а также у медицинского работника, занимающегося в больнице лечением и уходом за больным.

Отличия госпитального штамма от обычного:

- способность к длительному выживанию;

- повышенная агрессивность;
- повышенная устойчивость;
- повышенная патогенность;
- постоянная циркуляция среди больных и персонала.

Источники ВБИ:

- Пациенты (больные и бактерионосители) - особенно длительно находящиеся в стационаре.
- Медперсонал (больные и бактерионосители) - особенно длительные носители и больные стертыми формами.

Механизмы и пути передачи:

1. Фекально-оральный
2. Воздушно-капельный
3. Трансмиссивный
4. Контактный

Контингент лиц, у которых возможно развитие нозокомиальной инфекции:

- 1) стационарные больные (инфицирование в больнице);
- 2) больные, обратившиеся в лечебно-профилактические учреждения: дневной стационар, диспансер, консультативный центр, поликлинику, а также вызывавшие скорую помощь и пр.;
- 3) медицинский персонал: инфицирование при оказании помощи больным в стационаре и других лечебно-профилактических учреждениях.

В условиях стационара могут развиваться следующие инфекционные заболевания.

- Гнойно-септические инфекции: пиодермиты.
- Детские инфекции: корь, скарлатина, краснуха, дифтерия, эпидемический паротит и др.
- Вирусные инфекции: грипп, вирусные гепатиты В, С, В, ВИЧ и ДР.
- Кишечные инфекции: сальмонеллёз, амебиаз, шигеллёзы и др.
- Особо опасные инфекции: сибирская язва, чума, брюшной тиф и др.

Основными возбудителями внутрибольничной инфекции выступают следующие патогены:

- Облигатная (лат. obligatus – обязательный) патогенная микрофлора: микроорганизмы, вызывающие детские инфекции – корь, дифтерию, скарлатину, краснуху, эпидемический паротит и др., кишечные инфекции – сальмонеллёз и др., гепатиты В, С и пр.;
- Условно-патогенная микрофлора: золотистый стафилококк, стрептококки, синегнойная палочка, кишечная палочка и пр.
- Цитомегаловирусы, простейшие.

Источником микроорганизмов могут быть руки, кишечник, мочеполовая система, носоглотка, волосы и кожные покровы, полость рта и пр. Дополнительно микроорганизмы могут поступать из окружающей среды: с инструментарием – особенно опасны в этом отношении изделия из резины, например катетеры, дренажные трубки; через оборудование, например ингаляторы, ионизаторы, а также лекарственные средства, продукты питания, пыль, воду и пр.

Основные группы риска развития внутрибольничной инфекции:

- 1) больные, которым показано большое количество лечебно-диагностических процедур;
- 2) пациенты с хроническими заболеваниями;
- 3) больные пожилого возраста;
- 4) больные с ослабленным иммунитетом.

Асептика- комплекс профилактических мероприятий, направленных на предупреждение попадания инфекции в рану, на кожу пациента.

На всех окружающих человека предметах, в воздухе, в воде, на поверхности тела и т.д., имеются бактерии. Поэтому основной закон асептики: *«все, что приходит в соприкосновении с раной, должно быть свободно от бактерий, т.е. стерильно.»*

Антисептика- комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов на коже, в ране, патологическом образовании или организме в целом.

Выделяют физическую, механическую, химическую и биологическую антисептику.

Асептика и антисептика представляют собой единый комплекс мероприятий, их нельзя разделить.

Основные правила профилактики внутрибольничной инфекции.

- Своевременное и правильное использование (в том числе хранение) защитной одежды.
- Адекватная обработка рук медицинского персонала.
- Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в приёмном отделении: правильная санитарно-гигиеническая обработка, осмотр на наличие педикулёза, термометрия и пр.
- Санитарно-гигиеническая обработка и контроль за личной гигиеной пациентов (в том числе сменой белья) в отделениях.
- Дезинфекция предметов медицинского назначения.
- Соблюдение санитарного режима питания: своевременная санитарно-гигиеническая обработка и оснащение буфетных и раздаточных помещений, в том числе соблюдение правил удаления пищевых отходов и сроков реализации предметов питания.
- Активное выявление пациентов с подозрением на инфекционное заболевание и соблюдение сроков наблюдения за контактными больными.
- Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима лечебного учреждения в целом.

Обработка рук медицинского персонала.

Впервые обработка рук для профилактики раневой инфекции была применена английским хирургом Джозефом Листером (J. Lister) в 1867 году. Обработка рук хирурга осуществлялась путём дезинфекции их раствором карболовой кислоты (фенола). Помимо этого, Листер использовал раствор карболовой кислоты для орошения инструментария, перевязочного материала и для распыления в воздухе над операционным полем.

Метод сэра Джозефа Листера (1827-1912) стал триумфом медицины 19-го века. В 21-м столетии обработка рук — этот простой метод профилактики инфекций (в первую очередь кишечных) — к сожалению, зачастую игнорируется как населением, так и некоторыми медицинскими работниками. Между тем, **правильная и своевременная обработка рук является залогом безопасности медицинского персонала и пациентов.**

Обработка рук делится на три уровня:

1. Бытовой уровень (механическая обработка рук).

Цель бытового уровня обработки рук — механическое удаление с кожи большей части транзитной микрофлоры (антисептики не применяются).

Подобная обработка рук проводится:

- после посещения туалета;
- перед едой или перед работой с продуктами питания;
- перед и после физического контакта с пациентом;
- при любом загрязнении рук

Правила обработки рук:

Снимаются с рук все украшения, часы, поскольку они затрудняют удаление микроорганизмов. Руки намыливаются, затем ополаскиваются тёплой проточной водой и всё повторяется сначала. Считается, что при первом намыливании и ополаскивании тёплой водой микробы смываются с кожи рук. Под воздействием тёплой воды и самомассажа поры кожи открываются, поэтому при повторном намыливании и ополаскивании смываются микробы из раскрывшихся пор.

2. Гигиенический уровень (обработка рук с применением кожных антисептиков)

Цель гигиенической обработки — уничтожение микрофлоры кожи при помощи антисептиков (дезинфекция).

Подобная обработка рук проводится:

- перед одеванием перчаток и после их снятия;
- перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом или при проведении обходов в палатах (когда нет возможности мыть руки после осмотра каждого больного);
- перед и после выполнения инвазивных процедур, малых хирургических манипуляций, ухода за раной или катетером;
- после контакта с биологическими жидкостями (например, аварийные ситуации с кровью).

Правила обработки рук.

Гигиеническая обработка рук состоит из двух этапов: механической очистки рук (см. выше) и дезинфекции рук кожным антисептиком.

3. Хирургический уровень (особая последовательность манипуляций при обработке рук с последующим одеванием стерильных перчаток)

Цель хирургического уровня обработки рук — минимизация риска нарушения операционной стерильности в случае повреждения перчаток.

Подобная обработка рук проводится:

- перед оперативными вмешательствами;
- перед серьёзными инвазивными процедурами (например, пункция крупных сосудов).

Хирургическая обработка рук состоит из трёх этапов: механической очистки рук, дезинфекции рук кожным антисептиком, закрытии рук стерильными одноразовыми перчатками.

Защитная одежда медицинского персонала.

1. Маска: может быть изготовлена из четырёх слоев марлевой ткани либо из специального нетканого материала – тем не менее, эффективность защиты от воздушно-капельной инфекции с помощью обычной маски составляет около 10%. В современных многослойных масках одним из слоев является полипропиленовый фильтр, обеспечивающий фильтрацию на 99%.

2. Защитные очки и щитки: защита от попадания на лицо медработника биологического материала больных – крови, слюны и пр.

3. Перчатки: защита от контакта с биологическим материалом – кровью, слюной, мочой, калом и пр.

Дезинфекция

Дезинфекция (лат. de – приставка, означающая прекращение, устранение, inficio – заражать; син. – обеззараживание) – комплекс мер по уничтожению вегетирующих форм патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. **Существует два основных направления дезинфекции:**

- профилактическая дезинфекция – предупреждение внутрибольничных инфекций;
- очаговая дезинфекция – обеззараживание в выявленном очаге инфекции.

Дезинфекцию можно осуществлять четырьмя методами: механическим, физическим, химическим и комбинированным.

Таблица 1

Методы дезинфекции

Метод	Характеристика
--------------	-----------------------

Механический	Влажная уборка помещений Освобождение помещений от пыли (пылесос, окраска и побелка) Освобождение предметов одежды и постельных принадлежностей от пыли (выбивание) Мытьё рук
Физический	Проглаживание горячим утюгом, прокаливание Использование солнечных лучей Ультрафиолетовое облучение Обработка кипятком, кипячение; кипячение в дистиллированной воде в течение 30 мин и с добавлением натрия гидрокарбоната в течение 15 мин Пастеризация Обработка в сухожаровом шкафу (воздушный метод) Обработка паром (паровой метод под избыточным давлением) Сжигание мусора
Химический	Обработка ветоши и медицинских инструментов с помощью дезинфицирующих средств: орошение, протирание, полное погружение, распыление
Комбинированный (с использованием специальных дезинфекционных камер)	Паровоздушный (прогревание горячим паром до температуры 110 °С при избыточном давлении), пароформалиновый (прогревание горячим паром до температуры 90 °С при избыточном давлении с добавлением в камеру формальдегида)

Применение в лечебных учреждениях дезинфицирующих средств регламентируется Государственной системой санитарно-эпидемиологического нормирования (табл. 2).

Таблица 2

Основные группы дезинфицирующих средств, применяемых в лечебных учреждениях России

Группы	Средства
Альдегидсодержащие	Формальдегид, «Септодор», «Гигасепт ФФ» и др. (применяют при дезинфекции изделий из стекла, пластмассы, резины, металла)
Гуанидины Кислородсодержащие и средства на основе перекиси водорода	Хлоргексидин, «Демос», полигексаметиленгуанидин (например, «Полисепт») и др. Водорода перекись, «Дезоксон-1», «Дезоксон-4», «Виркон» и др. Поверхностно-активные вещества
Спирты Фенолсодержащие	Этиловый (70%), «Октенисепт» и пр. (применяют при дезинфекции изделий из металла) «Амоцид»
Хлорсодержащие	Хлорная известь, кальция, натрия гипохлорит, хлорамин Б и др.

Методы дезинфекции медицинских инструментов

К основным методам дезинфекции медицинских инструментов относят их кипячение и погружение в дезинфицирующие растворы.

Метод кипячения. Кипячение рекомендуют для медицинских изделий из стекла, металла, термостойких материалов, резины. Кипятят в 2% растворе натрия гидрокарбоната в течение 15 мин.

Метод погружения в дезинфицирующий раствор. Для дезинфекции методом погружения используют следующие растворы.

- 3% раствор хлорамина Б с погружением медицинских инструментов на 60 мин (для обработки инструментов в туберкулёзных стационарах - в 5% раствор хлорамина на 240 мин).
- 6% раствор водорода перекиси с погружением на 60 мин или 4% раствор - на 90 мин.
- 2% раствор глутарала с погружением на 15 мин.
- 70% раствор спирта с погружением на 30 мин.

Стерилизация (лат. sterilis - бесплодный) - полное освобождение какого-либо вещества или предмета от

микроорганизмов путём воздействия на него физическими или химическими факторами. Предстерилизационной очистке должны подвергаться все медицинские изделия многократного использования перед их стерилизацией и/или дезинфекцией с целью удаления белковых, жировых, механических загрязнений, а также лекарственных препаратов.

Разъёмные изделия подлежат предстерилизационной очистке разобранном виде в следующем порядке.

- Ополаскивание проточной водой в течение 30 с.
- Замачивание в моющем комплексе («Биолот», «Лотос») при полном погружении изделия в течение 15 мин при температуре 50 °С.
- Мойка каждого изделия с помощью ерша, ватно-марлевого тампона или щётки в моющем комплексе в течение 30 с.
- Ополаскивание проточной водой при применении «Биолота» в течение 3 мин, «Лотоса медицинского» в течение 10 мин.
- Выдерживание в дистиллированной воде в течение 30 мин.
- Сушка горячим воздухом при температуре 80–85°С до полного исчезновения влаги.

Порядок приготовления 1% раствора хлорной извести.

1. Подготовиться к приготовлению дезинфицирующего раствора: надеть спецодежду, проверить оснащение, отметить время начала процедуры.
2. Налить в ёмкость 1 л 10% раствора хлорной извести (для получения 0,5% раствора хлорной извести – 0,5 л).
3. Долить ёмкость водой до 10 л, перемешать.
4. Плотнo закрыть ёмкость крышкой и сделать на ней надпись о дате приготовления.
5. По окончании процедуры снять спецодежду, вымыть руки. Такой раствор используют для работы сразу после его приготовления.

Процедура приготовления раствора хлорамина Б также должна выполняться с соблюдением всех правил техники безопасности, в защитной одежде и с обязательной маркировкой ёмкостей с жидкостью. Для получения 1% раствора хлорамина Б нужно 10 г сухого хлорамина Б сначала тщательно размешать в специальной ёмкости и затем долить водой до метки 1 л.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ВИДОМ ДЕЗИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) заключительная;
- 2) начальная;
- 3) медицинская;
- 4) санитарная;
- 5) полная;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-5

2. К ВИДАМ ОБРАБОТКИ РУК ОТНОСИТСЯ:

- 1) хирургическая;
- 2) превентивная;
- 3) полная;
- 4) частичная;
- 5) химическая;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-15

3. ПОКАЗАНИЕМ К ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ РУК ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) асептические инвазивные процедуры;
- 2) перед осмотром и после осмотра пациента;
- 3) перед приготовлением и раздачей пищи, перед едой;
- 4) после посещения туалета;
- 5) после сморкания;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-15

4. К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОПАДАНИИ СРЕДСТВА ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ В

ГЛАЗ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) вынести пострадавшего на свежий воздух;
- 2) промыть глаз в течение нескольких минут водой;
- 3) доставить пострадавшего в ближайший травмпункт;
- 4) прием теплого молока с содой;
- 5) промыть глаз раствором борной кислоты;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1

5. К ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ ВИРУСАМ ГЕПАТИТА ОТНОСИТСЯ:

- 1) S;
- 2) C;
- 3) L;
- 4) A;
- 5) N;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-5

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Перед постановкой внутривенной инъекции медсестра выполнила обычную обработку рук, одела стерильные перчатки, после чего выполнила инъекцию.

Вопрос 1: Какая ошибка была допущена медсестрой?;

Вопрос 2: Назовите показание для гигиенической обработки рук;

Вопрос 3: Условия для выполнения гигиенической обработки рук;

Вопрос 4: Перечислите уровни обработки рук;

Вопрос 5: Назовите один из способов хирургической обработки рук;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15

2. При работе медсестры с формалином произошло отравление медсестры.

Вопрос 1: Первая медицинская помощь;

Вопрос 2: Какое действие оказывает формальдегид на организм?;

Вопрос 3: Алгоритм (правила) предосторожности при работе с формалином;

Вопрос 4: Необходимо работать в перчатках медицинскому персоналу с дез. растворами?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15

3. В стационаре при постановке внутривенной инъекции ВИЧ-инфицированному больному медсестра укололась иглой.

Вопрос 1: Какой возбудитель вызывает ВИЧ-инфекцию?;

Вопрос 2: Дайте определение ВИЧ-инфекции;

Вопрос 3: При работе, с какими биологическими жидкостями необходимо соблюдать универсальные меры предосторожности?;

Вопрос 4: Пути передачи ВИЧ-инфекции;

Вопрос 5: Алгоритм обработки медицинского лабораторного инструментария после использования для лечения больного ВИЧ-инфекцией;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15

4. У женщины 48 лет, находящейся на лечении в травматологическом отделении в течение 60 дней, после постановки внутримышечной инъекции папаверина в ягодицу возник абсцесс. Известно, что медсестра при постановке инъекции перчатками не пользовалась

Вопрос 1: Возможные причины развития данного осложнения;

Вопрос 2: Перечислите факторы риска, способствующие возникновению инфекции у больной;

Вопрос 3: Алгоритм надевания перчаток;

Вопрос 4: Какие ещё осложнения Вы можете перечислить, если не использовались перчатки?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15

5. У мужчины в возрасте 65 лет, находящимся на лечении в кардиологическом отделении выявлен туберкулез легких.

Вопрос 1: Какой микроорганизм вызывает туберкулез?;

Вопрос 2: Возможный путь заражения;

Вопрос 3: Как обеззараживают и утилизируют мокроту больного в очаге туберкулеза?;

Вопрос 4: Профилактика заражения туберкулезом легких у детей;

Вопрос 5: Что способствует выявлению туберкулеза на ранних стадиях у взрослых?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России.
(<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 3. Приемное отделение больницы (Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Актуальность темы определяется тем, что приёмное отделение любого ЛПУ - эта первая, важная составляющая всего лечебного процесса пациента, в приёмном покое пациенту выставляют диагноз, оказывают квалифицированную медицинскую помощь. Студенты быть знакомы с организацией работы, устройством приемного отделения и документацией, санитарно-гигиенической обработкой поступающего в стационар, видами транспортировки больных в лечебные отделения.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода, **уметь** осуществлять транспортировку больного внутри учреждения., оформлять направления на различные виды лабораторных исследований, обрабатывать руки на гигиеническом уровне., оказать доврачебную неотложную помощи при приступе бронхиальной астмы, **владеть** алгоритмом пособия по смене нательного белья тяжелобольному, определением антропометрических данных (измерять длину тела , вес, окружность грудной клетки пациента), подготовкой больных для сдачи мочи: на общий анализ, по нечипоренко, по зимницкому, оказать неотложную доврачебную помощи при обмороке

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** видеопроектор, комплект раздаточных учебно-методических материалов по темам практических заданий, ноутбук, сетевой сервер, экран

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Основные структурные подразделения стационара - приёмное отделение (приёмный покой), лечебные помещения, административно-хозяйственная часть.

Обслуживание пациентов в стационаре начинается в приёмном отделении. Приёмный покой - важное лечебно-диагностическое отделение, предназначенное для регистрации, приёма, первичного осмотра, антропометрии (греч. anthropos - человек, metreo - измерять), санитарно-гигиенической обработки поступивших больных и оказания квалифицированной (неотложной) медицинской помощи. Оттого, насколько профессионально, быстро и организовано действует медицинский персонал этого отделения, в определённой степени зависит успех последующего лечения больного, а при неотложных (ургентных) состояниях - и его жизнь. Каждый поступающий больной должен почувствовать в приёмном отделении заботливое и приветливое к себе отношение. Тогда он проникнется доверием к учреждению, где будет лечиться.

Таким образом, основными функциями приёмного отделения выступают следующие:

- Приём и регистрация больных.
- Врачебный осмотр пациентов.
- Оказание экстренной медицинской помощи.
- Определение отделения стационара для госпитализации больных.
- Санитарно-гигиеническая обработка больных.
- Оформление соответствующей медицинской документации.
- Транспортировка больных.

Устройство приёмного отделения больницы

Работа приёмного отделения протекает в строгой последовательности:

- 1) регистрация больных;
- 2) врачебный осмотр;
- 3) санитарно-гигиеническая обработка.

В такой же последовательности расположены и помещения приемного отделения.

Устройство приёмного отделения больницы зависит от профиля стационара; оно включает в себя, как правило, следующие кабинеты:

- Зал ожидания: в нём находятся больные, не нуждающиеся в постельном режиме, и сопровождающие пациентов лица. Здесь должны стоять стол и достаточное количество стульев. На стенах вывешивают сведения о режиме работы лечебных отделений, часах беседы с лечащим врачом, перечне продуктов, разрешённых для передачи больным.
- Регистратура: в этом помещении проводят регистрацию поступающих больных и оформление необходимой документации.
- Смотровой кабинет (один или несколько): предназначен для врачебного осмотра больных с постановкой предварительного диагноза и определением вида санитарно-гигиенической обработки, антропометрии, термометрии и при необходимости других исследований, например, электрокардиографии (ЭКГ).
- Санпропускник с душевой (ванной), комнатой для переодевания.
- Диагностический кабинет – для больных с неустановленным диагнозом.
- Изолятор – для больных, у которых подозревается инфекционное заболевание.
- Процедурный кабинет – для оказания экстренной помощи.
- Операционная (перевязочная) – для оказания экстренной помощи.
- Рентгенологический кабинет.
- Лаборатория.
- Кабинет дежурного врача.
- Кабинет заведующего приёмным отделением.
- Туалетная комната.
- Помещение для хранения одежды поступивших больных.

В многопрофильных стационарах в приёмном отделении могут быть также и другие кабинеты, например травматологическая, реанимационная, кардиологическая (для больных с инфарктом миокарда) и др.

Приём и регистрация больных

В приёмное отделение больные могут быть доставлены следующими способами.

- Машиной скорой медицинской помощи: при несчастных случаях, травмах, острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний.
- По направлению участкового врача в случае неэффективного лечения в амбулаторных условиях, перед проведением экспертизы медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК), а так же по направлению военкомата.
- Переводом из других лечебно-профилактических учреждений (по договорённости с администрацией).
- «Самотёком»: при самостоятельном обращении больного в случае ухудшения его самочувствия на улице недалеко от больницы.

В зависимости от способа доставки больного в больницу и его состояния различают три вида госпитализации пациентов:

- 1) плановая госпитализация;
- 2) экстренная госпитализация;
- 3) госпитализация «самотёком».

Если больного доставляют в приёмное отделение в состоянии средней тяжести и тем более в тяжёлом состоянии, то ещё до регистрации медицинская сестра обязана оказать больному первую (врачебную) медицинскую помощь, срочно пригласить к больному врача и быстро выполнить все врачебные назначения.

Врач приёмного отделения осматривает больного и решает вопрос о необходимости его госпитализации в данное

лечебное учреждение. В случае госпитализации медицинская сестра осуществляет регистрацию пациента и оформляет необходимую медицинскую документацию. После регистрации пациента медсестра направляет его в смотровой кабинет для осмотра врачом и выполнения необходимых диагностических и лечебных процедур.

Если больной доставлен в приёмное отделение с улицы в бессознательном состоянии и без документов, то медицинская сестра после осмотра его врачом оказывает экстренную медицинскую помощь и заполняет необходимую документацию. После этого она обязана дать телефонограмму в отделение милиции и бюро несчастных случаев. В телефонограмме указывают приметы поступившего (пол, приблизительно возраст, рост, телосложение), перечисляет, во что был одет больной. Во всех документах до выяснения личности больного должен числиться как «неизвестный».

Кроме того, в следующих случаях медсестра обязана дать телефонограмму родственникам и сделать соответствующую запись в «Журнале телефонограмм»:

- больной доставлен в больницу по поводу внезапного заболевания, которое возникло у него вне дома;
- больной умер в приёмном отделении.

Основная медицинская документация приёмного отделения

- «Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у).

- В журнале медицинская сестра фиксирует: фамилию, имя, отчество больного, год рождения, данные паспорта и страхового полиса, домашний адрес, место работы и должность, телефоны (домашний, служебный, близких родственников), дату и время поступления, откуда и кем он

доставлен, характер госпитализации (плановый, экстренный, «самотёк»), диагноз направившего учреждения, диагноз приёмного отделения, в какое отделение направлен больной.

- При отказе больному в госпитализации в журнал заносятся сведения о причине отказа и оказанной помощи: медицинская помощь, направление в другой стационар, отсутствие показаний к госпитализации и пр.

- «Медицинская карта стационарного больного» (традиционно называемая историей болезни; форма № 003/у). Медицинская сестра оформляет титульный лист истории болезни, а также заполняет паспортную часть и левую половину «Статистической карты выбывшего из стационара» (форма № 066/у). «Журнал осмотра на педикулёз»: заполняется при выявлении у больного педикулёза; дополнительно в истории болезни делают пометку «Р» (pediculosis).

- Экстренное извещение в санитарно-эпидемиологическую станцию (для направления в санитарно-эпидемиологическую станцию по месту выявления): заполняют при наличии у больного инфекционного заболевания, пищевого отравления, педикулёза.

- «Журнал телефонограмм». Медицинская сестра фиксирует в журнале текст телефонограммы, дату, время её передачи, кем она принята.

- Алфавитный журнал поступивших больных (для справочной службы).

Санитарно-гигиеническая обработка больных

После установления диагноза заболевания пациента по решению дежурного врача направляют на санитарно-гигиеническую обработку.

При тяжёлом состоянии больного его доставляют в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии без санитарно-гигиенической обработки.

Санитарно-гигиеническую обработку осуществляют в санпропускнике приёмного отделения. Существуют одно- и двухэтапные методы санитарно-гигиенической обработки больных.

- В больницах с небольшим количеством коек используют однопоточную систему, т.е. по очереди принимают женщин и мужчин.

- При двухпоточной системе в разных помещениях одновременно проводят обработку и мужчин, и женщин.

Санпропускник приёмного отделения обычно состоит из смотровой, раздевальни, ванно-душевой комнаты и комнаты, где больные одеваются. Некоторые из этих помещений могут быть совмещены (например, смотровая и раздевальня).

В смотровом кабинете больного раздевают, осматривают, выявляют педикулёза и готовят к санитарно-гигиенической обработке. Здесь имеются кушетка, стол, стулья, термометр на стене (температура воздуха в смотровой должна быть не ниже 25 °С).

Если бельё чистое, его складывают в мешок, а верхнюю одежду вешают на плечики и сдают в камеру хранения. Список вещей (приёмную квитанцию) составляют в двух экземплярах: один сдают вещами в камеру хранения, другой приклеивают к истории болезни и при выписке по нему

получают вещи для больного. Имеющиеся ценности и деньги под расписку сдают старшей медицинской сестре для хранения их в сейфе.

Если у больного выявлено инфекционное заболевание, бельё закладывают в бак с хлорной известью или хлорамином Б на 2 часа и направляют в специальную прачечную. При завшивленности белья его предварительно обрабатывают дезинфицирующим раствором и направляют в дезинфекционную камеру для специальной обработки. На мешках с такой одеждой должна быть соответствующая надпись – «Педикулёз».

Этапы санитарно-гигиенической обработки больных.

- Осмотр кожных и волосяных покровов больного.
- Стрижка волос, ногтей, бритьё (при необходимости).
- Мытьё под душем или гигиеническая ванна.

Осмотр кожных и волосяных покровов больного

Осмотр кожных и волосяных покровов больного проводят с целью выявления педикулёза (вшивости). Педикулёз (лат. *pediculus* – вошь) – поражение кожных и волосяных покровов человека в результате паразитирования на теле вшей. Могут быть обнаружены различные виды вшей (рис. 2-1): , головная – поражает волосяной покров головы; платяная – поражает кожные покровы туловища; лобковая – поражает волосистую поверхность лобковой области, волосяной покров подмышечных впадин и лица – усы, бороду, брови, ресницы.

Таким образом, необходимо тщательно осматривать не только всего больного, но и его одежду, особенно складки и внутренние швы белья.

Признаки педикулёза:

- наличие гнид (яиц вшей, которые приклеиваются самкой к волосу или ворсинкам ткани) и самих насекомых;
- зуд кожных покровов;
- следы расчёсов и импетигиозные (гнойничковые) корки на коже.

В случае выявления педикулёза проводят специальную санитарно-гигиеническую обработку больного; медицинская сестра вносит запись в «Журнал осмотра на педикулёз» и ставит на титульном листе истории болезни специальную пометку («Р»), а также сообщает о выявленном педикулёзе в санитарно-эпидемиологическую станцию. Можно провести частичную или полную санитарно-гигиеническую обработку. Частичная санитарно-гигиеническая обработка заключается в мытье больного с мылом

и мочалкой в ванне или под душем, дезинфекции и дезинсекции его одежды и обуви. Под полной санитарно-гигиенической обработкой подразумевают не только вышеперечисленные меры, но и обработку постельных принадлежностей и жилых помещений.

Все данные по обработке поступившего больного необходимо записывать в историю болезни, чтобы палатная медсестра могла через 5–7 дней произвести повторную обработку.

Обработка больного при выявлении педикулёза

Этапы санитарно-гигиенической обработки:

- 1) дезинсекция (лат. *des* – приставка, обозначающая уничтожение, *insectum* – насекомое; уничтожение членистоногих, выступающих переносчиками возбудителей инфекционных заболеваний);
- 2) гигиеническая ванна (душ, обтирание);
- 3) стрижка волос и ногтей;

4) переодевание больного в чистое бельё. Необходимое оснащение для дезинсекции.

- Защитная одежда - медицинский халат, косынка, маска, клеёнчатый фартук или специальная одежда из прорезиненной ткани резиновые перчатки.
- Дезинсектицидный раствор.
- Шампунь, уксус (6% раствор, подогретый до 30 °С), спирт (70%)
- Полиэтиленовые косынка и пелёнка, клеёнка, полотенца, бумага, частый гребень, ножницы.
- Таз для сжигания волос и спички.
- Клеёнчатый мешок.

В настоящее время общемировой тенденцией является использование одноразовых медицинских одежды и белья из нетканого многослойного материала нового поколения - СМС. Материал СМС состоит из трёх слоев: слоя спанбонда, слоя мейтблауна и ещё одного слоя спанбонда. Материал СМС обеспечивает надёжную защиту медперсонала, особенно при работе с ВИЧ-инфицированными, больными гепатитом В, С и т.д.

Различают несколько видов дезинсектицидных растворов. 20% раствор эмульсии бензилбензоата. Специальные шампуни (например, «Элко-инсект»). Специальные лосьоны (например, «Ниттифор»). Порядок выполнения процедуры.

1. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение и надеть защитную одежду.
2. Постелить на табуретку (кушетку) клеёнку, усадить на неё больного и покрыть ему плечи полиэтиленовой пелёнкой.
3. При необходимости остричь волосы над подготовленным тазом.
4. Обработать волосы дезинсектицидным раствором, завязать голову полиэтиленовой косынкой и сверху полотенцем, оставив на определённое время (время смачивания волос зависит от вида применяемого раствора - см. конкретную инструкцию).
5. Развязать голову и промыть тёплой проточной водой, затем шампунем.
6. Осушить волосы полотенцем и обработать волосы подогретым 6% раствором уксусной кислоты.
7. Вновь завязать голову полиэтиленовой косынкой и сверху полотенцем, оставив на 20 мин.
8. Развязать голову и промыть тёплой проточной водой, высушить полотенцем.
9. Наклонить голову пациента над белой бумагой и тщательно вычесать по прядям волосы частым гребнем, затем повторно осмотреть волосы пациента.
10. Сжечь остриженные волосы и бумагу в тазу.
11. Сложить одежду больного и защитную одежду медицинской сестры в клеёнчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру. Гребень и ножницы обработать 70% спиртом, помещение - дезинсектицидным раствором.

Применение дезинсектицидных растворов противопоказано при беременности, у рожениц и кормящих грудью, детей до 5 лет, а также при заболеваниях кожи головы.

Порядок выполнения дезинсекции при наличии противопоказаний к использованию дезинсектицидных растворов.

1. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение и надеть защитную одежду.
2. Постелить на табуретку (кушетку) клеёнку, усадить на неё больного и покрыть ему плечи полиэтиленовой пелёнкой, при необходимости остричь волосы над подготовленным тазом
3. Обработать волосы (не кожу головы) подогретым 6% раствором уксуса, механическим способом выбирая и уничтожая вшей.

4. Завязать голову полиэтиленовой косынкой и сверху полотенцем, оставив на 20 мин.
5. Развязать голову и промыть тёплой проточной водой, затем шампунем, высушить полотенцем.
6. Наклонить голову пациента над белой бумагой и тщательно вычесать по прядям волосы частым гребнем, затем повторно осмотреть волосы пациента.
7. Сжечь остриженные волосы и бумагу в тазу.
8. Сложить одежду больного и защитную одежду медицинской сестры в клеёнчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру. Гребень и ножницы обработать спиртом (70%), помещение - дезинсектицидным раствором.

Санитарно-гигиеническая обработка больных при обнаружении лобковых вшей.

1. Обмыть тело больного горячей водой с мылом.
2. Сбрить поражённые волосы.
3. Повторно обмыть тело больного горячей водой с мылом.
4. Сжечь остриженные волосы в тазу.
5. Сложить одежду больного и защитную одежду медицинской сестры в клеёнчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру. Бритву и ножницы обработать спиртом (70%).

Стрижка волос, ногтей, бритьё

Стрижка волос

Необходимое оснащение.

- Ножницы, машинка для стрижки волос.
- Таз для сжигания волос, спички.
- Спирт (70%).

Порядок выполнения процедуры.

1. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение.
2. Постелить на табуретку (кушетку) клеёнку, усадить на неё больного и покрыть ему плечи полиэтиленовой пелёнкой.

Снять волосы машинкой для стрижки волос, при кожном заболевании волосистой части головы - остричь волосы над подготовленным тазом

4. Сжечь волосы.
5. Обработать ножницы, бритву спиртом.

Бритьё

Необходимое оснащение:

- Резиновые перчатки.
- Бритва, кисточка и крем для бритья.
- Салфетка, полотенце, ёмкость для воды.

Порядок выполнения процедуры.

1. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение, надеть перчатки.

2. Нагреть воду (до 40–45 °С), намочить в ней салфетку, отжать и обложить лицо больного.
3. Снять салфетку, нанести кисточкой крем для бритья.
4. Побрить больного, натягивая другой рукой кожу в противоположном направлении по отношению к движению бритвы.
5. Промокнуть лицо влажной, затем сухой салфеткой.
6. Обработать бритву спиртом.
7. Снять перчатки, вымыть руки.

Стрижка ногтей

Необходимое оснащение.

- Резиновые перчатки.
- Ножницы и щипчики для стрижки ногтей.
- Тёплая вода, жидкое мыло, крем для рук и ног, спирт (70%).
- Таз и лоток для воды, полотенца.

Порядок выполнения процедуры:

1. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение, нагреть воду, надеть перчатки.
2. Добавить в лоток с тёплой водой жидкое мыло и опустить в него на 2–3 мин кисти пациента (поочерёдно по мере обрезки ногтей).
3. Поочерёдно извлекая пальцы больного из воды, вытирать их и аккуратно подрезать ногти.
4. Обработать руки пациента кремом.
5. Добавить в таз с тёплой водой жидкое мыло и опустить в него на 2–3 мин стопы пациента (поочерёдно по мере обрезки ногтей).
6. Положить стопу на полотенце (поочерёдно по мере обрезки ногтей), вытереть её и остричь ногти специальными щипчиками.
7. Обработать стопы кремом.
8. Продезинфицировать ножницы и щипчики спиртом.
9. Снять перчатки, вымыть руки.

Гигиеническая ванна или мытьё под душем

Ванное помещение

Ванну моют мочалкой и щёткой с мылом и дезинфицирующим

раствором, пятна отмывают 3% раствором соляной кислоты, ополаскивают горячей водой и заполняют водой непосредственно перед приходом больного в ванную комнату (измеряют температуру воды). Рядом с ванной должны быть деревянные настилы (или резиновые коврики); также желательно наличие электроурны для подогрева белья. Чистое бельё и мочалка должны быть сложены в пакеты.

После мытья больного ванну моют с мылом и ополаскивают 1% раствором хлорамина Б. Клеёнчатую подушку и клеёнку на кушетке протирают тряпкой, смоченной 2% раствором хлорамина Б или 0,5% раствором хлорной извести, а затем моют с мылом. Простыни на кушетке меняют после каждого больного. Влажную уборку помещения проводят несколько раз в день. Инвентарь следует маркировать. Мочалки в ванном помещении должны находиться

в разных посудах, имеющих пометки «Мочалки использованные», «Мочалки чистые».

В зависимости от характера заболевания и состояния больного гигиеническая обработка больного может быть полной (ванна, душ) или частичной (обтирание, обмывание).

Гигиеническая ванна противопоказана при наличии инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, гипертонического криза, острой сердечной и сосудистой недостаточности, туберкулёза в активной фазе, кожных заболеваний, кровотечений, истощения. Гигиеническую ванну нельзя принимать роженицам и пациентам с заболеваниями, требующими экстренного хирургического вмешательства.

При наличии противопоказаний для приёма гигиенической ванны больного следует обтереть сначала салфеткой, смоченной в тёплой воде с мылом или тёплой воде с одеколоном (спиртом), затем салфеткой, смоченной чистой водой, и насухо вытереть.

Гигиеническая ванна

Необходимое оснащение.

Клеёнчатый фартук, резиновые перчатки.

- Щётка, чистящее средство для ванны, 0,5% раствор хлорной извести.
- Водяной термометр, индивидуальные мыло и мочалка.
- Полотенце, чистое бельё.

Порядок выполнения процедуры.

1. Надеть клеёнчатый фартук и перчатки.
 2. Закрывать форточки (температура воздуха в ванной комнате должна быть не менее 25 °С), положить на пол у ванны резиновый коврик (при отсутствии деревянного настила), тщательно промыть ванну щёткой и чистящим средством, обработать ванну раствором хлорной извести.
 3. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение, наполнить ванну (сначала холодной, а затем горячей водой на 2/3 объёма: такая последовательность заполнения ванны позволяет уменьшить образование паров в ванной комнате; температура воды должна быть в пределах 34-36 °С).
 4. Сменить фартук и перчатки.
 5. Помочь пациенту раздеться и усадить его в ванну, поддерживая под локти.
 6. Придать больному такое положение в ванне, чтобы вода доходила до верхней трети его груди; в ножной конец ванны следует поставить деревянную подставку, чтобы больной мог опереться в неё ногами, не скатился и не соскользнул.
- Нельзя оставлять больного во время приёма ванны без присмотра; обязательно нужно следить за его внешним видом и пульсом!
7. Если больной не может мыться самостоятельно, вымыть его, используя индивидуальные мыло и мочалку, в такой последовательности: голова – туловище – руки – паховая область – промежность – ноги, уделяя особое внимание местам скопления пота.
 8. Помочь пациенту выйти из ванны, вытереть его в том же порядке.
 9. Одеть пациента в чистую одежду (в настоящее время больным разрешается находиться в палате не в больничной, а в домашней одежде).
 10. Тщательно промыть ванну щёткой и чистящим средством, обработать ванну раствором хлорной извести.
 11. Снять фартук и перчатки, поместить их в специальный клеёнчатый мешок, вымыть руки.

Длительность пребывания больного в ванне определяется его состоянием и в среднем составляет 15–30 мин

Гигиенический душ

Необходимое оснащение.

- Клеёнчатый фартук, резиновые перчатки.
- Щётка, чистящее средство для ванны, 0,5% раствор хлорной извести.
- Водяной термометр, индивидуальные мыло и мочалка.
- Полотенце, чистое бельё.

Порядок выполнения процедуры.

1. Надеть клеёнчатый фартук и перчатки.
2. Закрывать форточки температура воздуха в душевой или ванной комнате должна быть не менее 25 °С, положить на пол в душевой кабинке (ванне) резиновый коврик.
3. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение, включить воду (температура воды должна быть 35–42 °С), сменить фартук и перчатки.
4. Помочь пациенту раздеться и усадить его на табурет (скамеечку) в душевой кабинке (ванне), поддерживая под локти.
5. Если больной не может мыться самостоятельно, вымыть его, используя индивидуальные мыло и мочалку, в такой последовательности: голова – туловище – руки – паховая область – промежность – ноги.
6. Помочь пациенту выйти из душевой кабинки (ванны), вытереть его в том же порядке.
7. Одеть пациента в чистую больничную одежду.
8. Тщательно промыть пол в душевой кабинке (ванну) щёткой и чистящим средством и обработать раствором хлорной извести.

Снять фартук и перчатки, поместить их в специальный клеёнчатый мешок, вымыть руки.

Виды транспортировки больных в лечебные отделения больницы

Транспортировка – перевозка и переноска больных к месту оказания медицинской помощи и лечения. Способ транспортировки больного из приёмного покоя в отделение определяет врач, проводящий осмотр (рис. 2-6). Средства передвижения (каталки, носилки) обеспечиваются простынями и одеялами. Последние необходимо менять после каждого употребления. Больные, которые передвигаются самостоятельно, из приёмного отделения поступают в палату в сопровождении младшего медицинского персонала (младшей медицинской сестры, санитарок или санитаров).

Больных, которые не могут передвигаться, транспортируют в отделение на носилках или в кресле-каталке.

Санитарно-эпидемиологический режим приёмного отделения

Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в приёмном отделении является составной частью санитарно-эпидемиологического режима больницы и предусматривает следующие мероприятия.

- Обязательная санитарно-гигиеническая обработка поступающих больных.
- Экстренное извещение санитарно-эпидемиологической службы (по телефону и с заполнением особой формы) и обеспечение всех необходимых мер при обнаружении у больного инфекционного заболевания, пищевого отравления, педикулёза.

Регулярная тщательная влажная уборка помещений и поверхностей предметов.

Применение различных способов дезинфекции (кипячение, использование дезинфицирующих растворов и ультрафиолетового излучения).

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ВИДЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ?:

- 1) Плановая, экстренная, самообращение;
- 2) Ургентная, диагностическая;
- 3) Лечебная, профилактическая, судебно-медицинская;
- 4) По договоренности;
- 5) Профилактическая;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-4

2. В ОБЯЗАННОСТИ МЛАДШЕЙ МЕДСЕСТРЫ ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ НЕ ВХОДИТ:

- 1) Наблюдение за санитарным режимом;
- 2) Сопровождение больного к врачу в кабинет и проведение санобработки больного;
- 3) Транспортировка и сопровождение больного в профильное отделение;
- 4) Измерение температуры тела;
- 5) Санитарная обработка больного;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОПК-4

3. РАБОТА ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДОЛЖНА ПРОХОДИТЬ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:

- 1) Регистрация больных, санитарно-гигиеническая обработка, врачебный осмотр;
- 2) Регистрация больных, врачебный осмотр, санитарно-гигиеническая обработка;
- 3) Санитарно-гигиеническая обработка, врачебный осмотр, регистрация больных;
- 4) В зависимости от конкретной ситуации;
- 5) Произвольно;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОПК-4

4. ТЕМПЕРАТУРА ВОДЫ ДЛЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДОЛЖНА БЫТЬ:

- 1) 27-29 °С;
- 2) 34-37 °С;
- 3) 38-39 С;
- 4) 40-43 °С;
- 5) 44-46 С;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-15

5. ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Приём и регистрация больных, врачебный осмотр пациентов, оказание экстренной медицинской помощи, определение отделения стационара для госпитализации больных, санитарно-гигиеническая обработка больных, оформление соответствующей медицинской документации, т;
- 2) Профилактика заболеваний;
- 3) Оказание стационарной медицинской помощи;
- 4) Оказание амбулаторной помощи;
- 5) Проведение диспансеризации;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-4

6. ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КАБИНЕТЫ:

- 1) Операционная, перевязочная, ординаторская, столовая, палаты;
- 2) Зал ожидания, регистратура, смотровой кабинет, санпропускник, диагностический кабинет, изолятор, процедурный кабинет, операционная (перевязочная), рентгенологический кабинет, лаборатория, кабинет дежурного врача, кабинет заведующего, туалетная комната, п;
- 3) Лекционный зал, учебные аудитории, лаборантская.;
- 4) Холл для отдыха, палаты;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-4

7. К ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТАМ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) «Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у), «Журнал осмотра не педикулез», «Медицинская карта стационарного больного» , экстренное извещение в санитарно-эпидемиологическую станцию, «Журнал телефонограмм», алфавитный журнал по;
- 2) Журнал движения больных, процедурный лист, температурный лист, журнал назначений;
- 3) «Медицинская карта стационарного больного»;
- 4) Журнал учета наркотических и сильнодействующих средств, журнал передачи ключей от сейфа;
- 5) Журнал передачи дежурств;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-10

8. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА БОЛЬНЫХ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) По однопоточному методу;
- 2) По двухпоточному методу;
- 3) по трехпоточному методу;
- 4) По одно- и двухпоточному методу;
- 5) В свободном режиме;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-15

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больной Н, доставлен в стационар, автомобилем скорой помощи, в бессознательном состоянии, без документов, удостоверяющих личность. АД 90/50. Вопросы: 1. Назовите вид госпитализации. 2. Назовите вид транспортировки. 3. Кто оказывает экстренную медицинскую помощь? 4. Укажите виды медицинской документации, заполняемой в данном случае. 5. В каких случаях медсестра обязана дать телефонограмму родственникам?

Вопрос 1: Назовите вид госпитализации;

Вопрос 2: Назовите вид транспортировки;

Вопрос 3: Кто оказывает экстренную медицинскую помощь?;

Вопрос 4: Укажите виды медицинской документации, заполняемой в данном случае;

Вопрос 5: В каких случаях медсестра обязана дать телефонограмму родственникам?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10

2. Больной К.Е. 55 лет, поступивший в приемный покой на автомобиле скорой помощи, в состоянии средней тяжести, сознание ясное, температура тела 39,1, распространенные отеки подкожной клетчатки, ЧДД 25, не укротимая рвота.

Вопрос 1: Как называется способ доставки больного?;

Вопрос 2: Какие мероприятия должна осуществить медицинская сестра приемного покоя, в первую очередь при поступлении такого пациента?;

Вопрос 3: Какое должностное лицо оказывает первую помощь больному;

Вопрос 4: Кто определяет вид транспортировки больного?;

Вопрос 5: Кто осуществляет транспортировку больного?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10

3. Больной А.В. поступивший «самотеком» в приемное отделение, с жалобами на острую боль в нижних конечностях, АД 120/90 мм рт. ст., ЧСС 90 в мин, ЧДД 20 в мин.

Вопрос 1: В каких случаях, больного доставляют в отделение без санитарно-гигиенической обработки?;

Вопрос 2: Где осуществляется санитарно-гигиеническая обработка пациентов? Назовите методы обработки больных;

Вопрос 3: Назовите основные помещения санпропускника.;

Вопрос 4: Этапы санитарно-гигиенической обработки;

Вопрос 5: Назовите виды вшей;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10

4. При осмотре поступившего больного Б.Н., был выявлен педикулез.

Вопрос 1: Назовите этапы санитарно-гигиенической обработки;

Вопрос 2: Оснащение для дезинсекции?;

Вопрос 3: Какие существуют виды дезинсективных растворов?;

Вопрос 4: Противопоказания к применению дезинсективных растворов;

Вопрос 5: Порядок выполнения дезинсекции при наличии противопоказаний к использованию дезинсектицидных растворов;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10

5. Больной Д.К. доставлен в приемный покой, родственниками. Температура тела 38,5, А/Д 135/98, ЧДД 24.

Вопрос 1: Что такое приемный покой, должен ли врач, осмотреть такого больного?;

Вопрос 2: Основные функции приемного покоя?;

Вопрос 3: Назовите последовательность работы приёмного покоя.;

Вопрос 4: Перечислите помещения приемного покоя.;

Вопрос 5: Назовите виды поступления больных.;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России.
(<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 4. Терапевтическое отделение больницы (Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Актуальность данной темы характеризуется ростом числа хронических заболеваний на современном этапе, большую роль в лечебном процессе играет качественный уход за больными. Своевременное выполнение сестринских манипуляций ведёт к более быстрому выздоровлению пациентов.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода, **уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, выполнить уход за кожей тяжелобольных., осуществлять транспортировку больного внутри учреждения., оформлять направления на различные виды лабораторных исследований, оформлять показатели температуры ,ад, пульса в температурном листе., приготовить реферативное сообщение (мультимедийную презентацию по заданной теме), **владеть** навыками общения в медицинском коллективе, алгоритмом пособия по смене постельного белья тяжелобольному., алгоритмом пособия по смене нательного белья тяжелобольному, проведением личной гигиены лица (уход за глазами, носом,ушами, полостью рта), определением антропометрических данных (измерять длину тела , вес, окружность грудной клетки пациента), измерением пульса на лучевой артерии, измерением ад на лучевой артерии, определением частоты дыхательных движений

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Общие вопросы:

1. Устройство и оборудование терапевтического отделения стационара.
2. Внутренний распорядок терапевтического отделения. Лечебно-охранительный и санитарно-гигиенический режимы. Индивидуальный режим больного.
3. Обязанности медицинской сестры отделения.
4. Обязанности младшей медицинской сестры.
5. Общая оценка состояния больного.
6. Положение пациента в постели.
7. Состояние сознания.
8. Антропометрия. Измерение роста больного, определение массы тела, измерение окружности грудной клетки.
9. Типы телосложения.
10. Организация работы поста медицинской сестры. Прием м сдача дежурств.
11. Медицинская документация на посту медицинской сестры.
12. Санитарно-эпидемиологический режим терапевтического отделения.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ

Больные терапевтического профиля подлежат госпитализации в терапевтическое отделение стационара. Лечебные отделения могут быть двух видов – общетерапевтическими и, как правило, в многопрофильных крупных стационарах, специализированными: пульмонологическими, кардиологическими, гастроэнтерологическими, нефрологическими, гематологическими и др.

Работа терапевтического отделения обеспечивается следующим медицинским составом.

- Заведующий отделением.
- Палатные врачи.
- Старшая медицинская сестра.
- Медицинские сестры отделения (палатные медицинские сестры).
- Сестра-хозяйка.
- Процедурная медицинская сестра.
- Младшие медицинские сестры.
- Санитарки-буфетчицы.
- Санитарки-уборщицы.

Устройство и оборудование терапевтического отделения

От профиля и категории больницы зависит количество коек терапевтического отделения (25, 60, 80 и т.д.). Устройство терапевтического отделения предусматривает следующие лечебные и служебные помещения.

- Кабинет заведующего отделением.
- Ординаторская (кабинет врачей).
- Кабинет старшей медицинской сестры.

- Палаты для больных.
- Процедурные кабинеты.
- Манипуляционные кабинеты (клизменная).
- Ванная комната.
- Туалетные комнаты.
- Буфетная для раздачи пищи и столовая для больных.
- Кабинет сестры-хозяйки.
- Холлы (для дневного пребывания больных и родственников).
- Бельевая для хранения чистого нательного и постельного белья.
- Помещение для мытья и стерилизации суден.
- Помещение для хранения предметов уборки.
- Место для хранения оборудования для транспортировки больных.

Устройство палат в лечебном отделении также предусматривает обязательный перечень оснащения.

- Функциональные кровати.
- Прикроватные тумбочки.
- Общий стол и стулья для больных.
- Холодильник для хранения продуктов.
- Переносные ширмы.
- Индивидуальные электрические лампы.
- Индивидуальная сигнализация для экстренного вызова медицинского персонала.

Внутренний распорядок терапевтического отделения

С правилами внутреннего распорядка стационара поступающих больных и их родственников знакомят ещё в приёмном отделении больницы. Они должны быть ознакомлены с основными позициями больничного режима: часами подъёма, сна, дневного отдыха («тихого часа»), приёма пищи, временем обхода врачей и осуществления лечебно-диагностических процедур, посещения больных родственниками, а также со списком продуктов, разрешённых и запрещённых для передачи больным.

Лечебно-охранительный и санитарно-гигиенический режимы.

Медицинский персонал должен обеспечить контроль и выполнение в стационаре лечебно-охранительного и санитарно-гигиенического режимов.

Создание и обеспечение лечебно-охранительного режима входит в обязанности всего медицинского персонала. Он включает в себя следующие элементы.

- Обеспечение режима щажения психики больного.
- Строгое соблюдение правил внутреннего распорядка дня.
- Обеспечение режима рациональной физической (двигательной) активности.

Психологический покой больного обеспечивают путём соблюдения следующих правил.

- Создание тишины в отделении: следует разговаривать негромко, не заниматься уборкой помещений во время дневного и ночного отдыха больных, не разрешать больным громко включать радио и телевизор.
- Создание спокойного интерьера: пастельные тона окраски стен, мягкая мебель в холлах, цветы.
- Соблюдение основных принципов медицинской этики.

Необходимо требовать от больных соблюдения распорядка дня в отделении и не нарушать его самим: нельзя будить больного раньше установленного времени, необходимо вовремя выключать телевизор в холле и следить, чтобы после 10 ч вечера были выключены радиоприёмники и телевизоры в палатах.

Режим дня создаёт благоприятные условия для выздоровления больных, так как при его выполнении соблюдается режим питания больных, чётко выполняются лечебные назначения и санитарно-гигиенические мероприятия.

Важным элементом лечебно-охранительного режима выступает рациональное ограничение физической (двигательной) активности больных. В первую очередь это относится к тяжелобольным, страдающим, например, такими заболеваниями, как гипертоническая болезнь в период обострения (гипертонический криз), инфаркт миокарда, тяжёлая сердечная недостаточность. В подобных случаях неадекватное повышение двигательной активности может привести к нежелательному увеличению функциональной нагрузки на тот или иной орган (сердце, головной мозг, печень).

Режим дня в отделении

Время Мероприятие

7.00 Подъём

7.00-7.30 Измерение температуры тела

7.30-8.00 Утренний туалет

8.00-8.30 Раздача лекарств

8.30-9.30 Завтрак

9.30-12.00 Врачебный обход

12.00-14.00 Выполнение врачебных назначений

14.00-14.30 Обед

14.30-16.30 «Тихий час»

16.30-17.00 Измерение температуры тела

17.00-17.30 Послеобеденный чай

17.30-19.00 Посещение родственников

19.00-19.30 Раздача лекарств

19.30-20.00 Ужин

20.00-21.30 Свободное время

21.30-22.00 Вечерний туалет

22.00-7.00 Сон

Индивидуальный режим больного

Индивидуальный режим больному назначает врач; конкретная разновидность зависит от состояния пациента (степени тяжести заболевания) и характера заболевания. кровати и тем более вставать; уход за пациентом осуществляют палатная медицинская сестра и младший медицинский персонал (кормление, личная гигиена, поднос судна и пр.).

- Постельный режим – больному запрещено вставать с кровати, разрешено поворачиваться и сидеть в кровати. Уход за пациентом; осуществляют палатная медицинская сестра и младший медицинский персонал (кормление, личная гигиена, поднос судна и пр.).
- Полупостельный режим – больному запрещено выходить из палаты, разрешено садиться в кровати и на стул для приёма пищи, утреннего туалета, пользоваться креслом-судном. Разрешается приём пищи в положении сидя.
- Палатный режим – больному разрешаются передвижение по палате и мероприятия личной гигиены в пределах палаты. Половину дневного времени пациент может проводить в положении сидя.
- Общий («свободный») режим – больному разрешено ходить по отделению и в пределах больницы (коридор, лестница, больничная территория).

Для посещений больных родственниками должно быть оборудовано специальное помещение (коридор или отдельная комната). Медицинская сестра обеспечивает организацию посещения пациентов и следит за содержанием передач родственников, имея список больных с назначенным

им номером лечебной диеты, а также контролирует количество и качество приносимых продуктов питания. В комнате, где осуществляют приём передач для больных, должны быть вывешены списки разрешённых и запрещённых продуктов. Для хранения пищи, принесённой из дома, пациентам выделяют тумбочку (для сухих продуктов) и место в холодильнике (для скоропортящихся продуктов). В холодильниках продукты должны храниться в целлофановых пакетах с указанием фамилии пациента и номера его палаты. Ежедневно медицинская сестра проверяет пищевые продукты и в случае обнаружения признаков порчи или просроченной даты использования

выбрасывает их в ёмкость для пищевых отходов.

Обязанности медицинской сестры

Обязанности медицинской сестры отделения

Рабочее место медицинской сестры отделения (т.е. палатной медицинской сестры) – сестринский пост – рассчитано на каждые 25-30 коек; оно должно быть оборудовано соответственно обязанностям медицинской сестры.

- Стол, настольная лампа, телефон.
- Средства, обеспечивающие связь с тяжелобольными (световое табло, звонок, местная телефонная связь, список служебных телефонов).

Шкафы (в том числе холодильник) для хранения лекарств.

- Шкаф для хранения медицинской документации.
- Место для хранения инструментов и перевязочного материала.
- Место для хранения предметов для ухода за больными (термометры, грелки, посуда для сбора анализов и пр.).
- Место для хранения предметов, с помощью которых медицинская сестра осуществляет антропометрию.
- Передвижной столик для раздачи лекарственных средств. Пост палатной медицинской сестры обычно располагается в коридоре отделения. Палатная медицинская сестра непосредственно работает на посту, выполняет врачебные назначения и проводит сестринский уход за больными.

Обязанности палатной медицинской сестры

- Общая оценка состояния больного (общее состояние, положение больного в постели, состояние сознания больного, антропометрия) и контроль за состоянием больных (термометрия, следование пульса и подсчёт ЧДД, измерение суточного диуреза с обязательной фиксацией полученных данных в соответствующей медицинской документации).
- Контроль за общим гигиеническим состоянием больного, в том числе осмотр на наличие педикулёза, наблюдение за личной гигиеной больного и чистотой в палатах, кварцевание палат.
- Организация (в том числе осуществление) ухода за больным оказание при необходимости первой доврачебной помощи.
- Ведение медицинской документации, направление пациентов клиничко-диагностические исследования по назначению врача.
- Осуществление сбора биологического материала для анализов контроль за своевременным получением результатов лабораторных исследований. Транспортировка, сопровождение больных на лечебные и диагностические процедуры и в палаты.
- Контроль за выполнением больными режима питания и прав внутреннего распорядка.
- Контроль за работой младшего медицинского звена.
- Осуществление ежедневного контроля за обеспечением медицинского поста необходимыми лекарственными средствами предметами по уходу.
- Санитарно-просветительная работы среди больных, контроль посещением больных родственниками и соответствием лечебному режиму приносимых ими продуктов.

Обязанности младшей медицинской сестры

Младшая медицинская сестра с целью создания благоприятных условий в палате строит свою работу в зависимости от распорядка дня.

К подъему больных, т.е. к 7 ч утра, младшая медсестра должна быть в отделении с инвентарём для утреннего туалета больных и уборки помещения. Она включает свет в палатах. Пока палатная медицинская сестра измеряет температуру тела, младшая медсестра проветривает помещения, открывает окна, фрамуги. Ослабленным больным младшая медсестра подаёт таз и воду для умывания, тяжелобольных умывает сама. Она выносит плевательницы, судна, перестилает постели, некоторым больным подаёт подкладные судна и мочеприёмники. До завтрака она же контролирует сбор мочи или кала для лабораторных исследований. Младшая медсестра подмывает тяжелобольных, страдающих недержанием мочи или кала. После этого она готовит всё необходимое для уборки помещения.

Перед завтраком больных младшая медсестра переодевается и тщательно моет руки. Во время завтрака она помогает палатной медсестре кормить больных. После завтрака младшая медсестра приступает к уборке палат. К обходу врача в палате должно быть чисто.

После обеда младшая медицинская сестра проводит влажное подметание с дезинфицирующим раствором и

проветривание. В зависимости от сезона во время дневного сна желательно оставлять открытыми фрамуги или форточки. Младшая медсестра должна следить, чтобы в это время (во время «тихого часа») было тихо: запрещены все виды уборки, громкие разговоры, хождение, хлопанье дверями, телефонные разговоры. Сон больного не должен нарушаться: он помогает ослабленному организму восстановить силы. После сна младшая медсестра поит больных чаем после ужина младшая медсестра протирает пол влажной тряпкой, проветривает палату,

помогает палатной медсестре выполнять вечерние назначения (ставить клизмы, подмывать тяжелобольных и др.). Затем она укрывает тяжелобольных одеялом и выключает свет в палатах.

После отхода больных ко сну младший медперсонал должен наблюдать за сном больных, особенно тяжёлых и беспокойных пациентов.

Общая оценка состояния больного

Для общей оценки состояния больного медицинская сестра должна определить следующие показатели.

- Общее состояние больного.
- Положение больного в постели.
- Состояние сознания больного.
- Антропометрические данные.

Общее состояние больного

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

Общее состояние может быть определено следующими градациями.

- Удовлетворительное.
- Средней тяжести.
- Тяжёлое.
- Крайне тяжёлое (преагональное).
- Терминальное (агональное).
- Состояние клинической смерти.

Степень тяжести состояния больного обуславливается комплексом структурно-функциональных изменений жизненно важных органов и определяет показания к госпитализации, способ транспортировки пациента, необходимый объём лечебных и диагностических мероприятий и вероятный прогноз (исход) заболевания.

При терминальном состоянии сознание угасает, мышцы расслаблены, рефлексы исчезают, роговица мутная, нижняя челюсть отвисает. Пульс не прощупывается, АД не определяется, тоны сердца не выслушиваются (но на ЭКГ регистрируют электрическую активность сердца). Дыхание редкое периодическое. Такое состояние (агония) длится от нескольких минут до нескольких часов.

Клиническая смерть - пограничное между смертью и жизнью состояние, когда отсутствуют видимые признаки жизни (сердечная деятельность, дыхание), угасают функции нервной системы, но продолжаются обменные процессы в тканях. На ЭКГ регистрируют изоэлектрическую линию (прямую линию) или беспорядочные волны фибрилляции желудочков. Продолжительность состояния клинической смерти составляет несколько минут (5-6 мин), и своевременные реанимационные мероприятия могут вернуть человека к жизни. Непосредственно перед смертью у больного могут развиваться судороги, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Биологическая

смерть - необратимое прекращение физиологических процессов в органах и тканях, при котором реанимация невозможна. Биологическую смерть устанавливает врач при констатации следующих признаков: отсутствие спонтанных движений, сокращений сердца и пульса на крупных артериях,

дыхания, реакции на болевые раздражители, роговичного рефлекса (роговичный рефлекс - непроизвольное смыкание век при прикосновении к роговице). Регистрируют максимальное расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет. Абсолютно достоверными признаками биологической смерти являются:

- снижение температуры тела до 20 °С;
- появление трупных пятен;
- появление мышечного окоченения.

Положение пациента в постели

Варианты положения пациента в постели:

- активное – больной произвольно, самостоятельно меняет положение в постели исходя из своих потребностей;
- пассивное – больной неподвижен, из-за резкой слабости не может самостоятельно изменить своё положение в кровати, также при бессознательном состоянии больного;
- вынужденное – больной принимает позу, облегчающую его состояние

Состояние сознания

Различают четыре вида состояния сознания: ясное, ступор, сопор, кому.

Антропометрия

Если больной находится в удовлетворительном состоянии, проводят антропометрию. Антропометрия (греч. antropos – человек, metreo – измерять) – оценка телосложения человека путём измерения ряда параметров, из которых основными (обязательными) выступают рост, масса тела и окружность грудной клетки. Медицинская сестра регистрирует необходимые антропометрические показатели на титульном листе медицинской карты стационарного больного; при проведении измерений палатной медицинской сестрой в отделении результаты измерений фиксируют в температурном листе.

Организация работы поста медицинской сестры

Круг обязанностей палатной медицинской сестры широк и зависит, в том числе от категории и профиля того стационара, где она работает. Медицинская сестра несёт непосредственную ответственность за выполнение врачебных назначений, соблюдение лечебно-охранительного и санитарно-эпидемиологического режимов, правильное оформление и ведение медицинской документации, соблюдение больными и их посетителями правил внутреннего распорядка больницы. В соответствии с этим работа сестринского поста должна быть чётко организована в жёстких временных рамках.

Приём и сдача дежурств

Приём и сдача медицинской сестрой поста – один из важнейших аспектов её работы.

В случае неявки следующей смены медицинская сестра не имеет права покидать пост.

Порядок приёма и сдачи дежурства.

Обход палат: знакомство со вновь поступившими больными, оценка состояния тяжелобольных (сдающая дежурство медицинская сестра должна сообщить заступающей на смену медицинской сестре об изменениях в состоянии пациентов), проверка санитарного состояния помещений терапевтического отделения. Передача срочных и невыполненных назначений: сдающая дежурство медицинская сестра должна сообщить заступающей на смену м/с об объёме врачебных назначений – что было выполнено, какие назначения предстоит выполнить.

- Передача лекарственных препаратов (обе медицинские сестры расписываются в журнале учёта наркотических и сильнодействующих средств), медицинских инструментов и предметов по уходу, ключей от сейфа с лекарственными препаратами.
- Передача медицинской документации поста. Обе медицинские сестры подписываются в журнале приёма и сдачи дежурств.

Медицинская документация

Правильное ведение соответствующей медицинской документации вменяется в обязанности медицинской сестры и обеспечивает адекватное осуществление лечения больных, контроль за динамикой лечебно-диагностического процесса (в том числе за состоянием пациента) и использованием материально-технических средств, учёт выполняемой медицинским персоналом работы.

Основные виды сестринской медицинской документации.

- Журнал движения больных: регистрация поступления и выписки больных.
- Процедурный лист: лист врачебных назначений.
- Температурный лист: в нём отмечают основные данные, характеризующие состояние больного – температуру тела, пульс, АД, ЧДД, диурез, массу тела (по мере необходимости), физиологические отправления.

- Журнал назначений: в нём фиксируют назначения врача – лабораторные и инструментальные исследования, консультации «узких» специалистов и пр.
- Журнал учёта наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств.
- Журнал передачи ключей от сейфа.
- Требование на питание больных (порционник) должен содержать сведения о количестве больных на назначенные диеты, фамилии пациентов, при необходимости – дополнительно вы-

даваемые продукты или, наоборот, характер разгрузочных диет.

- Журнал приёма и сдачи дежурств: в нём регистрируют общее число больных, их «движение» за сутки, отмечают лихорадящих и тяжелобольных, срочные назначения, нарушения режима в отделении и пр.

Санитарно-эпидемиологический режим терапевтического отделения

Строгое выполнение всех требований по поддержанию санитарно-эпидемиологического режима в терапевтическом отделении выступает обязательным условием профилактики внутрибольничной инфекции, предупреждения размножения патогенных микроорганизмов и распространения насекомых (тараканов, постельных клопов, мух) и грызунов.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ САНИТАРКИ ПРОЦЕДУРНОГО

КАБИНЕТА ОТДЕЛЕНИЯ

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

На должность санитарки процедурного кабинета назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение. Назначается и увольняется главным врачом больницы в соответствии с действующим законодательством. Непосредственно подчиняется медицинской сестре процедурного кабинета.

В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц, настоящей инструкцией.

1. ОБЯЗАННОСТИ

1. Производит уборку процедурного кабинета в соответствии с установленными правилами.

2. Помогает медицинской сестре процедурного кабинета при получении медикаментов, инструментария и доставке их в кабинет.
3. Получает у сестры-хозяйки и обеспечивает правильное хранение и использование хозяйственного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств.
4. При обнаружении в отделении больного с инфекционным заболеванием проводит в процедурном кабинете текущую и заключительную дезинфекцию.
5. По указанию медицинской сестры процедурного кабинета сопровождает больных в палаты.
6. Немедленно сообщает сестре-хозяйке о замеченных неисправностях в системе отопления, водоснабжения, канализации, в электроприборах и т. д.
7. Участвует в занятиях по сантехминимуму и повышению квалификации, проводимых в отделении для младшего медицинского персонала.

III. ПРАВА

Санитарка процедурного кабинета имеет право:

1. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

2. Вносить предложения руководству отделения по улучшению организации и условий своего труда.

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ

МЛАДШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ

I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

На должность младшей медицинской сестры назначается лицо, окончившее курсы младших медицинских сестер по уходу за больными.

Назначается и увольняется главным врачом больницы в соответствии с действующим законодательством. Непосредственно подчиняется палатной медицинской сестре. В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц, настоящей инструкцией.

1. ОБЯЗАННОСТИ

1. Помогает палатной медицинской сестре в уходе за больными.
2. Обеспечивает содержание в чистоте и опрятности больных и помещений.
3. Производит смену нательного и постельного белья.
4. Систематически проводит влажную уборку помещений и проветривание палат.
5. Участвует в транспортировке тяжелобольных.
6. Следит за выполнением больными и посетителями режима дня отделения.
7. Обеспечивает правильное использование и хранение предметов ухода за больными.
8. Участвует в занятиях по сантехминимуму.

III. ПРАВА

Младшая медицинская сестра по уходу за больными имеет право:

1. Вносить предложения руководству отделением по улучшению организации и условий своего труда.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ СЕСТРЫ-ХОЗЯЙКИ ОТДЕЛЕНИЯ

I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

На должность сестры-хозяйки отделения назначается лицо, с образованием не менее 8-ми классов, прошедшее курс индивидуального обучения. Назначается и увольняется главным врачом больницы в соответствии с действующим законодательством. Непосредственно подчиняется старшей медицинской сестре отделения. В своей работе руководствуется правилами и инструкциями по организации хозяйственной деятельности, приказами и распоряжениями вышестоящих должностных лиц, настоящей инструкцией. В хозяйственном отношении сестре-хозяйке подчинен младший медицинский персонал отделения. Является материально-ответственным лицом.

II. ОБЯЗАННОСТИ

1. Руководит работой палатных санитарок и уборщиц по содержанию в порядке и чистоте всего отделения, контролирует качество уборки.
2. Обеспечивает отделение хозяйственным, мягким и твердым инвентарем, спецодеждой, предметами гигиены и канцелярскими принадлежностями. Производит смену халатов и полотенец сотрудникам отделения в установленные сроки.
3. Ведет учет хозяйственного, мягкого и твердого инвентаря по установленной форме. Обеспечивает правильное его хранение и маркировку.
4. Обеспечивает санитарок достаточным количеством чистого белья для больных, принимает от них грязное белье.
5. Сдаст грязное белье в дезинфекцию и прачечную, получает чистое белье в установленные сроки.
6. Составляет заявки на ремонт помещения, оборудования, мягкого и твердого инвентаря, сдает их в хозяйственную часть и следит за исполнением.
7. Контролирует правильность использования белья, своевременно сдает его в ремонт. Мелкий ремонт организует силами младшего медицинского персонала отделения.
8. Составляет требования на получение недостающего инвентаря и оборудования, подписывает их у заведующего отделением и передает в хозяйственную часть.
9. Обеспечивает своевременную санитарную обработку больных.

10. Руководит сменой нательного и постельного белья.
11. Следит за бережным обращением персонала отделения со всеми материальными ценностями, находящимися в отделении, а также за расходом моющих и дезинфицирующих средств.
12. Следит за правильной эксплуатацией и исправным состоянием газовых и электроустановок, а также за прохождением соответствующего инструктажа вновь принятым на работу в отделение персоналом.
13. Обучает младший медицинский персонал отделения правилам пользования дезинфицирующими средствами и предметами гигиены и контролирует соблюдение этих правил.
14. Следит, чтобы больные были чисто и опрятно одеты, одежда соответствовала росту и полу больного.
15. Обеспечивает буфет отделения соответствующим оборудованием и столовой посудой, следит за правильной маркировкой и использованием посуды предназначенной для переноса пищи, уборки помещения, сбора пищевых отходов и т. д.
16. Следит за своевременной обработкой отделения дезинфицирующими средствами и обеспечением средствами борьбы с мухами в весенне-летний период (сетки на окнах) в столовой, буфете, туалете, процедурном кабинете и др. местах.
17. Обеспечивает отделение маркированной посудой, предназначенной для проведения всех видов дезинфекции (профилактической, текущей, заключительной).
18. Выдает санитарке-ваннщице постельное и нательное белье и дезинфицирующие средства; процедурные кабинеты обеспечивает необходимым количеством мягкого инвентаря и моющих средств.
19. Отчитывается перед бухгалтерией о расходе мягкого, жесткого и хозяйственного инвентаря.
20. Подготавливает к своевременному списанию пришедшее в негодность белье и инвентарь, составляет акт на списание.
21. Ведет необходимую учетно-отчетную документацию.
22. Участвует в занятиях по сантехминимуму и повышению квалификации, организуемых для младшего медицинского персонала в больнице и отделении.

Дезинфекция

Дезинфекция (лат. de - приставка, означающая прекращение, устранение, inficio - заражать; син. - обеззараживание) - комплекс мер по уничтожению вегетирующих форм патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Существует два основных направления дезинфекции:

- профилактическая дезинфекция - предупреждение внутрибольничных инфекций;
- очаговая дезинфекция - обеззараживание в выявленном очаге инфекции.

Дезинфекцию можно осуществлять четырьмя методами: механическим, физическим, химическим и комбинированным (табл. 3-7).

К основным методам дезинфекции медицинских инструментов относят их кипячение и погружение в дезинфицирующие растворы.

Метод кипячения. Кипячение рекомендуют для медицинских изделий из стекла, металла, термостойких материалов, резины. Кипятят в 2% растворе натрия гидрокарбоната в течение 15 мин.

Метод погружения в дезинфицирующий раствор. Для дезинфекции методом погружения используют следующие растворы.

- 3% раствор хлорамина Б с погружением медицинских инструментов на 60 мин (для обработки инструментов в туберкулёзных стационарах - в 5% раствор хлорамина на 240 мин).
- 6% раствор водорода перекиси с погружением на 60 мин или 4% раствор - на 90 мин.
- 2% раствор глутарала с погружением на 15 мин.
- 70% раствор спирта с погружением на 30 мин.

Методы дезинфекции медицинских инструментов

К основным методам дезинфекции медицинских инструментов относят их кипячение и погружение в дезинфицирующие растворы.

Метод кипячения. Кипячение рекомендуют для медицинских изделий из стекла, металла, термостойких

материалов, резины. Кипятят в 2% растворе натрия гидрокарбоната в течение 15 мин.

Метод погружения в дезинфицирующий раствор. Для дезинфекции методом погружения используют следующие растворы.

- 3% раствор хлорамина Б с погружением медицинских инструментов на 60 мин (для обработки инструментов в туберкулёзных стационарах - в 5% раствор хлорамина на 240 мин).
- 6% раствор водорода перекиси с погружением на 60 мин или 4% раствор - на 90 мин.
- 2% раствор глутарала с погружением на 15 мин.
- 70% раствор спирта с погружением на 30 мин.

Стерилизация (лат. sterilis - бесплодный) - полное освобождение какого-либо вещества или предмета от микроорганизмов путём воздействия на него физическими или химическими факторами. Предстерилизационной очистке должны подвергаться все медицинские изделия многократного использования перед их стерилизацией и/или дезинфекцией с целью удаления белковых, жировых, механических загрязнений, а также лекарственных препаратов.

Разъёмные изделия подлежат предстерилизационной очистке разобранном виде в следующем порядке.

- Ополаскивание проточной водой в течение 30 с.
- Замачивание в моющем комплексе («Биолот», «Лотос») при полном погружении изделия в течение 15 мин при температуре 50 °С
- Мойка каждого изделия с помощью ерша, ватно-марлевого тампона или щётки в моющем комплексе в течение 30 с.
- Ополаскивание проточной водой при применении «Биолота» в течение 3 мин, «Лотоса медицинского» в течение 10 мин.
- Выдерживание в дистиллированной воде в течение 30 мин.
- Сушка горячим воздухом при температуре 80-85 °С до полного исчезновения влаги.

Контроль качества предстерилизационной обработки медицинского инструментария.

Предстерилизационную обработку считают эффективной, если на изделиях после обработки не обнаружены остаточные количества крови с помощью амидопириновой или азопирамовой пробы.

III. ПРАВА

Сестра-хозяйка отделения имеет право:

1. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу отделения, в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации, и контролировать их выполнение.
2. Участвовать в работе комиссии по списанию имущества, пришедшего в негодность.
3. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы; материальную ответственность, в соответствии с действующим законодательством и

заключаемым с ней договором, за вверенное имущество.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ САНИТАРКИ-ВАННИЦЫ ОТДЕЛЕНИЯ

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

На должность санитарки-ванницы назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение. Назначается и увольняется главным врачом больницы в соответствии с действующим законодательством. Непосредственно подчиняется старшей медицинской сестре отделения. В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц, настоящей инструкцией.

1. ОБЯЗАННОСТИ

1. Осуществляет подготовку помещения и ванн.

2. Систематически (после каждого больного) осуществляет санитарно-гигиеническую обработку ванны и мочалок.

3. Оказывает помощь больным при приеме гигиенической ванны, при раздевании и одевании больного.
4. При отсутствии младшей медицинской сестры по уходу за больными, получает у сестры-хозяйки нательное и постельное белье и производит его смену.
5. Соблюдает технику безопасности.
6. Участвует в занятиях по сантехминимуму и повышению квалификации, проводимых в отделении для младшего медицинского персонала.

III. ПРАВА

Санитарка-ваннщица отделения имеет право:

1. Получать информацию необходимую для выполнения своих обязанностей.
2. Вносить предложения руководству отделения по улучшению организации и условий своего труда.
2. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ САНИТАРКИ-БУФЕТЧИЦЫ ОТДЕЛЕНИЯ

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

На должность санитарки-буфетчицы назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение. Назначается и увольняется главным врачом больницы в соответствии с действующим законодательством. Непосредственно подчиняется старшей медицинской сестре и сестре-хозяйке отделения. В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц, настоящей инструкцией.

1. ОБЯЗАННОСТИ

1. Получает готовую пищу на пищеблоке, проверяет ее по весу и счету. Расписывается в раздаточной ведомости.
2. Производит раздачу больным пищи, согласно меню и назначенной диете.
3. Производит подогрев пищи и раздает ее в горячем виде.
4. Производит мытье посуды, уборку буфетной и столовой, соблюдая санитарные требования.
5. Систематически производит уборку холодильников, предназначенных для хранения продуктов больных.
6. Обеспечивает санитарно-гигиеническое содержание буфетной и столовой.
7. Своевременно получает от сестры-хозяйки необходимый инвентарь и посуду, обеспечивает их сохранность.
8. Своевременно информирует руководство отделения о необходимости ремонта оборудования и инвентаря буфетной.
9. Соблюдает личную гигиену.
10. Участвует в занятиях по сантехминимуму и повышению квалификации, проводимых в отделении для младшего медицинского персонала.
11. Соблюдает сроки реализации пищевых продуктов.
12. Периодически проходит медицинские осмотры в соответствии с действующими правилами.

III. ПРАВА

Санитарка-буфетчица имеет право:

1. Вносить предложения руководству отделения по улучшению организации питания больных, а также улучшению организации и условий своего труда.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
1. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ САНИТАРКИ-УБОРЩИЦЫ ОТДЕЛЕНИЯ

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

На должность санитарки-уборщицы назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение. Назначается и увольняется главным врачом больницы в соответствии с действующим законодательством. Непосредственно подчиняется старшей медицинской сестре и сестре-хозяйке отделения. В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц, настоящей инструкцией.

1. ОБЯЗАННОСТИ

1. Производит уборку помещений в соответствии с установленными правилами.
2. Помогает старшей медицинской сестре при получении медикаментов, инструментов, оборудования и доставке их в отделение.
3. Получает у сестры-хозяйки и обеспечивает правильное хранение и использование нательного белья, хозяйственного инвентаря и моющих средств.
4. Докладывает медицинской сестре отделения обо всех изменениях в состоянии больных, об их жалобах, о нарушении больными режима дня отделения.
5. Убирает прикроватные столики у лежачих больных после каждого приема пищи.
6. При обнаружении у больного инфекционного заболевания проводит текущую и заключительную дезинфекцию.
7. Следит за соблюдением больными правил личной гигиены: умывает, подмывает, причесывает и стрижет ногти больным, которые не могут этого делать по своему физическому состоянию.
8. По указанию палатной медицинской сестры отделения сопровождает больных в лечебно-диагностические кабинеты.
9. Выполняет функции курьера.
10. Немедленно сообщает сестре-хозяйке о замеченных неисправностях в системе отопления, водоснабжения, канализации, в электроприборах и т. д.
11. Участвует в занятиях по сантехминимуму и повышению квалификации, проводимых в отделении для младшего медицинского персонала.

III. ПРАВА

Санитарка отделения имеет право:

1. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
2. Вносить предложения руководству отделения по улучшению организации и условий своего труда.
3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. К ОБЛАСТЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) своевременная смена постельного белья;
- 2) диагностика заболеваний;
- 3) влажная уборка помещений;
- 4) подача судна;
- 5) своевременная смена нательного белья;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-4

2. НЕОТЛОЖНАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛЯХ В СЕРДЦЕ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) таблетку нитроглицерина под язык;
- 2) самостоятельное введение медсестрой (без врачебных назначений) обезболивающих препаратов парентерльно;
- 3) таблетку валидола под язык;
- 4) 30 капель валокардина внутрь;
- 5) растегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-4

3. УБОРКА ПАЛАТ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) влажным способом не реже 2 раз в день;
- 2) влажным способом 1 раз в день;
- 3) сухим способом 1 раз в день;
- 4) сухим способом не реже 2 раз в день;
- 5) сухим и влажным способами;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-1

4. ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ 0,1% РАБОЧЕГО РАСТВОРА ХЛОРНОЙ ИЗВЕСТИ:

- 1) 100 мл 10% раствора хлорной извести добавляется к 9,9 л воды;
- 2) 200 мл 10% раствора хлорной извести добавляется к 9,8 л воды;
- 3) 500 мл 10% раствора хлорной извести добавляется к 9,5 л воды;
- 4) 1 л 10% раствора хлорной извести добавляется к 9 л воды;
- 5) 1,5 л 10% раствора хлорной извести добавляется к 8,5 л воды;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-15

5. НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ И РУКОВОДСТВО РАБОТОЙ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) заведующим отделением;
- 2) главной медицинской сестрой;
- 3) главным врачом;
- 4) старшей медицинской сестрой отделения;
- 5) врачом отделения;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОПК-4

6. СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ РУКОВОДСТВУЕТСЯ:

- 1) штатным нормативом;
- 2) должностными инструкциями;
- 3) номенклатурой должностей;
- 4) уставом больницы;
- 5) документацией отделения;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-4

7. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГРУППАМ ПАЦИЕНТОВ ОПРЕДЕЛЕННОГО ПРОФИЛЯ:

- 1) поликлиника;
- 2) диспансер;
- 3) медсанчасть;
- 4) станция скорой медицинской помощи;
- 5) санатории;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1

8. К ОБЛАСТЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) своевременная смена постельного белья;
- 2) диагностика заболеваний;
- 3) уборка помещений в соответствии с установленными правилами;
- 4) следить за соблюдением больными правил личной гигиены;
- 5) мытье больных;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-4

9. ВЫДЕЛИТЕ ОТДЕЛЕНИЯ, ГДЕ МОГУТ РАБОТАТЬ ОДНИ МЕДСЕСТРЫ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ

ОБРАЗОВАНИЯ:

- 1) терапевтическое;
- 2) гинекологическое;
- 3) хосписы;
- 4) нервное;
- 5) интернаты;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-5

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациент Р. 74 года. Находится на стационарном лечении с Ds: Острый бронхит. По назначению врача получает 0,5 г ампициллина 4 раза в сутки, обезболивающие средства 2р в день. Препарат вводят внутримышечно четвертый день. У пациента полностью отсутствует двигательная активность, очень ослаблен. Медицинской сестре тяжело вводить антибиотики, так как поворачивать больного Р. на бок для введения затруднительно. Все препараты, которые ему назначили, в том числе и обезболивающие, медсестра чаще всего вводит в бедро и плечо.

Вопрос 1: Сформулируйте проблемы пациента и укажите, какие потребности нарушены у пациента?;

Вопрос 2: Какие мероприятия необходимо проводить для профилактики возникновения пролежней?;

Вопрос 3: Какие мероприятия необходимо проводить, чтобы предупредить риск возникновения инфильтрата?;

Вопрос 4: Что такое асептика?;

Вопрос 5: Какие существуют варианты положения больного в постели?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-4

2. В терапевтическом отделении на лечении находится пациентка Р., 52 года с Ds: Гипертоническая болезнь. При очередном контакте с пациенткой медицинская сестра обратила внимание на побледнение кожных покровов, синюшное окрашивание ногтевых пластин и похолодание конечностей. При измерении температура тела пациентки 37,9°. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, неприятное ощущение холода, сопровождающееся дрожью во всем теле. Пациентка говорит, что накануне приходила проведать подруга, которая чихала и, видно, занесла инфекцию.

Вопрос 1: Сформулируйте проблемы пациентки и укажите, какие потребности нарушены;

Вопрос 2: Как называется специализированное отделение по лечению бронхо-легочных заболеваний.

Заражение пациентки в больнице вирусной инфекцией указывает на возникновение, какого процесса ЛПУ?;

Вопрос 3: Какой тип лихорадки у данной пациентки?;

Вопрос 4: Составьте план ухода;

Вопрос 5: Температурный лист. Правила регистрации результатов термометрии в температурном листе.

Укажите возможные места измерения температуры?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-4

3. В терапевтическом отделении находится пациент К. 56 лет с Ds: Сахарный диабет 2-го типа. Во время обхода у данного пациента врач обнаружила на тумбочке сладкие глазированные сырки, виноград, бананы, шоколад.

Вопрос 1: Соответствуют ли перечисленные продукты требованиям, предъявляемым к диете при данном заболевании?;

Вопрос 2: Каковы правила хранения продуктов в отделении?;

Вопрос 3: Обязанности палатной медицинской сестры?;

Вопрос 4: Объяснить пациенту правила сбора мочи на сахар;

Вопрос 5: Какой лечебный стол необходим при данном заболевании?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-10

4. Пациентка М., 40 лет, поступает в терапевтическое отделение с диагнозом мочекаменная болезнь. При обследовании предъявляет жалобы на резкие боли в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область, половые органы, мочеиспускание учащенное, болезненное, малыми порциями, повторяющую, многократную рвоту. Считает себя больной 3 года. Приступы периодически повторяются. Объективно: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Ориентируется во времени и пространстве, тревожна настроена, мечется в постели. Положение вынужденное, кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Температура тела 36,7° С. ЧДД 18 в мин. Пульс 100 уд.мин., ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст.

Вопрос 1: Сформулируйте проблемы пациентки и укажите, какие потребности нарушены?;

Вопрос 2: Составьте план сестринских вмешательств;

Вопрос 3: В чём заключается уход при рвоте?;

Вопрос 4: Укажите обязанности младшей медицинской сестры;

Вопрос 5: Назовите показания и противопоказания к применению грелки;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

5. Пациентка 60 лет проходит лечение в терапевтическом отделении с Ds: Гипертоническая болезнь II стадии. Поступила с гипертоническим кризом. Жалуется на сильную головную боль в затылочной области, слабость, плохой сон. Страдает гипертонической болезнью около 5 лет, ухудшение состояния в последние 2 месяца, после стрессовой ситуации. Лекарства принимает нерегулярно. Диету не соблюдает, злоупотребляет острой, соленой пищей.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы чистые, обычной окраски, избыточного питания. ЧДД - 20 в минуту, пульс 80 в минуту, ритмичный, напряжен, АД - 180/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопрос 1: Сформулируйте проблемы пациентки и укажите, какие потребности нарушены?;

Вопрос 2: Виды двигательной активности. Какой вид двигательной активности подходит для данной пациентки?;

Вопрос 3: Какую лечебную диету назначают при заболеваниях сердечно-сосудистой системы?;

Вопрос 4: Что такое Индекс массы тела?;

Вопрос 5: Объясните пациентке правила сдачи крови на биохимическое исследование.;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России. (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 5. Мероприятия по обеспечению личной гигиены больного (Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10, ПК-20)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Большое значение в уходе за пациентом отводится мероприятиям по личной гигиене больного, что приводит к более быстрому выздоровлению, профилактике ВБИ, пролежней, других осложнений, что и обуславливает актуальность данной темы.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода, основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, основы формирования навыков здорового образа жизни, устранения вредных привычек; санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов; порядок проведения санитарной обработки пациента; **уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, выполнить уход за кожей тяжелобольных., осуществлять транспортировку больного внутри учреждения., обрабатывать руки на гигиеническом уровне., провести наружный туалет промежности, применить и приготовить дезинфицирующие средства, **владеть** алгоритмом пособия по смене постельного белья тяжелобольному., алгоритмом пособия по смене нательного белья тяжелобольному, проведением личной гигиены лица (уход за глазами, носом, ушами, полостью рта), оценкой степени риска развития пролежней.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** видеопроектор, маски одноразовые, ноутбук, перчатки стерильные, пипетки для закапывания капель в нос, глаза, уши, резиновый пузырь, судно, термометр электронный, фантомы для перентерального введения лекарственных веществ

7. Аннотация (краткое содержание темы)

1. Принципы ухода.

2. Приготовление постели (смена постельного белья).

3. Размещение пациента в постели.

4. Помощь пациенту при снятии и надевании одежды.

5. Уход за кожей. Профилактика пролежней.

6. Расчесывание волос пациента.

7. Уход за полостью рта, зубами, зубными протезами. Бритье пациента.

8. Уход за руками и ногами.

9. Помощь при физиологических отправлениях.

Принципы ухода.

Общий уход за больным предусматривает тщательное круглосуточное наблюдение за всеми изменениями, которые происходят в его состоянии в зависимости от течения болезни. Своевременное выявление любого изменения и сообщение об этом врачу имеет важное значение в процессе лечения.

Наблюдая за больным, медицинская сестра должна обращать внимание на состояние сознания; изменения положения больного; выражение лица; цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек; на состояние органов кровообращения и дыхания; на функцию органов выделения и др.

Состояние сознания. У человека возможно развитие различных степеней расстройства сознания, проявляющегося его угнетением: кома, сопор, ступор.

Кома — полная потеря сознания, возникающая при поражении жизненно важных центров головного мозга. При коме наблюдается расслабление мышц, утрата чувствительности и рефлексов, отсутствие реакции на любые раздражители — болевые, световые, звуковые. Коматозное состояние может возникнуть у больного при кровоизлиянии в мозг, сахарном диабете, тяжелой почечной и печеночной недостаточности, при отравлении различными ядами.

Сопор — состояние спячки, характеризующееся глубоким сном. Больного удается вывести из этого состояния обычным звуковым раздражителем (голосом), однако он вскоре вновь впадает в глубокий сон.

Ступор — состояние оглушения, при котором больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, вяло и с запозданием отвечает на вопросы.

Расстройство сознания может проявляться и возбуждением центральной нервной системы: бред, галлюцинации, причиной которых чаще всего является развитие интоксикации организма. Чрезмерно возбужденное сознание с нереальностью ощущений, галлюцинациями и психомоторным возбуждением называется **делирием**. Делирий может наблюдаться при психических заболеваниях, органических поражениях мозга, некоторых интоксикациях, например, алкоголем (“белая горячка”), препаратами белладонны и др.

Положение больного. Различают три основных положения больного: активное, пассивное, вынужденное.

Активное положение характеризуется тем, что больной в состоянии сам себя обслужить, свободно передвигается по палате, принимает любое удобное положение.

Пассивное положение наблюдается при полной потере сознания или крайней степени истощения. В этом положении больной находится неподвижно, его голова и конечности свешиваются ввиду своей тяжести. Пассивное положение больных наблюдается при угнетении сознания, острой сосудистой недостаточности, поражениях нервной и мышечной систем, резком ослаблении (прострация) вследствие истощения, тяжелых инфекциях или интоксикациях.

Вынужденное положение больной занимает для того, чтобы облегчить свое состояние, развивающееся на определенных фазах течения болезни — полусидячее или сидячее при болезнях сердца в момент нарушения кровообращения и при заболеваниях легких; лежачее неподвижное положение (чаще всего на каком-либо боку с приведенными к животу ногами) при перитоните; беспокойное с частой сменой лежачего положения на сидячее (симптом «ваньки-встаньки») и т.д.

Кожа и видимые слизистые оболочки: вид кожи и видимых слизистых оболочек, поддающихся осмотру, позволяет медицинской сестре своевременно заподозрить развитие серьезных осложнений в течение болезни.

Цвет кожи зависит не только от содержания гемоглобина, но также часто и от индивидуально различной просвечиваемости наружных слоёв кожи. Поэтому слизистые оболочки в большинстве случаев служат лучшим показателем степени анемии, чем цвет кожи.

При оценке состояния кожных покровов и слизистых оболочек обращается внимание на цвет, наличие пигментации или шелушения, на влажность и эластичность, а также на образование пролежней. Так, бледность кожных покровов и слизистых оболочек свидетельствует о кровопотере, отмечается она при спазме периферических сосудов. Появление участка покраснения кожи указывает на наличие очага воспаления в этой зоне. Желтушная окраска кожных покровов и склер является следствием повышения количества билирубина в крови, что возникает при гемолизе крови, заболевании печени или при механической непроходимости желчных протоков. Цианотичная (синевато-фиолетовая) окраска кожи, связанная с увеличением в крови редуцированного гемоглобина, может иметь как общее проявление, так и местное (ногти, мочки ушей, кончик носа) - акроцианоз. Общий цианоз развивается при сердечной и легочной недостаточности, тогда как местный цианоз — в результате закупорки или сдавления вен на ограниченном участке.

Для медицинской сестры важно своевременно заметить на коже больного различные сыпи, которые нередко являются проявлением инфекционных заболеваний, и немедленно сообщить об этом врачу.

Медицинская сестра должна всегда помнить, что сухость кожи является следствием большой потери организмом жидкости, и особенно тщательно выполнять у таких больных внутривенное введение назначенных растворов.

Большое внимание должна уделять медицинская сестра осмотру кожи у ослабленных и истощенных больных, так как у них нередко образуются участки некроза кожи - пролежни. Тщательный осмотр больного позволит своевременно выявить первые признаки образования пролежней и начать лечение, предупреждающее их дальнейшее развитие.

Отеки. При недостаточности кровообращения, заболеваниях почек, длительных истощающих болезнях, при воспалительных процессах обнаруживаются отеки кожи, которые могут быть общими и местными.

Общие отеки встречаются при заболеваниях общего характера (болезни сердца, почек и т.д.) и распространяются либо по всему телу, либо локализуются на ограниченных участках (лицо, конечности), но симметрично на обеих сторонах.

Местные отеки бывают связаны с местными затруднениями оттока лимфы или крови, а также могут развиваться при местном воспалительном процессе.

Признаком отека является появление припухлости кожи, приобретающей лоснящийся вид. После надавливания пальцем в зоне отека остается ямка, которая постепенно исчезает.

Одним из способов выявления отеков и контроля за их динамикой является взвешивание больного, а также наблюдение за диурезом (учет количества выпитой и введенной жидкости и выделенной мочи).

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА БОЛЬНОГО

Соблюдение правил личной гигиены, содержание в чистоте палаты и постели необходимы для эффективного лечения.

Положение больного в постели должно быть удобным, постельное белье — чистым, сетка кровати — натянутой, матрас — ровным. Для тяжелобольных и больных с недержанием мочи и кала на наматрасник кладут клеенку. Женщинам с обильными выделениями на клеенку кладут пеленку, которую меняют по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю. Тяжелобольных укладывают на функциональные кровати, применяют подголовники. Больному дают 2 подушки и одеяло с пододеяльником. Постель перестилают регулярно перед сном и после сна. Нательное и постельное белье меняют не реже одного раза в неделю после приема ванны, а также при случайном загрязнении, т.е. по необходимости.

Смена нательного и постельного белья

Смена постельного белья

1-й способ (применяется в тех случаях, если больному запрещены активные движения в постели, т.е. при строгом постельном режиме) (рис. 1).

Последовательность выполнения:

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
 2. Чистую простыню скатать по ширине валиком.
 3. Раскрыть пациента, осторожно приподнять верхнюю часть туловища пациента, убрать подушки, сменить наволочки.
 4. Быстро скатать грязную простыню со стороны изголовья кровати до поясицы, а на освободившую часть расстелить чистую простыню.
 5. На чистую простыню положить чистые подушки и опустить на них голову пациента.
 6. Приподнять таз, а затем нижние конечности пациента, убрать грязную простыню, расправить чистую.
 7. Опустить таз и ноги пациента, заправить края простыни под матрас.
 8. Сменить пододеяльник, укрыть больного.
 9. Положить грязное белье в клеенчатый мешок.
10. Снять перчатки, вымыть руки.

Рис. 1 Смена постельного белья (первый способ)

2-й способ (применяется в тех случаях, если больному разрешено поворачиваться в постели, т.е. при постельном режиме) (рис. 2).

Последовательность выполнения:

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Чистую простыню скатать валиком по длине до половины кровати.
3. Раскрыть пациента, приподнять его голову и убрать подушку.
4. Подвинуть пациента к краю кровати и осторожно повернуть его на бок и поддерживать в этом положении.
5. Скатать грязную простыню по всей длине по направлению к пациенту.
6. На освободившейся части постели расстелить чистую простыню.
7. Осторожно повернуть пациента на спину, а затем на другой бок так, чтобы он оказался на чистой простыне.
7. Убрать грязную простыню и положить ее в клеенчатый мешок.
9. Расправить на освободившейся части чистую простыню, подвернуть край

- под матрац.
8. Положить пациента на спину.
 9. Сменить наволочки и положить подушки под голову.
 12. Сменить пододеяльник и укрыть пациента.
 13. Грязное белье положить в клеенчатый мешок.
 14. Снять перчатки, вымыть руки.

Рис. 2 Смена постельного белья (второй способ)

Смена нательного белья

Последовательность выполнения:

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Приподнять верхнюю половину туловища пациента.
3. Осторожно скатать грязную рубашку до затылка.
4. Приподнять обе руки пациента и скатанную у шеи рубашку снять через голову пациента, а затем освободить руки (если одна рука травмирована, то снять рубашку сначала со здоровой, а затем с больной руки).
5. Положить грязную рубашку в клеенчатый мешок.
6. Надеть чистую рубашку: вначале надеть рукава (если одна рука повреждена, то сначала на больную руку, затем на здоровую), потом перевести рубашку через голову и расправить на спине и груди.
7. Снять перчатки, вымыть руки.

Уход за кожей и профилактика пролежней

Кожа выполняет защитную, выделительную, терморегулирующую функции. Через кожу, ее потовые железы выделяются вода, мочевины, мочевиная кислота, натрий, калий и другие вещества. В покое при нормальной температуре выделяется около одного литра пота в сутки, а у лихорадящих больных — до 10 литров и более. Отдача тепла через потоотделение у здоровых составляет 1/5 часть всей теплоотдачи за 1 сутки, а у лихорадящих больных — значительно больше. Потоотделение является основным терморегулятором организма. При некоторых заболеваниях потоотделение резко увеличивается, а при испарении пота остаются продукты обмена, разрушающие кожу. Поэтому кожа должна быть чистой — таким больным следует чаще менять белье, обтирать кожу сухим чистым полотенцем, одеколоном, водой со спиртом (1:1), дезраствором (1 стакан воды, 1 ст. ложка уксуса + 1 ст. ложка камфорного спирта).

При тяжёлом состоянии больного показано обтирание кожных покровов одним из антисептических средств: 10% раствором камфоры, 1% спиртовым раствором салициловой кислоты, смесью 70% раствора этилового спирта пополам с водой и др. Перед обтиранием необходимо подложить под больного клеёнку. Обтирание следует проводить губкой, смоченной антисептическим раствором, в определённой последовательности: шея, грудь, руки, живот, спина и ноги. При обтирании спины следует поворачивать больного поочередно на правый и левый бок.

Особое внимание обращают на паховую область, подмышечные впадины, у женщин — на область под молочными железами. Кожа промежности требует ежедневного обмывания. Больные, которые самостоятельно передвигаются, для этой цели используют биде. Тяжелобольных следует подмывать после каждого акта дефекации и мочеиспускания, а при недержании мочи и кала — несколько раз в день во избежание мацерации и воспаления кожи в области паховых складок. Женщин подмывают чаще.

У тяжелобольных могут образоваться *пролежни* (decubitus)- омертвление (некроз) кожи с подкожной клетчаткой и других мягких тканей, развивающееся вследствие постоянного сдавления, нарушений местного кровообращения и нервной трофики. Пролежни бывают чаще всего на крестце, лопатках, пятках, локтях. Сначала появляются бледность, затем покраснение кожи и ее болезненность, отечность, затем развиваются омертвление и язвы, захватывающие и надкостницу. Через поврежденную кожу проникает инфекция, что может привести к нагноению и даже заражению крови (сепсису).

Появление пролежней — свидетельство недостаточного ухода за больным!

Профилактика пролежней.

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Повернуть пациента на бок и обработать кожу мягкой салфеткой, смоченной в теплой воде или уксусе.
3. Тщательно высушить кожу, массировать те места, где чаще образуются пролежни, смазать кожу стерильным вазелиновым маслом.
4. Подложить под места образования пролежней ватно-марлевые или резиновые круги.
5. Каждые 2 часа менять положение пациента.

6. Осматривать места частого образования пролежней.
7. Немедленно менять мокрое и загрязненное белье.
8. При смене постельного и нательного белья проверять, чтобы на них не было швов, заплаток, складок.
9. Места покраснения кожи обрабатывать слабым раствором перманганата калия.
10. Постоянно контролировать чистоту тела пациента.

Обработка пролежней.

При появлении покраснения кожи ее 2 раза в день протирают 10% камфорным спиртом, влажным полотенцем, облучают кварцевой лампой.

При появлении пролежней возможно присоединение вторичной гнойной или гнилостной инфекции. Профилактика пролежней сводится к постоянному контролированию состояния постели, постельного и нательного белья тяжелого больного - своевременному устранению неровностей, разглаживанию складок. Для профилактики пролежней применяют специальные подкладные резиновые круги, которые помещают под области тела, подвергающиеся длительному сдавлению (например, под крестец). Круг должен быть надут не очень туго, чтобы он мог изменять свою форму при движении больного. Необходимо систематически изменять положение больного каждые 2 часа, поворачивая его в постели 8-10 раз в сутки.

- При первой стадии пролежней (появление участков красного или синюшно-красного цвета без четко определенных границ) следует обрабатывать пораженные участки одним из растворов: 10% раствором камфоры, 1% спиртовым раствором салициловой кислоты, 5-10% спиртовым раствором йода, 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или смесью 70% раствора этилового спирта пополам с водой.
- При появлении пузырьков (вторая стадия пролежней) их необходимо смазывать 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или 5-10% раствором калия перманганата, пораженную кожу вокруг пузырьков - обрабатывать 10% раствором камфоры или смесью 70% раствора этилового спирта пополам с водой, наложить повязку мазью Вишневского, линиментом синтомицина и др.
- Если пузырьки начинают лопаться и образуются язвы (третья стадия пролежней), необходимо накладывать на пораженную область мазовые повязки с 1% хлорамфениколовой эмульсией и др.
- При четвертой стадии пролежней (некроз кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей) показано хирургическое лечение - удаление омертвевших тканей и очищение раны. Затем на рану накладывают повязку с 0,5% раствором калия перманганата; при наличии гноя рану промывают 3% раствором водорода перекиси или 0,5% раствором калия перманганата и др. Поверхность пролежней покрывают асептической повязкой.

Подача судна или мочеприемника

Если больной страдает недержанием мочи, следует менять белье после каждого мочеиспускания (и намочения белья). Если больные совершают физиологические отправления лёжа, им необходимо подавать подкладное судно.

Больным, находящимся на строгом постельном режиме, при необходимости опорожнения кишечника в постель подают судно, а при мочеиспускании — мочеприемник (женщины при мочеиспускании чаще пользуются судном). Судна бывают металлические с эмалевым покрытием и резиновые. Резиновое судно применяют для ослабленных больных, а также при наличии пролежней, недержании кала и мочи. Прежде чем подать больному мочеприемник, его нужно ополоснуть теплой водой, вылив содержимое мочеприемника, вновь ополоснуть его теплой водой.

Подача судна.

Оснащение: судно, клеенка, ширма, дез.раствор. Если у больного возникает позыв на дефекацию или мочеиспускание, необходимо:

1. Отгородить его ширмой от окружающих, подложить под таз больного клеенку.
2. Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды
3. Левую руку подвести сбоку под крестец больного, помогая больному приподнять таз (его ноги согнуты в коленях).
4. Правой рукой подвести судно под ягодицы больного, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.
5. Прикрыть больного одеялом и оставить его одного.
6. После акта дефекации вылить содержимое судна в унитаз, ополоснув судно горячей водой (лучше с порошком).
7. Подмыть больного, осушить промежность, убрать клеенку.
8. После освобождения судна необходимо тщательно промывать горячей водой и дезинфицировать 1-2% раствором хлорной извести или 3% раствором хлорамина Б или другим дезраствором.

Подмывание больных (женщин).

Оснащение: кувшин с теплым (30—35°C) слабым раствором калия перманганата (антисептическое средство) или водой, корнцанг, салфетка, клеенка, судно.

1. Установить доверительные отношения, рассказать о ходе процедуры.
2. Помыть руки, надеть перчатки.
3. Помочь больной лечь на спину (ноги должны быть слегка согнуты в коленях и разведены).
4. Постелить клеенку и поставить на нее судно.
5. Встать справа от больной и, держа кувшин в левой руке, а корнцанг с салфеткой в правой, лить антисептический раствор на половые органы, а салфеткой производить движения от половых органов к заднепроходному отверстию, т.е. сверху вниз.
6. Осушить сухой салфеткой кожу промежности в том же направлении.
7. Убрать судно и клеенку, поместить грязные салфетки в отходы класса Б.
8. Снять перчатки, помыть руки.

Уход за полостью рта

Осмотр полости рта. Больной открывает рот. Медсестра шпателем оттягивает губы и щеки больного. При осмотре небных миндалин и задней стенки глотки надавливают шпателем на корень языка и предлагают больному произнести букву «а». При осмотре полости рта, миндалин и глотки необходимо усиленное освещение, для этого можно использовать лампу-рефлектор или любой рефлектор.

Каждому человеку необходимо соблюдать элементарные правила ухода за полостью рта: полоскание рта водой после каждого приема пищи, чистка зубов на ночь и утром, т.к. в течение ночи поверхность слизистой оболочки рта и зубов покрывается мягким налетом, состоящим из клеток эпителия, слизи и микроорганизмов. Во время жевания твердых продуктов и проглатывания пищи происходит самоочищение полости рта. У больных может иметь место усиление образования налета, т.к. через слизистую оболочку рта начинают выделяться продукты нарушения обмена веществ: азотистые вещества при почечной недостаточности, сахар при сахарном диабете, ртуть при ртутных отравлениях и т.д. Эти вещества загрязняют слизистую оболочку и ведут к интенсивному размножению микроорганизмов. Поэтому уход за полостью рта у тяжелобольных должен быть более тщательным, осуществлять его должны медицинские сестры.

Полоскание рта. После каждого приема пищи больному дают прополоскать рот 0,5% раствором натрия гидрокарбоната (содой) или 0,9% раствором хлорида натрия (физиологическим раствором). После этого делают протирание языка: для этого нужно конец языка обернуть стерильной марлевой салфеткой, вытянуть его из полости рта и держать левой рукой, а влажным ватным шариком, зажатым пинцетом в правой руке, снять налет с поверхности языка, протереть язык и смазать его глицерином.

Промывание полости рта производят с помощью шприца, резинового баллона, кружки Эсмарха с резиновой трубкой и стеклянным наконечником. Применяют слабые растворы: 0,5% натрия гидрокарбоната, 0,9% хлорида натрия, 0,6% перекиси водорода, перманганата калия (1:10000) и др. Больного усаживают или придают ему положение полусидя с несколько наклоненной вперед головой, чтобы жидкость не попала в дыхательные пути. Шею и грудь закрывают клеенкой, а под подбородок подставляют тазик или лоток. У больного, находящегося на постельном режиме, голова должна быть повернута на бок. Угол рта оттягивают шпателем и струей воды под умеренным давлением промывают сначала преддверие рта, а затем и собственно полость рта. Если у тяжелобольного имеются съемные зубные протезы, то перед промыванием полости рта их следует вынуть, тщательно со всех сторон вымыть и насухо протереть. Хранить протезы в стакане с водой не рекомендуется, т.к. во влажной среде хорошо сохраняются микробы, находящиеся на поверхности протеза.

Смазывание полости рта назначается при некоторых заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Прокипяченные шпатель, пинцет и несколько стерильных ватных шариков укладывают на стерильный лоток. Из флакона отливают небольшое количество лекарства в плоский стеклянный сосуд. Больного просят открыть рот, берут пинцетом ватный шарик, смазывают его лекарством и, помогая себе шпателем, прижимают шарик к пораженному месту слизистой оболочки, затем берут свежий шарик и прикладывают к другому месту поражения.

Уход за глазами

Для удаления гнойного отделяемого глаза промывают 3% раствором борной кислоты, раствором риванола или слабым раствором перманганата калия из резинового баллончика или марлевым тампоном. Для сбора стекающей жидкости используют лоток, который сам больной держит под подбородком. При воспалительных заболеваниях глаз проводят *закапывание лекарств* или *втирание глазных мазей*.левой рукой слегка оттягивают нижнее веко, больному предлагают смотреть вверх, пипеткой вливают в глаз, ближе к носу сначала одну каплю, затем вторую. При смыкании век избыток капель вытекает через край века, его отсасывают ватным шариком. Пипетку промывают и кладут в глазную капельницу. Глазную мазь закладывают за веко стеклянной палочкой. Кончиком палочки берут мазь, оттягивают нижнее веко вниз и прикасаются ею к нижней переходной складке. При этом палочку осторожно

вытягивают горизонтально в направлении к виску.

Утренний туалет глаз

Оснащение: стерильные тампоны (8—10 шт.), антисептический раствор (0,02% раствор фурацилина, 1—2% раствор натрия гидрокарбоната), стерильный лоток.

1. Тщательно вымыть руки.
2. В лоток положить тампоны и налить антисептический раствор.
3. Слегка отжать тампон и протереть им ресницы и веки больного по направлению от наружного угла глаза к внутреннему (по направлению естественного движения слезной жидкости).
4. Взять другой тампон и повторить протирание 4—5 раз (разными тампонами).
5. Промокнуть остатки раствора в глазу больного сухим тампоном.

Промывание глаз

Оснащение: стеклянный стаканчик на ножке, лекарственный раствор.

1. Налить в стаканчик лекарственный раствор и поставить перед больным на стол.
2. Предложить больному, чтобы он правой рукой взял стаканчик за ножку, наклонил лицо так, чтобы веки оказались в стаканчике, прижал стаканчик к коже и поднял голову (при этом жидкость не должна вытекать).
3. Предложить больному часто поморгать в течение одной минуты.
4. Предложить больному поставить стаканчик на стол, не отнимая стаканчик от лица.
5. Налить свежий раствор и предложить больному повторить процедуру (8—10 раз).

Закапывание капель в глаза

Оснащение: стерильная глазная пипетка, флакон с глазными каплями.

1. Проверить соответствие названия капель назначению врача.
2. Набрать нужное количество капель (2—3 капли для каждого глаза).
3. В положении больного сидя или лежа попросить его запрокинуть голову и посмотреть вверх.
4. Оттянуть нижнее веко и, не касаясь ресниц (не подносить пипетку к глазу ближе чем на 1,5 см), закапать капли в конъюнктивальную складку одного, а затем другого глаза.

Закладывание глазной мази из тюбика

Оснащение: тюбик с глазной мазью.

1. Посадить больного перед собой и предложить ему слегка запрокинуть голову назад и посмотреть вверх.
2. Оттянуть нижнее веко больного большим пальцем.
3. Держа тюбик у внутреннего угла глаза и продвигая его так, чтобы «цилиндрик» мази расположился вдоль всего века и вышел за наружную спайку век, выдавить мазь из тюбика на конъюнктиву нижнего века по границе его с глазным яблоком.
4. Отпустить нижнее веко: мазь прижмется к главному яблоку.
5. Убрать тюбик от век.

Закладывание глазной мази стеклянной палочкой.

Оснащение: стерильная стеклянная палочка, флакон с глазной мазью.

1. Посадить больного перед собой и предложить ему слегка запрокинуть голову назад и посмотреть вверх.
2. Набрать мазь из флакона на палочку так, чтобы она покрывала всю лопаточку.
3. Расположить палочку у глаза горизонтально, чтобы лопаточка с мазью была направлена в сторону носа.
4. Оттянуть нижнее веко и заложить за него лопаточку мази к главному яблоку, а свободной поверхностью к веку.
5. Отпустить нижнее веко и попросить больного без усилия сомкнуть веки.
6. Извлечь лопаточку из-под сомкнутых век по направлению к виску.

Уход за ушами

Больному чистят уши 2—3 раза в неделю, чтобы не образовались серные пробки. Сера выпадает из уха в виде комочков или крошек. Она может скапливаться в слуховом проходе и образовывать серные пробки, которые могут резко снизить слух. В таких случаях производят *промывание слухового прохода*. В шприц Жане емкостью 100—200 мл набирают воду температуры 36—37°C. Больного усаживают перед собой боком так, чтобы свет падал на ухо. В ру-

ки больному дают лоток, который он прижимает к шее под ушной раковиной.левой рукой оттягивают ушную раковину вверх и кзади, а правой — вводят наконечник шприца в наружный слуховой проход. Струю жидкости нагнетают толчками по верхнезадней стенке. Слуховой проход после промывания высушивают ватой. Если пробку удалить не удастся, ее размягчают содово-глицериновыми каплями. В течение 2—3 дней 2—3 раза в день вливают 7—8 подогретых капель. Больного предупреждают, что после вливания капель слух на некоторое время может несколько ухудшиться.

Закапывание капель в ухо

Оснащение: пипетка, флакон с ушными каплями, стерильная вата.

1. Наклонить голову больного в сторону, противоположную тому уху, в которое будут закапывать капли.
2. Оттянуть ушную раковину больного левой рукой назад и вверх, а пипеткой в правой руке закапывать капли в слуховой проход.
3. Предложить больному оставаться в положении с наклоненной головой 1—2 минуты (чтобы жидкость не вытекала из уха), после этого ухо протереть стерильной ватой.

Закапывание в ухо производят пипеткой. Нагибают голову больного в здоровую сторону. Мочку уха оттягивают левой рукой и пипеткой в правой руке вливают капли в слуховой проход. Чтобы жидкость не вытекала из уха, больной остается в таком положении 15—20 минут, после этого ухо протирают стерильной ватой.

Уход за носом

Если больной не может самостоятельно освободить носовые ходы, необходимо удалить образовавшиеся корочки. Для этого на металлический зонд наматывают вату, смоченную вазелиновым маслом, вводят зонд в носовой ход, а затем вращательными движениями удаляют корочки. Сухой ватой корочки удалять нельзя, т.к. можно вызвать кровотечение.

Удаление корочки из носа

Оснащение: зонд, вата, вазелиновое масло (или глицерин). Намотать на зонд вату, смоченную вазелиновым маслом. Ввести зонд в носовой ход больного, а затем вращательными движениями удалить корочки.

Закапывание капель в нос

Оснащение: пипетка, флакон с каплями в нос.

1. Наклонить голову больного в сторону, противоположную тому носовому ходу, в который будут закапывать капли.
2. Закапать капли в носовой ход.
3. Через 1-2 минуты закапать капли в другой носовой ход.

Уход за волосами

Необходимо следить, чтобы в волосах больных не образовывалась перхоть. Для этого надо один раз в неделю *мыть* голову, используя шампуни и туалетные мыла. Тяжелобольным мытье головы производят в постели. Для этого ставят тазик у головного конца кровати, а голову больного запрокидывают над тазиком. Во время намыливания (лучше мыльной пеной) нужно хорошо протереть кожу головы под волосами, затем волосы ополаскивают, вытирают насухо и расчесывают. После мытья голову навязывают полотенцем или косынкой (чтобы избежать переохлаждения).

Кроме мытья, необходимо ежедневно *расчесывать* волосы. Для этого пользуются индивидуальным частым гребешком. Частый гребешок, смоченный раствором уксуса, хорошо вычесывает перхоть и пыль. Гребешки следует содержать в чистоте, протирать спиртом, уксусом и мыть в горячей воде с содой или нашатырным спиртом. Расчески и гребешки должны быть индивидуальными. После мытья больных младший медперсонал стрижет или помогает *больным стричь ногти на руках и ногах*.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПОЯВЛЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ — ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВО:

- 1) Неправильно назначенного врачом лечения;
- 2) Недостаточного ухода за больным;
- 3) Несоблюдения больным больничного режима;
- 4) Неправильного питания больного;

5) Наличие вредных привычек;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1

2. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ НЕОБХОДИМО:

- 1) Каждые 2 часа менять положение больного;
- 2) Расправлять простыни и постельное белье;
- 3) Протирать кожу дезраствором;
- 4) Все перечисленное;
- 5) Ничего из перечисленного выше;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1

3. ЧИСТИТЬ УШИ БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО:

- 1) Один раз в неделю;
- 2) 2—3 раза в неделю;
- 3) Один раз в месяц;
- 4) 2—3 раза в месяц;
- 5) Каждый день;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-10

4. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРОЧКИ В НОСУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) вата, смоченная водой;
- 2) вата, смоченная вазелиновым маслом;
- 3) сухая вата;
- 4) вата, смоченная спиртом этиловым;
- 5) вата, смоченная дезраствором;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-10

5. ДЛЯ ЗАКАПЫВАНИЯ КАПЕЛЬ В ГЛАЗ ДОСТАТОЧНО:

- 1) Одной капли;
- 2) 2—3 капель;
- 3) 4—5 капель;
- 4) 6—7 капель;
- 5) 10 капель;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-10

6. РЕЗИНОВОЕ СУДНО ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) Для ослабленных больных;
- 2) При наличии пролежней;
- 3) При недержании кала и мочи;
- 4) Во всех перечисленных случаях;
- 5) Ни в одном из перечисленных выше случаев;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОПК-10

7. ПРОЛЕЖНИ РАЗВИВАЮТСЯ ВСЛЕДСТВИИ:

- 1) постоянного сдавления кожи;
- 2) неправильно выполненной инъекции;
- 3) неправильного питания;
- 4) наличие одежды;
- 5) отсутствие нательного белья;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-10

8. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ПОКРАСНЕНИЯ НА КОЖЕ В ОБЛАСТИ КРЕСТЦА НЕОБХОДИМО:

- 1) протирать кожу 10% камфорным спиртом;
- 2) протирать кожу влажным полотенцем;
- 3) облучать кварцевой лампой;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного выше;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОПК-10

9. ПОЛОСКАНИЕ РТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ:

- 1) только утром;
- 2) утром и после каждого приема пищи;
- 3) только перед посещением стоматолога;
- 4) только вечером;
- 5) ни в одном из перечисленных случаев;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1

10. ДЛЯ ВЗЯТИЯ МАЗКА ИЗ ЗЕВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) стерильная стеклянная палочка;
- 2) ватный тампон, намотанный на пинцет;
- 3) стерильный помазок;
- 4) пинцет;
- 5) шпатель;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациентка находится в стационаре десятый день. Она длительное время не встает. Длинные волосы пациентки загрязнились.

Вопрос 1: Как часто нужно расчесывать волосы больного?;

Вопрос 2: Как часто нужно мыть голову тяжелобольному?;

Вопрос 3: Как часто нужно мыть голову тяжелобольному?;

Вопрос 4: какие мероприятия ещё относятся к разделу "Личная гигиена"?

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

2. При осмотре пациента, находящегося в стационаре длительное время медсестра обнаружила на крестце, лопатках и задней поверхности голени больного синюшно-красные пятна, отслойку эпидермиса, появились пузыри.

Вопрос 1: Какая стадия развития пролежней у данного больного?;

Вопрос 2: Какие меры будет применять медсестра для ликвидации пролежней?;

Вопрос 3: Опишите алгоритм действий при обработке пролежней данной стадии;

Вопрос 4: Назовите наиболее частые места локализации пролежней;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

3. У пациентки хирургического отделения, находящейся на постельном режиме, после проведенного лечения антибиотиками появились жалобы на резкую боль в ротовой полости при приеме пищи, чистке зубов. Говорит, что в связи с болью пищу принимала 2 раза в сутки, небольшими порциями, нейтрального вкуса, но вот уже несколько дней не ест совсем. При осмотре слизистая оболочка ротовой полости гиперемирована, под языком несколько язв, язык обложен налетом.

Вопрос 1: Укажите, какая проблема появилась у пациентки;

Вопрос 2: Составьте план ухода за пациенткой;

Вопрос 3: Опишите алгоритм обработки рта данной пациентки;

Вопрос 4: Кто осуществляет данную процедуру?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

4. В стационаре длительное время находится пациент, ему показан строгий постельный режим. Ему меняют 1 раз в неделю постельное белье, ухаживают за кожей и волосами. Но пациент лежит на спине долгое время.

Вопрос 1: Какие действия обязательно должен соблюдать медперсонал?;

Вопрос 2: Алгоритм действий для профилактики пролежней?;

Вопрос 3: Какие используются средства для обработки пролежней?;

Вопрос 4: Как часто нужно менять положение тела больного при строгом постельном режиме?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

5. В отделении интенсивной терапии находятся тяжелобольные пациенты, которые вынуждены соблюдать строгий постельный режим. Родственники в отделение интенсивной терапии не допускаются.

Вопрос 1: Кто должен осуществлять уход за тяжелобольными пациентами?;

Вопрос 2: Как часто должна осуществляться смена постельного белья?;

Вопрос 3: Составьте алгоритм способы и последовательность действий при смене постельного белья тяжелобольных различными способами;

Вопрос 4: Какие мероприятия входят в раздел "Личная гигиена" ?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- **дополнительная:**

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- **электронные ресурсы:**

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России.
(<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 6. Питание больных в лечебных учреждениях (Компетенции: ПК-1, ПК-15)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): В лечебном процессе больных уделяется большое значение диетическому питанию, что ведёт к более быстрому выздоровлению больных; для некоторой категории больных питание является одним из основополагающим методом лечения.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода, основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, основы формирования навыков здорового образа жизни, устранения вредных привычек; санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов; порядок проведения санитарной обработки пациента; **уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, приготовить реферативное сообщение (мультимедийную презентацию по заданной теме), **владеть** навыками общения в медицинском коллективе, приёмами кормления тяжелобольных.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** видеопроектор, ноутбук, судно

7. Аннотация (краткое содержание темы)

1. Понятие о лечебном питании.

2. Понятие о диетических столах.

3. Составление и выписывание порционника.

4. Порядок раздачи пищи.

5. Кормление тяжелых больных, ослабленных больных и больных пожилого и старческого возраста, находящихся в постели.

6. Понятие об искусственном питании больных при помощи зонда и парентерально.

ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ

Наука о рациональном питании называется *диетологией*. Лечебное питание - *диетотерапия*, а режим питания, состав и количество пищи - *диета*.

Питание должно быть регулярным, полноценным, разнообразным и умеренным. Здоровый человек должен получать в сутки 150 г белка, 100 г жира, 300 г углеводов, 1,5-2 л жидкости, 10 г поваренной соли, необходимые количества других минеральных веществ, а также витаминов.

Некоторым истощенным больным назначают усиленное питание, иногда полное голодание (кровотечение при язвенной болезни, панкреатит, пищевая аллергия), другим - ограничивают определенные продукты: поваренную соль, пряности, воду. Питание, оказывающее целебное действие, называется *лечебным питанием*. Путём изменения качественного состава, характера кулинарной обработки продуктов, можно изменить функциональное состояние органов и систем. Всего принято 15 лечебных столов, назначаемых лечащими врачами в зависимости от заболевания. Должны быть учтены промежутки между приёмами пищи, её количество, внешний вид блюд, их запах, вкус. Для осуществления лечебного питания и контроля за ним, имеются

диет-врачи и диет-сестры.

Контроль за передачей продуктов питания больным от посетителей осуществляется мед/сестрой. Больной должен быть ознакомлен с диетой, а в приёмном отделении вывешивается перечень продуктов, разрешаемых и запрещаемых для передачи больным.

Раздачу пищи осуществляет буфетчица и палатная мед/сестра в соответствии с данными порционного требования (см. ниже). Больные, которым разрешается ходить, принимают пищу в столовой. Больным на постельном режиме доставляют пищу в палаты. Перед раздачей пищи м/с надевает халат, маркированный "для раздачи пищи" и моет руки.

Тяжелобольных кормят в палате. Перед кормлением необходимо закончить все процедуры, физиологические отправления, уборку. Больному вымыть руки, грудь накрыть салфеткой. По возможности придать удобное

положение. Если положение больного полусидячее, то м/с левой рукой поднимает голову вместе с подушкой, а правой рукой подносит ложку с пищей ко рту или поильник с жидкой пищей. По окончании процедуры все убрать, стряхнуть крошки с постели, больного уложить в исходное положение.

Состав пищи.

Важнейшим компонентом сестринского ухода является правильная организация питания, в т. ч. диетического. Под диетой понимают соблюдение здоровым или больным человеком определенного режима и рациона питания, т. е. качественного и количественного состава пищи, времени ее приема и т. д. Сестринский персонал принимает участие в раздаче пищи и кормлении тяжелобольных. Одной из функций сестры является обучение пациентов и их близких принципам диетического и рационального питания. Она должна точно выполнять все диетические предписания врача, уметь правильно объяснить пациенту и его родственникам необходимость исключения из рациона одних продуктов и добавления других, соблюдения определенного способа кулинарной обработки и режима питания.

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

В Институте питания АМН были разработаны 15 диет, назначаемых при различных заболеваниях, и специальные разгрузочные (контрастные) диеты, предусматривающие частичное голодание для разгрузки пораженных органов и систем.

При сочетании у человека нескольких заболеваний ему подбирают индивидуальную диету.

Пища человека должна содержать все основные пищевые компоненты: углеводы, белки, жиры, минеральные соли, витамины, воду.

З а п о м н и т е ! Ни один продукт не предоставляет организму всех необходимых для него питательных веществ.

Пищевая ценность тех или иных блюд не ограничивается только энергетической ценностью входящих в них продуктов. Белки, жиры, углеводы и минеральные соли являются еще и важным пластическим, т. е. «строительным», материалом, необходимым для нормального функционирования клеток и тканей.

Белки — основа живой клетки и межклеточного вещества. Они входят в состав ферментов, гормонов, участвуют в передаче генетической информации, в клеточном дыхании, сокращении и расслаблении мышц, являются переносчиком кислорода, защищают организм от микробов и вирусов.

Белки входят в состав продуктов как животного (молоко, йогурт, мясо, рыба), так и растительного происхождения (хлеб, орехи, крупы, бобовые). Белки состоят из аминокислот, часть из которых незаменимы (не образуются в организме) и содержатся только в продуктах животного происхождения. Поэтому в дневном рационе должно быть не менее 60 % животных белков и не более 40 % растительных. Белки должны составлять примерно 14 % дневного рациона (100—120 г). Источником аминокислот являются белки пищи, резервом белка или аминокислот организм не располагает. В связи с этим в организм белок должен поступать из расчета 0,75—1 г на 1 кг массы тела взрослого человека в сутки. После тяжелых заболеваний, операций, при обширных ожогах количество белка увеличивается до 1,5—2 г/кг в сутки.

Ж и р ы — важный источник энергии в организме. Они служат структурным компонентом клеточных мембран, нервной ткани, надпочечников и т. д. Без жиров невозможно нормальное усвоение организмом белков, некоторых минеральных солей и жирорастворимых витаминов (А, D, Е). В суточном рационе должно быть 70 % жиров животного происхождения (70 г) и 30 % — растительного (30 г). Жиры,

поступающие с пищей, частично идут на создание жировых запасов (депо жира), которые защищают организм от потери тепла, являются основным источником энергии при больших энергетических затратах и острых тяжелых заболеваниях.

У г л е в о д ы дают организму человека свыше половины необходимой для его жизнедеятельности энергии. Они содержатся преимущественно в продуктах растительного происхождения. Помимо пищевых углеводов, в растительных продуктах содержатся и непищевые — растительная клетчатка, стимулирующая двигательную функцию кишечника и желчного пузыря. Углеводы также необходимы для нормального усвоения жиров. Они имеют

исключительно важное значение для работы мышц, деятельности печени, нервной системы, сердца. Суточная потребность взрослого человека в углеводах — около 400—500 г.

Вода составляет более 60 % от массы тела. Без нее невозможна жизнь, поскольку все жизненно важные процессы в клетке или межклеточной жидкости протекают только в водных растворах. Суточная потребность в воде в среднем составляет примерно 2,5 л. Значительная часть этой нормы (около 1 л) содержится в пищевых продуктах (каша, хлеб, овощи, фрукты), около 1,5 л — в супе, компоте, молоке, чае, кофе и других напитках. Многие овощи и фрукты до 90 % состоят из воды.

М и н е р а л ь н ы е в е щ е с т в а (натрий, кальций, калий, фосфор, железо, магний, хлор и др.) также необходимы для нормальной жизнедеятельности всех органов и систем. Кальций, например, входит в состав костной и мышечной тканей, участвует в процессах сокращения и расслабления мышц, в свертывании крови и т. д.

Фосфор также является важным компонентом костной, нервной и мышечной тканей, участвует в энергетическом обеспечении клеток. Натрий играет важную роль в проведении нервного возбуждения к различным органам, задерживает воду в организме, обеспечивает достаточный тонус сосудистой стенки. Калий участвует в процессе возбуждения, сокращения и расслабления мышц, а также в работе сердца. Железо входит в состав гемоглобина и участвует в окислительных реакциях. Недостаточное поступление в организм минеральных веществ может привести к тяжелым, иногда необратимым последствиям.

В и т а м и н ы являются обязательной и незаменимой составной частью пищевого рациона. Они обеспечивают нормальную жизнедеятельность организма, участвуют в процессе усвоения других пищевых веществ. Витамины в достаточных количествах содержатся в обычной пище, но при однообразном питании или при нарушении усвоения в пищеварительном тракте может возникнуть дефицит витаминов.

З а п о м н и т е ! Рассчитывая пищевой рацион здорового или больного человека, нуждающегося в особом, диетическом питании, следует добиваться

не только достаточной энергетической ценности пищевых продуктов,

но и сбалансированного содержания в них белков, жиров, углеводов, минеральных веществ, витаминов и воды.

Соотношение белков, жиров и углеводов должно быть 1:1, 2:4,6 по массе этих веществ.

Организация лечебного питания.

Лечебное питание — диетотерапия — неотъемлемый и существенный аспект общего плана лечебных мероприятий при всех заболеваниях. Диетический режим зависит от характера заболевания, его стадии, состояния больного и его индивидуальных особенностей. Большинство диет, особенно назначаемых на длительное время, содержит физиологическую норму всех пищевых веществ. При повышенной потребности в некоторых пищевых веществах в связи с заболеванием (увеличенный расход белка, витаминов, железа, потеря жидкости, минеральных солей) содержание отдельных компонентов может быть увеличено.

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

З а п о м н и т е ! Для организации диетического питания прежде всего необходимо определить:

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

Как изменить качественный состав пищи? Прежде всего, исключение из рациона грубых, трудноперевариваемых продуктов (хлеб грубых сортов, редька, репа, редис, капуста, огурцы, бобовые, рассыпчатые каши), уменьшение объема массы пищевого рациона (не более 3 кг в сутки) и специальная кулинарная обработка (измельчение,

протираание и т. д.) обеспечивают механическое щажение пищеварительного тракта.

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

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

Палатная медицинская сестра, проверяя лист назначений, ежедневно составляет порционник (рис. 8.1), который содержит сведения о количестве различных диетических столов и видах разгрузочных и индивидуальных диет. Сведения о пациентах, выписавшихся из отделения, в порционник не включаются. На пациентов, поступивших в различные лечебные отделения больницы вечером и ночью, порционник составляет дежурная медицинская сестра лечебного отделения.

Сведения палатных медицинских сестер о числе диет суммирует старшая медицинская сестра отделения, подписывает заведующий отделением, затем они передаются в пищеблок.

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

Раздача пищи и кормление.

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

В буфетной (раздаточной) каждого отделения больницы имеются специальные плиты (мармиты), обеспечивающие подогрев пищи паром в случае необходимости, так как температура горячих блюд должна быть 57—62°C, а холодных — не ниже 15°C.

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

№ палаты	Фамилия, имя, отчество пациента	Диета	Индивидуальная диета
205	Петров И. Г. Николаев С. Н. Соколов Н. И.	№5а №9	Молочная диета № 1

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

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

Дайте пациенту время для подготовки к приему пищи. Помогите ему вымыть руки и занять удобное положение. Блюда следует подавать быстро, чтобы горячие блюда оставались горячими, а холодные не согрелись.

Шею и грудь пациента следует накрыть салфеткой, а также освободить место

на тумбочке или на прикроватном столике. Накормить тяжелобольного, часто страдающего отсутствием аппетита,

непросто. От медицинской сестры требуется в подобных случаях умение и терпение. Для жидкой пищи можно пользоваться специальным поильником, а полужидкую пищу можно давать ложкой. Не следует разрешать пациенту разговаривать во время еды, так как при этом пища может попасть в дыхательные пути. Не нужно настаивать, чтобы пациент съел весь объем пищи

сразу: после небольшого перерыва, подогрев пищу, можно продолжить кормление.

Кормление тяжелобольного ложкой.

Показания: невозможность самостоятельно принимать пищу.

I . Подготовка к кормлению

1. Уточнить у пациента любимые блюда и согласовать меню с лечащим врачом или диетологом.
2. Предупредить пациента за 15 мин о том, что предстоит прием пищи, и получить его согласие.
3. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке и протереть ее, или придвинуть прикроватный столик, протереть его.
4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.
5. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть его грудь салфеткой.
6. Вымыть руки.
7. Блюда должны быть горячими (60 °) , холодные — холодными.
8. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.

II . Кормление

9. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти.
10. Предложить выпить (лучше через трубочку) несколько глотков жидкости.
11. Кормить медленно:
 - называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту;
 - наполнить ложку на 2/3 твердой (мягкой) пищей;
 - коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот;
 - прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку;
 - дать время прожевать и проглотить пищу;
 - предлагать питье после нескольких ложек твердой (мягкой) пищи.
12. Вытирать (при необходимости) губы салфеткой.
13. Предложить пациенту прополоскать рот водой после еды.

III . Завершение кормления

14. Убрать после еды посуду и остатки пищи.
15. Вымыть руки.

Кормление тяжелобольного с помощью поильника.

Показания: невозможность самостоятельно принимать твердую и мягкую пищу.

Оснащение: поильник, салфетка

I . Подготовка к кормлению

1. Рассказать пациенту, какое блюдо будет приготовлено для него (после согласования с врачом).
2. Предупредить пациента за 15 мин о том, что предстоит прием пищи и получить его согласие.
3. Проветрить помещение.
4. Протереть прикроватный столик.
5. Вымыть руки (лучше, если пациент будет видеть это)
6. Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу.
7. Переместить пациента набок или в положение Фаулера (если позволяет его

состояние).

8. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой.
9. Кормить пациента из поильника небольшими порциями (глотками).

Примечание. В течение всей процедуры кормления пища должна быть теплой и выглядеть аппетитно.

III . Окончание кормления

10. Дать прополоскать рот водой после кормления.
11. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента.
12. Помочь пациенту занять удобное положение.
13. Убрать остатки пищи. Вымыть руки.

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

Для буфетной и столовой выделяется уборочный промаркированный инвентарь.

После каждого приема пищи в столовой и буфетной проводят влажную уборку столов, пола с применением дезинфицирующих средств. Посуду вначале моют в специальных металлических ваннах с применением обезжиривающих средств (жидкость «Прогресс», порошок горчицы), ополаскивают в посудомоечной машине горячей водой, а затем подвергают дезинфекции. После дезинфекции посуду ополаскивают проточной водой и, не вытирая, ставят под сушку в вертикальные ячейки.

Мочалки и ветошь, применявшиеся для протирания столов и мытья посуды, необходимо замочить в растворе дезинфицирующего средства, а затем прокипятить в течение 15 мин, просушить и хранить в специальном месте.

Искусственное питание.

Иногда нормальное питание пациента через рот затруднено или невозможно (некоторые заболевания органов полости рта, пищевода, желудка). В подобных случаях организуют искусственное питание. Его осуществляют при помощи зонда, введенного в желудок через нос или рот, либо через гастростому. Можно вводить питательные растворы парентерально, минуя пищеварительный тракт (внутривенно капельно). Показания к искусственному питанию и его способ определяет врач.

Медсестра должна хорошо владеть методикой кормления пациента через зонд.

З а п о м н и т е ! После кормления пациента через зонд, введенный через нос или гастростому, следует оставить пациента в положении полуплежа не менее 30 мин.

Умывая пациента, которому введен зонд через нос, пользуйтесь

только полотенцем (рукавичкой), смоченным теплой водой. Не применяйте

для этой цели вату или марлевые салфетки.

К введенному зонду подсоединяйте воронку, либо капельницу, либо шприц Жанэ, наполненный пищей.

Кормление пациента через назогастральный зонд с помощью воронки.

Оснащение: шприц Жанэ; зажим; лоток; полотенце; салфетки; чистые перчатки; фонендоскоп; воронка; питательная смесь (t 38—40°C); вода кипяченая 100 мл.

I . Подготовка к процедуре

1. Ввести назогастральный зонд.
2. Рассказать пациенту, чем его будут кормить (после согласования с врачом).
3. Предупредить его за 15 мин о том, что предстоит прием пищи.
4. Проветрить помещение.
5. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.
6. Вымыть руки.
7. Проверить правильность положения зонда:

- над лотком наложить зажим на дистальный конец зонда;
- снять заглушку с зонда;
- набрать в шприц 30—40 мл воздуха;
- присоединить шприц к дистальному концу зонда;
- снять зажим;
- надеть фонендоскоп, его головку поместить над областью желудка;
- ввести через зонд воздух из шприца и выслушивать звуки, появляющиеся в

желудке (если звуков нет, нужно подтянуть, сместить зонд);

- наложить зажим на дистальный конец зонда;
- отсоединить шприц.

8. Присоединить к зонду воронку.

II. Выполнение процедуры

9. Налить в воронку, находящуюся наклонно на уровне желудка пациента, питательную смесь.

10. Медленно поднять воронку выше уровня желудка пациента на 1 м, держа

ее прямо.

11. Как только питательная смесь дойдет до устья воронки, опустить воронку

до уровня желудка пациента и пережать зонд зажимом.

12. Повторить процедуру, используя все приготовленное количество питательной смеси.

13. Налить в воронку 50—100 мл кипяченой воды для промывания зонда.

III. Завершение процедуры

14. Отсоединить воронку от зонда и закрыть заглушкой его дистальный конец.

15. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой.

16. Помочь пациенту занять комфортное положение.

17. Вымыть руки

Заполнение системы для капельного кормления через назогастральный зонд.

Оснащение: система для капельного вливания, флакон с питательной смесью,

спирт 70 °С, ватные шарики, штатив, зажим.

I. Подготовка к процедуре

1. Подогреть питательную смесь на водяной бане до t 38—40°С.

2. Вымыть руки.

3. Обработать пробку флакона с питательной смесью шариком, смоченным спиртом.

4. В ы п о л н е н и е п р о ц е д у р ы

5. Закрепить флакон на штативе.

6. Собрать систему:

- ввести во флакон через пробку воздуховод (если система имеет отдельный

воздуховод) и закрепить его на штативе так, чтобы свободный конец воздуховода находился выше иглы;

- поставить винтовой зажим, находящийся ниже капельницы в положение, препятствующее току жидкости;
- ввести во флакон через пробку иглу вместе с системой.

6. Заполнить систему:

- перевести резервуар капельницы в горизонтальное положение (если устройство системы позволяет это сделать), открыть винтовой зажим;
- вытеснить воздух из системы: питательная смесь должна заполнить трубку

ниже резервуара капельницы;

- закрыть винтовой зажим на системе.

III. Завершение процедуры

7. Закрепить свободный конец системы на штативе.

8. Обернуть полотенцем флакон с питательной смесью.

Кормление пациента через назогастральный зонд капельно.

Оснащение: 2 зажима; лоток; чистые перчатки; система для капельного кормления; штатив; фонендоскоп; питательная смесь (t 38—40°С); вода кипяченая теплая 100 мл.

I. Подготовка к кормлению

1. Проверить правильность положения зонда с помощью шприца Жанэ и фонендоскопа или ввести НГЗ, если он не был введен заранее.
2. Предупредить пациента о предстоящем кормлении.
3. Подготовить систему для капельного кормления.
4. Проветрить помещение.
5. Наложить зажим на дистальный конец зонда (если он был введен заранее)

и открыть зонд.

6. Над лотком соединить зонд с системой для кормления и снять зажимы.
7. Помочь пациенту занять положение Фаулера.
8. Кормление
9. Отрегулировать скорость поступления питательной смеси с помощью винтового зажима (скорость определяется врачом).
10. Ввести приготовленное количество питательной смеси.

III. Завершение кормления

10. Наложить зажимы на дистальный конец зонда и на систему. Отсоединить систему.
11. Присоединить к зонду шприц Жанэ с теплой кипяченой водой. Снять зажим и промыть зонд под давлением
12. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда.
13. Прикрепить зонд к одежде безопасной булавкой.
14. Помочь пациенту занять комфортное положение.
15. Вымыть руки.
16. Сделать запись о проведении кормления.

Кормление пациента через назогастральный зонд с помощью шприца Жанэ.

Оснащение: шприц Жанэ емкостью 300 мл; шприц 50 мл; зажим; лоток; фонендоскоп; питательная смесь (t 38—40°C); вода кипяченая теплая 100 мл.

I. Подготовка к кормлению

1. Ввести назогастральный зонд (если он не введен заранее).
2. Сообщить пациенту, чем его будут кормить.
3. Перевести пациента в положение Фаулера.
4. Проветрить помещение.
5. Подогреть питательную смесь на водяной бане до t 38—40°C.
6. Вымыть руки.
7. Набрать в шприц Жанэ питательную смесь (300 мл).
8. Наложить зажим на дистальный конец зонда.
9. Соединить шприц с зондом, подняв его на 50 см выше туловища пациента

так, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх.

II. Кормление

10. Снять зажим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз.

Запомните! 300 мл питательной смеси следует вводить в течение 10 минут!

III. Завершение кормления

11. После опорожнения шприца пережать зонд зажимом.
12. Над лотком отсоединить шприц от зонда.
13. Присоединить к зонду шприц Жанэ емкостью 50 мл с кипяченой водой.
14. Снять зажим и промыть зонд под давлением.
15. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда.
16. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой.
17. Помочь пациенту занять комфортное положение.
18. Вымыть руки.
19. Сделать запись о проведении кормления.

Кормление пациента с помощью зонда, введенного в желудок через гастростому (греч. Gaster — желудок, stoma — рот, отверстие), назначают при непроходимости пищевода и стенозе (сужении) привратника. В этих случаях к свободному концу зонда присоединяют воронку, через которую вначале малыми порциями (по 50 мл) 6 раз в сутки вводят в желудок подогретую жидкую пищу. Постепенно объем вводимой пищи увеличивают до 250—500 мл, а число кормлений сокращают до 4 раз.

Иногда пациенту разрешается самостоятельно разжевать пищу, затем ее разводят в стакане жидкостью и уже в разбавленном виде вливают в воронку. При таком варианте кормления сохраняется рефлекторное возбуждение желудочной секреции. Кормление через гастростому используется как в больничных, так и домашних условиях.

В последнем случае нужно обучить родственников технике кормления и промывания зонда.

Кормление через гастростому.

Оснащение: воронка (шприц Жанэ), емкость с пищей, вода кипяченая 100 мл.

I. Подготовка к кормлению

1. Протереть прикроватный столик.
2. Сообщить пациенту, чем его будут кормить.
3. Проветрить помещение.
4. Вымыть руки (лучше, если пациент будет видеть это).
5. Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу.
6. Помочь пациенту занять положение Фаулера.

II. Кормление

7. Открепить зонд от одежды. Снять зажим (заглушку) с зонда. Присоединить воронку к зонду.

8. Наливать в воронку приготовленную пищу малыми порциями.

III. Окончание кормления

9. Промыть зонд теплой кипяченой водой через шприц Жанэ (50 мл).
10. Отсоединить воронку, закрыть зонд заглушкой (пережать зажимом).
11. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно.
12. Вымыть руки.

Парентеральное питание назначают пациентам с явлениями непроходимости пищеварительного тракта, при невозможности нормального питания (опухоль), а также после операций на пищеводе, желудке, кишечнике и пр., а также при истощении, ослабленным пациентам при подготовке к операции. Для этой цели используют препараты, содержащие продукты гидролиза белков — аминокислоты (гидролизин, белковый гидролизат казеина, фибриносол), а также искусственные смеси аминокислот (альвезин новый, левамин, полиамин и др.); жировые эмульсии (липофундин, интралипид); 10 %-ный раствор глюкозы. Кроме того, вводят до 1 л растворов электролитов, витамины группы В, аскорбиновую кислоту.

Средства для парентерального питания вводят капельно внутривенно. Перед введением их подогревают на водяной бане до температуры тела (37—38°C). Необходимо строго соблюдать скорость введения препаратов: гидролизин, белковый гидролизат казеина, фибриносол, полиамин в первые 30 мин вводят со скоростью 10—20 капель в минуту, а затем при хорошей переносимости скорость введения увеличивают до 40—60.

Полиамин в первые 30 мин вводят со скоростью 10—20 капель в минуту, а затем— 25—35 капель в минуту. Более быстрое введение нецелесообразно, так как избыток аминокислот не усваивается и выводится с мочой.

При более быстром введении белковых препаратов у больного могут возникнуть ощущения жара, гиперемия лица, затруднение дыхания.

Липофундин S (10-процентный раствор) вводят в первые 10—15 мин со скоростью 15—20 капель в минуту, а затем постепенно (в течение 30 мин) увеличивают скорость введения до 60 капель в минуту. Введение 500 мл препарата должно длиться примерно 3—5 ч.

З а п о м н и т е ! Вводить все компоненты для парентерального питания одномоментно.

Показания:

- непроходимость пищеварительного тракта (опухоль, рубцы);
- операции на пищеводе, желудке, кишечнике;
- истощение;
- при подготовке к операции;
- некоторые заболевания (травмы) полости рта, пищевода, желудка.

Существует несколько способов искусственного питания: через зонд, вводимый в желудок, с помощью гастростомы, питательные клизмы, а также минуя желудочно-кишечный тракт (парэнтерально).

Зондовое питание: Используют различные смеси, содержащие бульон, молоко, масло, сырые яйца, соки, гомогенизированные мясные и овощные диетические консервы, а также детские пищевые смеси. Введение питательных веществ через зонд или гастростому производят фракционным путем, т.е. отдельными порциями (5-6 раз в день).

Медсестра должна хорошо владеть методикой питания больного через зонд.

Приготовить: стерильный тонкий резиновый зонд (Д 5-8 мм), вазелин, воронку или шприц Жанэ, пищу в тёплом виде (600- 800 мл).

1. Зонд вводится через нос на глубину 15- 18 см. Чтобы зонд не попал в трахею, его контролируют, прижимая пальцем левой кисти в задней стенке глотки.
2. Голову больного наклоняем вперёд и продвигаем зонд немного вперёд. Если во время выдоха из зонда не выходит воздух, сохранен голос больного, то зонд в пищеводе.
3. Соединяете конец зонда с воронкой,
4. Медленно вливаете в воронку пищу.
5. Затем вливаете в воронку немного воды (промываете зонд).
6. Удаляете воронку. Зонд крепите на голове больного, найдя удобное положение.

Через гастростому: также используют зонд, на конце воронка. Порции по 50-60 мл 5- 6 раз в день.

Для *парэнтерального введения* используют донорскую кровь, плазму, гидролизаты белков, растворы глюкозы, жировые, солевые растворы, содержащие электролиты, минеральные вещества, витамины. Препараты для парэнтерального питания чаще всего вводят в/в.

Через клизму вводится вода (при обезвоживании, неукротимой рвоте и т.д.), физиологический раствор, раствор аминокислот и пр.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ВИД ТЕРМИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ПИЩИ, НЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА:

- 1) Готовка на пару;
- 2) Отваривание в воде;
- 3) Жарение;
- 4) Запекание в духовом шкафу;
- 5) Не жирная пища, приготовленная в микроволновке;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1

2. ПРОДУКТЫ, ВОЗБУЖДАЮЩИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТЕРАПИИ::

- 1) Орехи;
- 2) Натуральный кофе;
- 3) Суррогатный кофе;
- 4) Сыр;
- 5) Какао;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-15

3. В ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НЕ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОДУКТЫ:

- 1) Морскую капусту;
- 2) Белокочанную капусту;

- 3) Баранину;
- 4) Кальмары;
- 5) Курицу;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-15

4. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАРУШЕН ОБМЕН:

- 1) Водно-солевой;
- 2) Энергетический;
- 3) Белковый;
- 4) Углеводный;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1

5. ДЛЯ ДИЕТЫ № 10 ХАРАКТЕРНО:

- 1) Ограничение углеводов;
- 2) Ограничение белков, жидкости;
- 3) Ограничение животных жиров, соли, продуктов богатых холестерином;
- 4) Физиологически полноценная пища с удвоенным содержанием витаминов;
- 5) Кефирная диета;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-15

6. ПОРЦИОННОЕ ТРЕБОВАНИЕ СОСТАВЛЯЕТСЯ:

- 1) ежедневно;
- 2) раз в неделю;
- 3) при поступлении пациента;
- 4) 2 раза в неделю;
- 5) 3 раза в неделю;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-1

7. КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОЙ ПИЩИ ПРИ ОЧЕРЕДНОМ КОРМЛЕНИИ ЧЕРЕЗ ЗОНД:

- 1) 20 - 50 мл;
- 2) 100 - 150 мл;
- 3) 250 - 450 мл;
- 4) 600 - 800 мл;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-15

8. ДЛЯ ДИЕТЫ № 7 ХАРАКТЕРНО:

- 1) Ограничение углеводов;
- 2) Ограничение белков, соли, жидкости;
- 3) Ограничение животных жиров, соли, продуктов богатых холестерином;
- 4) Физиологически полноценная пища с удвоенным содержанием витаминов;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1

9. СТОЛ № 5 НАЗНАЧАЮТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- 1) заболевания почек;
- 2) сахарном диабете;
- 3) заболеваниях печени и желчевыводящих путей;
- 4) язвенной болезни;
- 5) заболеваниях суставов;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1

10. ЛЕЧЕБНЫЕ СТОЛЫ В БОЛЬНИЦАХ ОТНОСЯТСЯ К ПИТАНИЮ:

- 1) Рациональному;
- 2) Сбалансированному;
- 3) Диетическому;
- 4) Обычному;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-15

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Медицинская сестра раздает пищу больным. Больной, получающий диету № 1а, просит заменить ему мясное

суфле курицей.

Вопрос 1: Как следует поступить?;

Вопрос 2: Что это за диета?;

Вопрос 3: Родственник предложил принести пельмени на ужин? Можно разрешить?;

Вопрос 4: Показаны ли в данном случае газированные напитки ?;

Вопрос 5: Показаны ли в данном случае острые блюда?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

2. Больному, получающему диету № 7, родственники принесли передачу: Куринный бульон и курицу.

Вопрос 1: Можно ли разрешить такую передачу?;

Вопрос 2: Что это за диета?;

Вопрос 3: Показаны ли в данном случае газированные напитки ?;

Вопрос 4: Показаны ли в данном случае острые блюда?;

Вопрос 5: Показаны ли в данном случае молочные нежирные блюда?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

3. У больного с диагнозом: сахарный диабет, стол № 9, родственники принесли ему конфеты, булочки, пирожные, виноград.

Вопрос 1: Можно ли разрешить такую передачу?;

Вопрос 2: Какие продукты можно принести?;

Вопрос 3: Какие молочные продукты показаны данному больному?;

Вопрос 4: Диета считается важным пунктом в лечении данного больного?;

Вопрос 5: Больной всегда должен соблюдать диету?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

4. Гражданин Г. поступил в отделение с диагнозом «Ожог пищевода». После проведения необходимых манипуляций пациент нуждается в соответствующем питании.

Вопрос 1: Как называется такой тип питания?;

Вопрос 2: Кто назначает питание?;

Вопрос 3: Кто производит питание пациента при данной патологии?;

Вопрос 4: Какая пища допускается до применения?;

Вопрос 5: Назовите известные вам смеси для энтерального питания?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

5. Больной, получающий диету № 1б, просит дать ему на ночь кефир.

Вопрос 1: Как следует поступить?;

Вопрос 2: Что это за диета?;

Вопрос 3: Что такое лечебное питание (диетотерапия)?;

Вопрос 4: Какой вид питания Вы можете назвать при сильном ожоге пищевода?;

Вопрос 5: Какой сотрудник отделения раздаёт пищу?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России. (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 7. Температура тела. Уход за лихорадочными больными (Компетенции: ОК-5, ОПК-4, ОПК-10, ОПК-11)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Актуальность изучаемой проблемы заключается в том, что лихорадка является симптомом многих воспалительных заболеваний, отравлений и других патологических состояний и поэтому знания многих теоретических и практических вопросов (термометрия) необходимы в практике медицинского работника. Большое значение в проведении ухода за терапевтическими больными различного профиля имеют простейшие физиотерапевтические процедуры (тепловые, холодовые), которые обладают многими лечебными эффектами и способствуют быстрейшему выздоровлению пациентов.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода, правила применения медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи; правила хранения и использования предметов ухода за пациентами; правила дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий; инструкции по проведению дезинфекции предметов ухода, мед.изделий многократного применения, основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, основы формирования навыков здорового образа жизни, устранения вредных привычек; санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов; порядок проведения санитарной обработки пациента; **уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, выполнить уход за кожей тяжелобольных., измерять температуру тела в подмышечной впадине., приготовить реферативное сообщение (мультимедийную презентацию по заданной теме), **владеть** проведением влажной уборки палат, коридора, санузла, алгоритмом пособия по смене постельного белья тяжелобольному., алгоритмом пособия по смене нательного белья тяжелобольному, раздачей таблетированных лекарственных препаратов для энтерального применения.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** бинты, вата медицинские нестерильные, резиновый пузырь, симулятор (фантом) взрослого человека, термометр ртутный максимальный, фантомы для перентерального введения лекарственных веществ

7. Аннотация (краткое содержание темы)

1. Виды и устройство термометров.
2. Основные способы измерения температуры тела.
3. Обработка, хранение термометров и правила техники безопасности при работе с ртутьсодержащими термометрами.

4. Понятие о лихорадке (количественные и качественные свойства температуры).

5. Уход за лихорадочными больными.
6. Тепловые простейшие физиотерапевтические процедуры (горчичники, банки, грелки). Механизм действия, лечебные эффекты, подготовка больного и техника постановки банок, горчичников. Виды грелок, подача грелок. Основные показания и противопоказания к назначению.
7. Холодовые простейшие физиотерапевтические процедуры (пузырь со льдом, холодный компресс). Механизм действия, лечебные эффекты, техника приготовления холодного компресса, подача пузыря со льдом. Основные показания и противопоказания к назначению.
8. Согревающие компрессы. Виды. Механизм действия, лечебные эффекты, техника приготовления согревающих компрессов. Основные показания и противопоказания к назначению.

Температура тела и её измерение. У здорового человека в норме температура тела является постоянной с небольшими колебаниями в утренние и вечерние часы. Считается, что она не должна превышать 37⁰ С. Такое постоянство температуры связано с процессами теплопродукции и теплоотдачи в организме.

Измерение и наблюдение за температурой тела больного является повседневной обязанностью медицинской сестры, так как колебания температуры, особенно её повышение, свидетельствуют о начале заболевания.

Повышение температуры тела является неспецифическим признаком болезни. Медицинский термометр впервые предложил Фаренгейт в 1723 г. В настоящее время пользуются максимальным ртутным термометром Цельсия. Термометр называют максимальным в связи с тем, что после измерения температуры тела термометр продолжает показывать ту (максимальную) температуру, которая была обнаружена у человека при измерении, т.к. ртуть не может самостоятельно опуститься в резервуар термометра без его дополнительного встряхивания. Это обусловлено особым устройством капилляра медицинского термометра, имеющего сужение, препятствующее обратному движению ртути в резервуар после измерения температуры тела (рис.5-1).

В настоящее время созданы цифровые термометры с памятью, которые не содержат ртути и стекла, а также термометры для мгновенного измерения температуры (за 2 с), особенно полезные при термометрии у спящих детей или у больных, находящихся в возбужденном состоянии (рис. 5-2). Подобные термометры оказались незаменимыми во время недавней борьбы с «атипичной пневмонией» (SARS- Severe Acute Respiratory Syndrome), когда таким образом измеряли температуру тела у тысяч людей на транспортных потоках (аэропорты, железная дорога).

Повышение температуры тела выше 37°C называется лихорадкой, в основе ее лежат нарушения терморегуляции, связанные с образованием в организме большого особых веществ, так называемых пирогенов, которые изменяют активность центров терморегуляции. Чаще всего это происходит при инфекционных заболеваниях.

Лихорадка протекает в *три стадии* (периода) — подъем температуры, ее вершина (постоянно высокая температура) и падение. Для измерения температуры применяется медицинский максимальный термометр, который имеет градуировку от 34 до 42° по Цельсию (°C).

Правила измерения температуры

Термометры хранятся в емкости из темного стекла с дезинфицирующим раствором (0,5% раствор хлорамина), на дне — слой ваты (чтобы не разбился резервуар со ртутью). Перед измерением температуры необходимо вынуть термометр из дезраствора, вытереть его и встряхнуть ниже 35°C. Основное место измерения температуры — подмышечная область, которая должна быть сухой (во влажной от пота подмышечной области термометр покажет температуру на 0,5°C ниже). Температуру можно измерять в паховом сгибе (у детей), в ротовой полости. У тяжелобольных температуру можно измерять в прямой кишке, но в ней температура обычно на 0,5—1°C выше, чем в подмышечной области. Длительность измерения температуры — не меньше 10 минут. Температуру принято измерять 2 раза в сутки — утром между 7 и 8 часами и вечером между 17 и 18 часами. В это время у человека наблюдаются максимальные колебания суточной температуры (как у больного, так и у здорового). При необходимости более точного представления о температуре ее следует измерять каждые 2—3 часа. После измерения температуры термометр опускают в стакан с дезинфицирующим раствором. Если это 2% раствор хлорамина, то дезинфицируют 5 минут, если 0,5% — 30 минут. Затем термометр вновь тщательно вытирают насухо и, стряхнув ртуть ниже 35°C, дают другому больному.

Измерение температуры тела в подмышечной впадине

1. Осмотреть подмышечную впадину, вытереть салфеткой кожу подмышечной области насухо.
2. Вынуть термометр из стакана с дезинфицирующим раствором. После дезинфекции термометр следует ополоснуть проточной водой и тщательно вытереть насухо.
3. Встряхнуть термометр для того, чтобы ртутный столбик опустился до отметки

ниже 35 °C.

4. Поместить термометр в подмышечную впадину таким образом, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом пациента; предложить больному плотно прижать плечо к грудной клетке (при необходимости медицинский работник должен помочь больному удержать руку).
5. Вынуть термометр через 10 мин., запомнить показания.
6. Встряхнуть термометр, чтобы ртутный столбик опустился ниже 35 °C.
7. Поместить термометр в емкость с дезинфицирующим раствором.
8. Зафиксировать показания термометра в температурном листе.

Ошибки при измерении температуры

1. Забыли встряхнуть.
2. У больного приложена грелка к руке, на которой измеряется температура.
3. Резервуар с ртутью находился вне подмышечной области.
4. Плохо прижат термометр.
5. Симуляция.

Регистрация температуры на температурном листе

Для регистрации температуры применяется температурный лист, на котором указаны фамилия, имя, отчество больного, дата и время измерения (утро и вечер). На этот температурный лист точками наносят результаты измерения температуры. При соединении точек между собой получаются температурные кривые, которые анализирует врач. У здорового человека температура может колебаться от 36 до 37°C, утром она обычно ниже, вечером может быть выше. Возрастные особенности температуры: у детей она несколько выше, у пожилых и истощенных лиц отмечается снижение температуры, и даже тяжелое воспалительное заболевание (например,

воспаление легких) может протекать с нормальной температурой.

На температурном листе, кроме температуры, принято отмечать артериальное давление, пульс, диурез, а также массу тела больных (каждые 7—10 дней) и принятие гигиенической ванны.

Виды лихорадки

Различают несколько видов лихорадки в зависимости от степени повышения температуры:

- 1) *субфебрильная* — 37—38°C;
- 2) *умеренная* — 38—39°C;
- 3) *высокая* — 39—41°C;
- 4) *чрезмерная, или гиперпиретическая*, — более 4 1°С;
- 5) *гипотермия* — ниже 36°C.

При повышенной потливости температура снижается: выделение одного литра пота вызывает падение температуры на 1°C.

Уход за лихорадящими больными

I период лихорадки. При резком и внезапном повышении температуры больной ощущает озноб, боли во всем теле, головную боль, не может согреться. Медицинская сестра должна:

1. Создать покой, уложить больного в постель, к ногам положить грелку, хорошо укрыть, напоить свежесваренным горячим чаем.
2. Контролировать физиологические отправления.
3. Не оставлять больного одного.
4. Не допускать сквозняков.

2 период лихорадки. При постоянно высокой температуре больного может беспокоить чувство жара, возможны затемнение сознания, бред; больной «мечется» в постели.

Медицинская сестра должна:

1. Организовать индивидуальный пост.
2. Убрать одеяло, укрыть больного простыней.
3. Проветривать помещение, избегая сквозняков.
4. Контролировать гемодинамические показатели.
5. К голове больного можно прикладывать пузырь со льдом или примочки — сложенное вчетверо полотенце или холщовую тряпку, смоченную в растворе уксуса пополам с водой и отжатую — на 5—10 минут, регулярно меняя.
6. Ухаживать за полостью рта, носа и другими органами, помогать больному при физиологических отправлениях, проводить профилактику пролежней.

III период лихорадки. Падение температуры может быть постепенным (литическим) или быстрым (критическим). Критическое падение температуры (с высоких цифр до низких — от 41°C до 36°C) может сопровождаться резкой слабостью, бледностью кожных покровов, обильным потоотделением и снижением сосудистого тонуса — падением АД до 70/10 мм рт.ст., а также появлением нитевидного пульса (коллапс).

Медицинская сестра должна:

1. Срочно сообщить врачу об изменении состояния больного.
2. Не оставлять больного одного.
3. Быстро убрать из-под головы подушку, приподнять ножную часть кровати на 20—30° — положение больного должно быть горизонтальным, но с приподнятыми ногами.
4. К рукам и ногам больного приложить грелки, обернутые полотенцем.
5. Дать увлажненный кислород.
6. Менять нательное и постельное белье, протирать кожу сухим полотенцем.
7. Контролировать гемодинамические показатели.

В большинстве случаев температура снижается литически в течение нескольких дней, и состояние больного

постепенно улучшается.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СУБФЕБРИЛЬНОЙ ЛИХОРАДКОЙ НАЗЫВАЮТ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ:

- 1) До 38°C.;
- 2) От 38°C до 39°C.;
- 3) От 39°C до 40°C.;
- 4) Более 41 °C.;
- 5) 36,6 °C.;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-10, ОПК-11

2. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ЛИХОРАДКИ- ЭТО:

- 1) постоянно высокая температура.;
- 2) повышение температуры.;
- 3) нормальная температура.;
- 4) субнормальная температура.;
- 5) отсутствие температуры.;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-10

3. ВЫСОКОЙ ЛИХОРАДКОЙ НАЗЫВАЮТ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ:

- 1) До 38°C.;
- 2) От 38°C до 39°C.;
- 3) От 39°C до 41°C.;
- 4) Более 41°C.;
- 5) От 40°C до 41°C.;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОПК-10

4. УМЕРЕННОЙ ЛИХОРАДКОЙ НАЗЫВАЮТ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ:

- 1) до 38°C.;
- 2) от 38°C до 39°C.;
- 3) от 39°C до 40°C.;
- 4) более 41 °C.;
- 5) от 40°C до 41 °C.;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-10

5. ГИПЕРПИРЕТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ НАЗЫВАЮТ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ:

- 1) до 38°C.;
- 2) от 38°C до 39°C.;
- 3) от 39°C до 40°C.;
- 4) более 41 °C.;
- 5) от 40°C до 41°C.;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОПК-10

6. II ПЕРИОД ЛИХОРАДКИ — ЭТО:

- 1) повышение температуры.;
- 2) постоянно высокая температура.;
- 3) падение температуры.;
- 4) резкое падение АД.;
- 5) ощущение холода.;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-10

7. III ПЕРИОД ЛИХОРАДКИ — ЭТО:

- 1) повышение температуры.;
- 2) постоянно высокая температура.;
- 3) падение температуры.;
- 4) Нормальная температура.;
- 5) Субнормальная температура.;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОПК-10

8. ТЕМПЕРАТУРА У ПАЦИЕНТОВ НЕ ИЗМЕРЯЕТСЯ:

- 1) в ротовой полости;
- 2) в подмышечной впадине;
- 3) в паховой складке;
- 4) в прямой кишке;
- 5) в локтевом сгибе;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОПК-11

9. ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ У ЧЕЛОВЕКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТЕРМОМЕТР:

- 1) максимальный спиртовый;
- 2) минимальный спиртовый;
- 3) максимальный ртутный;
- 4) минимальный ртутный;
- 5) капиллярный ртутный;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОПК-11

10. ВО II ПЕРИОДЕ ЛИХОРАДКИ НЕОБХОДИМО:

- 1) укутать больного.;
- 2) приложить грелки к конечностям.;
- 3) приложить пузырь со льдом к голове.;
- 4) поставить горчичники;
- 5) поставить пиявки;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОПК-10

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. У больного t тела $41,0^{\circ}\text{C}$, он возбуждён, бредит, на щеках румянец.

Вопрос 1: В каком периоде лихорадки находится больной?;

Вопрос 2: В чём заключается уход за пациентом?;

Вопрос 3: Алгоритм измерения температуры в подмышечной впадине;

Вопрос 4: Куда заносятся данные температуры тела?;

Вопрос 5: В виде чего заносится температура в температурный лист;

Компетенции: ОК-5, ОПК-4, ОПК-10, ОПК-11

2. Больной жалуется на плохое самочувствие, "ломоту" во всем теле, головную боль, ему холодно, никак не может согреться. t тела $40,3^{\circ}\text{C}$.

Вопрос 1: В каком периоде лихорадки находится больной?;

Вопрос 2: В чём заключается уход за пациентом?;

Вопрос 3: Какие виды термометров Вы знаете?;

Вопрос 4: Преимущества и недостатки ртутного термометра;

Вопрос 5: Куда фиксируют температуру тела?;

Компетенции: ОК-5, ОПК-10, ОПК-11

3. Больному при t тела $41,3^{\circ}\text{C}$ были введены жаропонижающие препараты. Через 20 мин t снизилась до нормы, но состояние больного ухудшилось: появилась резкая слабость, пульс нитевидный, конечности холодные, бельё мокрое от пота.

Вопрос 1: В каком периоде лихорадки находится больной?;

Вопрос 2: В чём заключается уход за пациентом?;

Вопрос 3: За какими параметрами сердечно-сосудистой системы нужно наблюдать?;

Вопрос 4: Какой режим показан в случае быстрого снижения температуры тела?;

Вопрос 5: Можно ли спуститься к родственникам за передачей?;

Компетенции: ОК-5, ОПК-4, ОПК-10, ОПК-11

4. В отделение ожоговой терапии поступил мужчина с ожогом преимущественно верхней половины тела.

Вопрос 1: Где в таком случае нужно производить измерение температуры тела?;

Вопрос 2: Кто проводит измерение температуры тела?;

Вопрос 3: Каким термометром производят измерения?;

Вопрос 4: Где фиксируется измеренная температура?;

Вопрос 5: Ошибки при измерении температуры в подмышечной впадине;

Компетенции: ОК-5, ОПК-4, ОПК-10, ОПК-11

5. Больной находится во 2 стадии лихорадки, беспокоит жар, лихорадка, боль в мышцах.

Вопрос 1: Какие простейшие методы физиотерапии можно здесь применить с целью снижения температуры?;

Вопрос 2: В чём заключается алгоритм наложения пузыря со льдом?;

Вопрос 3: Кто выполняет процедуры по применению простейшие методы физиотерапии?;

Вопрос 4: Кто измеряет температуру тела в лечебном отделении стационара?;

Вопрос 5: На сколько ставится пузырь со льдом;

Компетенции: ОК-5, ОПК-4, ОПК-10

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н.

Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- **электронные ресурсы:**

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России.
(<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 8. Простейшие физиотерапевтические процедуры. (Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-10)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Актуальность изучаемой проблемы заключается в том, что большое значение в проведении ухода за терапевтическими больными различного профиля имеют простейшие физиотерапевтические процедуры (тепловые, холодовые), которые обладают многими лечебными эффектами и способствуют быстрейшему выздоровлению пациентов.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** правила применения медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи; правила хранения и использования предметов ухода за пациентами; правила дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий; инструкции по проведению дезинфекции предметов ухода, мед.изделий многократного применения, перечень медико-социальных факторов среды отражающихся на состоянии здоровья взрослого населения и подростков. принципы санитарно-просветительской работы по гигиеническим вопросам, **уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, измерять температуру тела в подмышечной впадине., поставить горчичники, наложить пузырь со льдом., **владеть** постановкой грелки, постановкой различных компрессов

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** бинты, вата медицинские нестерильные, резиновый пузырь, симулятор (фантом) взрослого человека, термометр ртутный максимальный, фантомы для перентерального введения лекарственных веществ

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Различные физические факторы (холод, тепло, механическое воздействие, давление и др.) при воздействии на кожные покровы человека или определенные части его тела в состоянии вызвать терапевтический эффект при заболеваниях органов, расположенных ниже места манипуляций. Подобное лечебное действие на кожные покровы с целью изменения функционального состояния нижележащих органов и систем получило название физиотерапевтических процедур, к ним можно отнести применение банок, горчичников, горчичных ванн, компрессов, грелок, и т.д.

Применение холода

Суть холодовой процедуры (компресс, пузырь со льдом) заключается в местном охлаждении участка тела, что вызывает сужение кровеносных сосудов кожи и соответствующих близлежащих внутренних органов. Организм в результате воздействия холода претерпевает три основные стадии реагирования.

1. Рефлекторное сужение сосудов кожи: бледность кожных покровов, понижение температуры кожи, уменьшение отдачи тепла; происходит перераспределение крови к внутренним органам.
2. Рефлекторное расширение сосудов кожи: кожа приобретает розово-красную окраску, становится тёплой на ощупь.
3. Капилляры и вены расширены, артериолы - сужены; скорость кровотока замедлена; кожа приобретает багрово-красный оттенок, холодная на ощупь. Сужение сосудов приводит к регионарному уменьшению кровотока, замедлению обмена веществ и понижению потребления кислорода.

Цели холодовой процедуры:

- Ограничение воспаления.
- Уменьшение (ограничение) травматического отёка.
- Остановка (замедление) кровотечения.
- Обезболивающий эффект (вследствие снижения чувствительности нервных волокон).

Компресс

Компресс (лат. compression - сдавливать, сжимать) лечебная многослойная повязка из марли или другой ткани, обычно в сочетании с ватой, вощёной бумагой или водонепроницаемой плёнкой.

Показания: первые часы после ушибов и травм, носовые и геморроидальные кровотечения, второй период лихорадки.

Противопоказания: спастические боли в животе, коллапс, шок.

Необходимое оснащение: холодная вода со льдом, сложенная в несколько слоев марля.

Порядок выполнения процедуры:

1. Смочить подготовленную марлю в холодной воде, слегка отжать её.
2. Наложить компресс на соответствующий участок тела.
3. Менять марлю каждые 2-3 мин (по мере её согревания).

Пузырь со льдом

Пузырь со льдом применяют для более длительного местного охлаждения. Он представляет собой плоский резиновый мешок с широким отверстием с крышкой, перед использованием заполняемый кусочками льда.

Показания: первые часы после травмы, внутреннее кровотечение, второй период лихорадки, начальная стадия некоторых острых заболеваний брюшной полости, ушибы.

Противопоказания: спастические боли в животе, коллапс, шок.

Необходимое оснащение: лёд, пузырь для льда, полотенце (стерильная клеёнка). Порядок выполнения процедуры :

1. Заполнить пузырь на 2/3 объёма кусочками льда и плотно его закрыть.
2. Подвесить пузырь над соответствующим участком тела (головой, животом и пр.) на расстоянии 5-7 см или, обернув его полотенцем, приложить к больному месту.
3. При необходимости длительной процедуры каждые 30 мин делать перерывы в охлаждении по 10 мин.

Применение тепла

Суть тепловой процедуры (компресса, припарки, грелки) заключается в местном нагревании участка тела, что вызывает длительное расширение кровеносных сосудов кожи и соответствующих близлежащих внутренних органов, усиление кровообращения в тканях.

Цели процедуры:

- стимуляция рассасывания воспалительного процесса;
- уменьшение боли (снятие спазма мускулатуры внутренних органов).

Согревающие компрессы

Согревающие компрессы применяют при лечении местных инфильтратов, поражении мышечно-суставного аппарата.

Виды компрессов:

- сухой согревающий компресс;
- влажный согревающий компресс;
- влажный горячий компресс.

Влажный согревающий компресс

Показания: местные воспалительные процессы в коже и подкожной клетчатке, постинъекционные инфильтраты, артриты, травмы.

Противопоказания: кожные заболевания (дерматит, гнойничковые и аллергические высыпания), высокая лихорадка, злокачественные новообразования, нарушение целостности кожных покровов).

Необходимое оснащение:

- вода комнатной температуры;
- слабый раствор уксуса или спирт (этиловый или камфорный, спиртовой раствор салициловой кислоты);
- мягкая салфетка (марля), вата (фланель), клеёнка (вощёная бумага), бинт, полотенце.

Порядок выполнения процедуры:

1. Подготовить раствор [тёплая вода, слабый раствор уксуса (1 ч.л. 9% раствора на 0,5 л воды) или водка, одеколон или 96% спирт, разбавленные тёплой водой в соотношении 1:2].

Применение неразбавленного одеколona или спирта может вызвать ожог.

2. Смочить в подготовленном растворе салфетку, отжать её.
3. Приложить влажную салфетку к соответствующему участку тела и плотно её прижать.
4. Сверху уложить остальные два слоя компресса: вощёную бумагу, затем - вату.
5. Зафиксировать компресс бинтом.
6. Снять компресс через 8-10 ч, протереть кожу водой (спиртом), насухо вытереть полотенцем.

Грелка

Грелку относят к сухим тепловым процедурам; она оказывает местное согревающее воздействие. Грелку применяют как болеутоляющее и спазмолитическое средство. При частом и продолжительном использовании грелки кожные покровы больного для предупреждения ожога и гиперпигментации предварительно смазывают вазелином.

Показания: воспалительные инфильтраты, невриты, невралгии.

Противопоказания: острая боль в животе неясного происхождения, острые процессы в брюшной полости (аппендицит, панкреатит, холецистит и др.), злокачественные новообразования, первые сутки после травмы, кровотечения, инфицированная рана, повреждение кожных покровов,

бессознательное состояние.

Грелки бывают ёмкостью от 1 до 3 л. Существует несколько вариантов грелок.

- Резиновая (водяная).
- Электротермическая
- Химическая.

Необходимое оснащение: резиновая грелка, горячая вода (около 50 °С), полотенце, вазелин.

Порядок выполнения процедуры :

1. Смазать кожные покровы соответствующего участка тела вазелином (для профилактики ожога и гиперпигментации).
2. Наполнить грелку на 2/3 горячей водой.
3. Осторожно вытеснить из грелки воздух, сжав её руками по направлению к горловине.
4. Плотно закрыть грелку пробкой (крышкой).
5. Проверить грелку на герметичность, перевернув её.
6. Обернуть грелку полотенцем и приложить к соответствующему участку тела.

Банки

Банки - стеклянные сосуды, имеющие форму горшочков с утолщёнными закруглёнными краями и полукруглым дном, объёмом 30-70 мл. Банки оказывают сильное сосудорасширяющее и противовоспалительное действие; их часто применяют при бронхитах, пневмониях, невралгиях, невритах, миозитах.

Механизм действия:

За счёт создаваемого в банке отрицательного давления (вакуума) она присасывается - как к коже, так и к глубже расположенным тканям; при этом происходит прилив крови и лимфы, что вызывает рефлекторное воздействие на сосуды внутренних органов - усиливается крово- и лимфообращение, улучшается трофика (питание) тканей, что способствует более быстрому рассасыванию воспалительных очагов.

Подготовка больного и оснащение:

1. Для постановки банок больного укладывают в постели на живот (в случае постановки банок на спину); при этом голова его должна быть повернута в сторону, руки обхватывают подушку.
2. Если кожа покрыта волосами, их сбривают, кожу моют тёплой водой с мылом и вытирают полотенцем.
3. На кожу наносят рукой тонкий слой вазелина (чтобы края банки плотно прилегали к поверхности тела и воздух не проникал в банку, а также во избежание ожога). Разрежение воздуха в банке создают внесением в неё горящего спиртового тампона.
4. После смачивания тампона флакон со спиртом следует плотно закрыть и отставить в сторону.
5. Банки ставят на те участки тела, где выражены мышечный и подкожный жировой слои, сглаживающие костные образования - область грудной клетки (за исключением области сердца, молочных желёз, позвоночника).

Нельзя ставить банки на область сердца, молочные железы, зону позвоночника, родимые пятна.

Показания для постановки банок: воспалительные заболевания органов грудной клетки, процессы в лёгких (бронхит, пневмония), неврит, межрёберная невралгия, миозит.

Противопоказания к постановке банок: высокая температура тела, злокачественные новообразования, кровохарканье, активная форма туберкулёза, лёгочное кровотечение или опасность его появления, заболевания кожи, резкое истощение больного с утратой эластичности кожи, судороги, состояние сильного возбуждения, бессознательное состояние больного, резко повышенная чувствительность и болезненность кожных покровов.

Методика постановки банок:

Необходимое оснащение: лоток (эмалированный или деревянный), в который нужно уложить банки (10-16 штук), ёмкость с вазелином, флакон с 96% этиловым спиртом, фитиль (металлический зонд с нарезкой на конце и туго накрученной на него ватой) или зажим Кохера (с накрученной ватой), спички, вату.

Порядок выполнения процедуры:

1. Банки перед употреблением тщательно вымыть горячей водой, вытереть насухо.
2. Края банок проверить на наличие сколов и других повреждений и смазать тонким слоем

вазелина.

3. Уложить больного в удобную позу.
4. Кожу перед постановкой банок рукой смазать вазелином.
5. Ватный тампон на металлическом зонде (фитиль) или в зажиме Кохера смочить в спирте и отжать.

Использовать эфир для постановки банок категорически запрещается!

6. Флакон со спиртом закрыть и отставить в сторону.
7. Поджечь фитиль.
8. В правую руку взять зонд с горящим тампоном, в левую - 1-2 банки.
9. Внутри банки, держа её недалеко от тела, на очень короткое время внести горящий тампон; при этом не следует задевать края банки и перегреть её (время, достаточное для достижения разрежения внутри банки).
10. Банку (банки) быстро, энергичным движением приложить к коже.
11. Пациента укрыть одеялом.
12. Оставить банки на 10-15 мин.
13. Снять банки: для снятия банки слегка надавить на кожу у края банки пальцами левой руки, при этом отклонять её дно в противоположную сторону правой рукой.
14. По окончании процедуры кожу вытереть полотенцем для удаления вазелина, пациента укрыть одеялом. После процедуры больной должен спокойно лежать как минимум в течение 1 ч.
15. Использованные банки промыть горячей водой и насухо вытереть.

Горчичники

Действующее вещество горчичников - эфирное горчичное (аллиловое) масло, которое входит в состав горчицы и выделяется из неё при температуре 40-45 °С. Масло вызывает раздражение рецепторов кожи и её гиперемия, приводит к расширению кровеносных сосудов, расположенных глубже внутренних органов, за счёт чего достигается болеутоляющий эффект, ускоряется рассасывание некоторых воспалительных процессов. Горчичники применяют при лечении простудных заболеваний, воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (ринит, фарингит), воспалительных процессов в лёгких (бронхит, пневмония), неврологических заболеваний (миозитов, невралгий), при стенокардии гипертоническом кризе).

Места постановки горчичников:

- Затылок (острый ринит, гипертонический криз).
- Верхняя часть грудины (острый трахеит).
- Межлопаточная область и под лопатками (бронхит, пневмония).
- Икроножные мышцы (эффективно при остром воспалении верхних дыхательных путей).

Горчичники можно ставить только на неповреждённую кожу. Следует избегать постановки горчичников на молочные железы, область сосков, позвоночник, родимые пятна.

Показания к постановке горчичников: воспалительные заболевания верхних дыхательных

путей (ринит, фарингит), воспалительные процессы в лёгких (бронхит, пневмония), миозит, невралгия, гипертонический криз (на затылок).

Противопоказания к проведению процедуры: заболевания кожи (пиодермии, нейродермит, экзема), высокая лихорадка (выше 38 °С), лёгочное кровотечение или вероятность его развития, злокачественные новообразования.

Методика постановки горчичников

Необходимое оснащение: тёплая вода (40-45 °С), лоток (или тарелка), горчичники, полотенце, фланелевая пелёнка, одеяло.

Порядок выполнения процедуры:

1. Подготовить тёплую воду.
2. Уложить больного в удобную для него позу, тщательно осмотреть кожу.
3. Погрузить горчичник на 5-10 с в тёплую воду температурой не выше 45 °С.
4. Приложить горчичник стороной, покрытой горчицей, к коже (при повышенной чувствительности кожи горчичник прикладывают через марлю).
5. Область постановки горчичников укрыть полотенцем, затем одеялом.
6. Через 5-10 мин с момента появления ощущения жжения снять горчичники влажной салфеткой с кожи.
7. Удалить остатки горчичного порошка - осторожно протереть кожу салфеткой, смочен-

в тёплой воде.

8. Насухо вытереть кожу, укрыть больного одеялом.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВЛАЖНОГО СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:

- 1) Сутки.;
- 2) 6—8 часов.;
- 3) более 12 часов;
- 4) 5 минут;
- 5) 30 минут;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-15

2. ХОЛОДНАЯ ВОДА ПРИ ВОДОЛЕЧЕНИИ:

- 1) снижает АД;
- 2) увеличивает ЧСС.;
- 3) повышает мышечный тонус.;
- 4) оказывает седативное расслабляющее воздействие;
- 5) снимает мышечный спазм;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1

3. ПЕРИОДИЧНОСТЬ 10-МИНУТНЫХ ПЕРЕРЫВОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ:

- 1) каждые 30 минут;
- 2) каждые 5 минут;
- 3) каждый час;
- 4) каждую минуту;
- 5) каждые 15 мин.;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-1

4. СКОЛЬКО СЛОЕВ В СОГРЕВАЮЩЕМ ВЛАЖНОМ КОМПРЕССЕ:

- 1) один слой;
- 2) 5 слоев;
- 3) чем больше, тем лучше.;
- 4) 4 слоя;
- 5) 6-8 слоев;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1

5. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГОРЧИЧНЫХ ВАНН:

- 1) 5-10 минут.;
- 2) нет ограничения по времени.;
- 3) 20-30 минут;

- 4) один час;
- 5) пока не надоест;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1

6. ПРОТИВПОКАЗАНИЯ К ТЕПЛОВЫМ ФИЗИОПРОЦЕДУРАМ:

- 1) Застарелые гематомы;
- 2) Радикулиты;
- 3) Неясные боли в животе;
- 4) Длительно не рассасывающиеся инфильтраты;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больной находится во 2 стадии лихорадки, беспокоит жар, лихорадка, боль в мышцах.

Вопрос 1: Какие простейшие методы физиотерапии можно здесь применить с целью снижения температуры?;

Вопрос 2: В чём заключается алгоритм наложения пузыря со льдом?;

Вопрос 3: Кто выполняет процедуры по применению простейшие методы физиотерапии?;

Вопрос 4: Кто измеряет температуру тела в лечебном отделении стационара?;

Вопрос 5: На сколько ставится пузырь со льдом;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

2. Больному К. назначены горчичники, но к вечеру у него поднялась температура до 39оС. Больной уговаривает медицинскую сестру поставить ему горчичники. Как поступить?

Вопрос 1: Как поступить?;

Вопрос 2: Что можно рекомендовать данному больному?;

Вопрос 3: На какое время можно установить пузырь со льдом?;

Вопрос 4: Когда можно ставить горчичники?;

Компетенции: ПК-1, ОПК-10, ОПК-11

3. Больной, принимающий общую горячую ванну, почувствовал головокружение, сердцебиение, одышку. Лицо больного гиперемировано.

Вопрос 1: Что случилось с данным больным?;

Вопрос 2: Что нужно предпринять?;

Вопрос 3: Какая неотложная помощь должна оказываться?;

Вопрос 4: Можно ли принимать данному больному горячие ванны?;

Вопрос 5: Какая температура считается индифферентной?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10, ОПК-11

4. Гражданка А, 75 лет, находится на даче, к вечеру отмечает головную боль, тяжесть в затылке. Измерил давление 150/95 мм.рт.ст. Таблетки не употребляет

Вопрос 1: Чем вызвано такое состояние;

Вопрос 2: Что можно предпринять;

Вопрос 3: На какую зрну лучше поставить горчичники;

Вопрос 4: Что еще можно предложить в случае отсутствие вышеперечисленного;

Вопрос 5: На какое время укладывается грелка;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10, ОПК-11

5. У больного t тела 41о С, он возбуждён, бредит, на щеках румянец. Медицинская сестра поставила холодный компресс на лоб больного на 30 минут.

Вопрос 1: В каком периоде лихорадки находится больной?;

Вопрос 2: В чём заключается уход за пациентом?;

Вопрос 3: Как правильно поставить холодный компресс?;

Вопрос 4: Что еще можно предпринять?;

Вопрос 5: На какое время можно поставить пузырь со льдом?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10, ОПК-11

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н.

Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России.

(<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 9. Правила сбора биологического материала для лабораторных исследований. Подготовка больных к инструментальным методам исследования (Компетенции: ПК-1, ПК-15)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): актуальность данной темы характеризуется тем, в лечебном процессе больного уделяется большое значение лабораторным и инструментальным методам исследования, а также подготовке больных на данные методы исследования со стороны среднего медицинского персонала.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** перечень медико-социальных факторов среды отражающихся на состоянии здоровья взрослого населения и подростков. принципы санитарно-просветительской работы по гигиеническим вопросам, **уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, оформлять направления на различные виды лабораторных исследований, подготовить больного к эндоскопическим, рентгенологическим, ультразвуковым исследованиям., приготовить реферативное сообщение (мультимедийную презентацию по заданной теме), **владеть** постановкой очистительной клизмы., подготовкой больных для сдачи мочи: на общий анализ, по нечипоренко, по зимницкому

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** видеопроектор, ноутбук, перчатки стерильные, стерильные марлевые салфетки , уп. № 10, фантом мужской промжности

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Лабораторные методы исследования служат важным этапом обследования больного. Полученные данные помогают оценке состояния больного, постановке диагноза, осуществлению наблюдения за состоянием пациента в динамике и течением заболевания, контролю проводимого лечения.

Различают следующие виды лабораторных исследований.

- Обязательные - их назначают всем больным без исключения, например общие анализы крови и мочи.
- Дополнительные - их назначают строго по показаниям в зависимости от конкретного случая, например исследование желудочного сока для изучения секреторной функции желудка.
- Плановые - их назначают через определённое количество дней после предыдущего исследования с целью наблюдения за больным в динамике и осуществления контроля лечения, например повторный общий анализ мочи больного с обострением хронического пиелонефрита.
- Неотложные - их назначают в urgentной (неотложной) ситуации, когда от полученных результатов исследования может зависеть дальнейшая тактика лечения, например сердечных тропонинов в крови больного с острым коронарным синдромом.

Тропонины - высокочувствительные и высокоспецифичные биологические маркёры некроза мышцы сердца, развивающегося при инфаркте миокарда.

Материалом для лабораторного исследования может быть любой биологический субстрат.

- Выделения человеческого организма - мокрота, моча, кал, слюна, пот, отделяемое из половых органов.
- Жидкости, получаемые с помощью прокола или откачивания, - кровь, экссудаты и трансудаты, спинномозговая жидкость.
- Жидкости, получаемые с помощью инструментально-диагностической аппаратуры, содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки, жёлчь, бронхиальное содержимое.
- Ткани органов, получаемые методом биопсии - ткани печени, почек, селезёнки, костного мозга; содержимое кист, опухолей, желёз.

Биопсия (*био-* + греч. *opsis* - зрение) - прижизненное взятие небольшого объёма ткани для микроскопического исследования с диагностической целью.

Палатная медицинская сестра делает выборку назначений из истории болезни (из листа назначений) и записывает необходимые лабораторные анализы в журнал учёта анализов. После получения биологического материала (мочи, кала, мокроты и др.) она должна организовать своевременную его доставку в лабораторию, оформив направление. В направлении должны быть указаны отделение, номер палаты, фамилия, имя, отчество пациента, его диагноз, дата и время забора пробы и фамилия медицинской сестры, проводившей отбор материала. Кровь из пальца берёт лаборант в соответствующих условиях, кровь из вены - процедурная медицинская сестра. Правильность результатов лабораторного исследования обеспечивается тщательным соблюдением требований к технике сбора биологического материала, что зависит не только от грамотных действий медицинской сестры, но и от её умения наладить контакт с пациентом, должным образом проинструктировать его о порядке взятия материала. Если больной затрудняется

запомнить и сразу выполнить указания, следует сделать для него короткую понятную запись.

Во избежание риска инфицирования вирусной и бактериальной инфекциями, передающимися через кровь и другие биологические материалы, следует соблюдать следующие меры предосторожности:

- избегать непосредственного контакта с биологическим материалом - работать только в резиновых перчатках;
- аккуратно обращаться с лабораторной посудой, а в случае её повреждения осторожно убрать осколки стекла;
- тщательно дезинфицировать ёмкости, используемые в процессе сбора биологического материала - лабораторную посуду, судна и мочеприёмники и др.;
- перед сливом в канализацию обеззараживать выделения пациентов.

Если медицинской сестре всё же попал на кожу биологический материал пациента, следует немедленно обработать контактные участки 70% раствором спирта, протирая смоченным в нём тампоном кожу в течение 2 мин, через 5 мин необходимо ополоснуть кожу проточной водой.

Исследование крови

При исследовании крови необходимо помнить, что все процессы жизнедеятельности подвержены значительным вариациям под влиянием внешних факторов, таких как смена времени суток и года, приём пищи, изменение солнечной активности. Биохимический состав биологических жидкостей подвержен индивидуальным колебаниям у различных людей, отражая влияние пола, возраста, характера питания, образа жизни. Морфологический состав крови также колеблется на протяжении суток. Поэтому осуществлять забор крови целесообразно в одно и то же время - утром натощак.

Медицинская сестра накануне исследования должна предупредить больного о предстоящем заборе крови и разъяснить, что кровь берут натощак, до приёма лекарственных средств, а на ужин не следует употреблять жирную пищу.

При заборе крови из вены время наложения жгута должно быть по возможности минимальным, так как длительный стаз крови повышает содержание общего белка и его фракций, кальция, калия и других компонентов.

В зависимости от цели исследования забор крови для лабораторного анализа осуществляют из пальца (капиллярная кровь) и из вены (венозная кровь).

- Кровь из пальца берёт лаборант; этот анализ необходим для количественного и качественного изучения форменных элементов крови (эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов), определения количества в крови гемоглобина и скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Такой анализ называют общим анализом крови или общеклиническим исследованием крови. Кроме того, в ряде случаев из пальца берут кровь для определения содержания в крови глюкозы, а также свёртываемости крови и времени кровотечения.
- Кровь из вены берёт процедурная медицинская сестра посредством пункции в большинстве случаев локтевой вены; кровь смешивается в пробирке с противосвёртывающим веществом (гепарин, натрия цитрат и пр.). Забор крови из вены осуществляют с целью количественного изучения биохимических показателей крови (так называемых печёночных проб, ревматологических проб, содержания глюкозы, фибриногена, мочевины, креатинина и пр.), обнаружения возбудителей инфекции (взятие крови на гемокультуру и определение чувствительности к антибиотикам) и антител к ВИЧ. Вид требуемого биологического материала зависит от цели исследования: цельную кровь с антикоагулянтом применяют для исследования равномерно распределённых между эритроцитами и плазмой веществ (мочевины, глюкозы и др.), сыворотку или плазму - для неравномерно распределённых (натрия, калия, билирубина, фосфатов и др.). Объём забираемой из вены крови зависит от количества определяемых компонентов - обычно из расчёта 1-2 мл на каждый вид анализа.

Взятие крови на исследование из вены

Противопоказания к процедуре определяет врач. К ним относят крайне тяжёлое состояние пациента, спавшиеся вены, судороги, возбуждённое состояние пациента.

Весь использованный во время манипуляции материал необходимо продезинфицировать.

Резиновый жгут и клеёнчатый валик протирают дважды ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором (например, 3% раствором хлорамина Б), и промывают проточной водой. Использованный ватный шарик с кровью обязательно следует забрать у пациента и, прежде чем поместить его в отходы, замочить в дезинфицирующем растворе не менее чем на 60 мин. Дезинфицирующим раствором необходимо обработать также и рабочий стол.

Необходимое оснащение:

- одноразовые (стерильные) шприцы с иглами;

- стерильный лоток с ватными шариками и пинцетом;
- резиновый жгут, резиновый валик и салфетка;
- 70% раствор спирта, чистые пробирки с пробочками в штативе;
- спецодежда (халат, маска, стерильные перчатки);
- лоток для использованного материала;
- тонометр, фонендоскоп, противошоковый набор лекарственных средств.

Порядок выполнения процедуры:

1. Подготовить пациента - помочь ему занять удобное положение сидя или лёжа (в зависимости от тяжести его состояния).
2. Подготовиться к процедуре: пронумеровать пробирку и направление на анализ (одинаковым порядковым номером), вымыть и высушить руки, надеть спецодежду, обработать руки ватными шариками, смоченными 70% раствором спирта, надеть перчатки.
3. Подложить под локоть пациента клеёнчатый валик для максимального разгибания локтевого сустава.
4. Освободить от одежды руку или поднять рукав рубашки до средней трети плеча таким образом, чтобы был обеспечен свободный доступ к области локтевого сгиба.
5. Наложить резиновый жгут в области средней трети плеча выше локтевого сгиба на 10 см (на салфетку или расправленный рукав рубашки, но таким образом, чтобы он не ущемил кожу при завязывании) и затянуть жгут, чтобы петля жгута была направлена вниз, а свободные его концы вверх (чтобы концы жгута во время венеопункции не попали на обработанное спиртом поле).
6. Обработать одетые в перчатки руки 70% раствором спирта.
7. Предложить пациенту «поработать кулаком» - несколько раз сжать и разжать кулак для хорошего наполнения вены.
8. Попросить пациента сжать кулак и не разжимать до тех пор, пока медсестра не разрешит; при этом дважды обработать кожу в области локтевого сгиба ватными шариками, смоченными 70% раствором спирта, в одном направлении - сверху вниз, сначала широко (размер инъекционного поля составляет 4x8 см), затем - непосредственно место пункции.
9. Найти наиболее наполненную вену; затем кончиками пальцев левой руки оттянуть кожу локтевого сгиба в сторону предплечья и фиксировать вену.
10. В правую руку взять приготовленный для пункции шприц с иглой.
11. Провести венеопункцию: держа иглу срезом вверх под углом 45°, ввести иглу под кожу;

затем, уменьшив угол наклона и держа иглу почти параллельно кожной поверхности, продвинуть иглу немного вдоль вены и ввести её на треть её длины в вену (при соответствующем навыке можно одновременно проколоть кожу над веной и стенку самой вены); при проколе вены возникает ощущение «провала» иглы в пустоту.

12. Убедиться, что игла находится в вене, слегка потянув поршень иглы на себя; при этом в шприце должна появиться кровь.
13. Не снимая жгут, продолжить тянуть поршень шприца на себя для набора необходимого количества крови.
14. Развязать жгут и предложить больному разжать кулак.
15. Прижать ватный шарик, смоченный в 70% растворе спирта, к месту инъекции и быстро извлечь иглу.

В ряде случаев во избежание повреждения форменных элементов крови (например, при исследовании агрегационной функции тромбоцитов) кровь нельзя набирать шприцем. В такой ситуации следует набирать кровь «самотёком» - подставить под иглу (без шприца) пробирку и подождать, пока она заполнится необходимым количеством крови.

16. Предложить больному согнуть руку в локтевом сгибе вместе с ватным шариком и оставить так на 3-5 мин для остановки кровотечения.
17. Снять иглу со шприца (так как при выпуске крови из шприца через иглу могут быть повреждены эритроциты, что вызовет их гемолиз), медленно выпустить кровь в пробирку по её стенке (быстрое поступление крови в пробирку может привести к её вспениванию и, следовательно, но, гемолизу крови в пробирке) и закрыть пробирку пробочкой.
18. Сложить использованные материалы в специально подготовленный лоток, снять перчатки.
19. Спросить у пациента о его самочувствии, помочь ему встать или удобно лечь (в зависимости от тяжести его состояния).
20. Оформить направление в лабораторию, поместить штатив с пробирками в ёмкость для транспортировки биологических жидкостей (бикс) и отправить в лабораторию для исследования.

При подозрении на гепатит или ВИЧ-инфекцию у больного ёмкость с кровью необходимо дополнительно парафинировать или закрыть лейкопластырем и поместить в герметичный контейнер.

Исследование мочи

Исследование мочи имеет большое диагностическое значение не только при заболеваниях почек и мочевыводящих путей, но и при болезнях других органов и систем.

Методы исследования мочи

Различают следующие основные методы исследования мочи.

1. Общий анализ мочи:

- определяют цвет, прозрачность, запах, реакцию, относительную плотность;
- проводят микроскопию осадка, составляющими которого выступают форменные элементы: эритроциты, лейкоциты, эпителиальные клетки, цилиндры, а также кристаллы и аморфные массы солей;
- осуществляют химический анализ на выявление белка, глюкозы, кетоновых тел, билирубина и уробилиновых тел, минеральных веществ.

2. Количественное определение форменных элементов в моче:

- проба Нечипоренко - подсчитывают количество форменных элементов в 1 мл мочи;
- проба Амбурже - подсчёт клеточных элементов проводят в моче, собранной за 3 ч с пересчётом на минутный диурез;
- проба Каковского-Аддиса - подсчёт клеточных элементов проводят в моче, собранной за сутки.

3. Проба Зимницкого (для оценки концентрационной и выделительной функций почек):

проводят сопоставление относительной плотности мочи в порциях, собранных в разные периоды одних суток (начиная с 6 ч утра каждые 3 ч в отдельные банки), и анализ соотношения дневного и ночного диуреза.

- 4. Бактериологическое исследование мочи - его проводят при инфекционных воспалительных заболеваниях почек и мочевыводящих путей.
- 5. Определение ряда параметров в моче, собранной за сутки: суточный диурез, содержание белка, глюкозы и др.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгенологические методы исследования

Рентгенологическое (рентгеновское) исследование основано на свойстве рентгеновских лучей в различной степени проникать через ткани организма. Степень поглощения рентгеновского излучения зависит от толщины, плотности и физико-химического состава органов и тканей человека, поэтому более плотные органы и ткани (кости, сердце, печень, крупные сосуды) визуализируются на экране (рентгеновском флюоресцирующем или телевизионном) как тени, а лёгочная ткань вследствие большого количества воздуха представлена областью яркого свечения.

Различают следующие основные рентгенологические методы исследования.

1. Рентгеноскопия (греч. *skopeo* - рассматривать, наблюдать) - рентгенологическое исследование в режиме реального времени. На экране появляется динамическое изображение, позволяющее изучать двигательную функцию органов (например, пульсацию сосудов, моторику ЖКТ); также видна структура органов.
2. Рентгенография (греч. *grapho* - писать) - рентгенологическое исследование с регистрацией неподвижного изображения на специальной рентгеновской плёнке или фотобумаге. При цифровой рентгенографии изображение фиксируется в памяти компьютера. Применяют пять видов рентгенографии.
 - Полноформатная рентгенография.
 - Флюорография (малоформатная рентгенография) - рентгенография с уменьшенным размером изображения, получаемого на флюоресцирующем экране (лат. *fluor* - течение, поток); её

применяют при профилактических исследованиях органов дыхания.

- Обзорная рентгенография - изображение целой анатомической

области.

- Прицельная рентгенография - изображение ограниченного участка исследуемого органа.
- Серийная рентгенография - последовательное получение нескольких рентгенограмм для изучения динамики изучаемого процесса.

3. Томография (греч. *tomos* - отрезок, пласт, слой) - метод послойной визуализации, обеспечивающий изображение слоя тканей заданной толщины с использованием рентгеновской трубки и кассеты с плёнкой (рентгеновская томография) или же с подключением специальных счётных камер, от которых электрические сигналы подаются на компьютер (компьютерная томография).
4. Контрастная рентгеноскопия (или рентгенография) - рентгенологический метод исследования, основанный на введении в полые органы (bronхи, желудок, почечные лоханки и мочеточники и др.) или сосуды (ангиография) специальных (рентгеноконтрастных) веществ, задерживающих рентгеновское излучение, в результате чего на экране (фотоплёнке) получают чёткое изображение изучаемых органов.

Перед проведением рентгенологического исследования следует освободить область планируемого исследования от одежды, мажевых повязок, наклеек из лейкопластыря, электродов для мониторинга ЭКГ и пр., попросить снять часы, металлические украшения и подвески.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - важный метод обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания и ССС.

Исследование органов дыхания

Рентгеноскопия и рентгенография - наиболее часто применяемые для исследования органов дыхания методы. Рентгенологическое исследование позволяет оценить состояние лёгочной ткани, появление в ней участков уплотнения и повышенной воздушности, наличие жидкости или воздуха в плевральных полостях. Специальной подготовки больного не требуется. Исследование проводят в положении больного стоя или, при тяжёлом состоянии пациента, лёжа.

Контрастная рентгенография бронхов (бронхография) применяется для выявления опухолевых процессов в бронхах, расширения бронхов (бронхоэктазов) и полости в лёгочной ткани (абсцесс, каверна). Рентгеноконтрастное вещество вводят в полость бронхов.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ.

Зондирование желудка

Зондирование желудка применяют при следующих лечебно-диагностических процедурах:

- промывание желудка;
- исследование желудочного сока;
- искусственное питание.

В зависимости от цели процедуры при зондировании желудка применяют толстый или тонкий зонды, причём тонкий зонд можно вводить через нос - в этом случае вследствие меньшего раздражения мягкого нёба происходит меньшая стимуляция рвотного рефлекса.

Необходимое оснащение:

- зонд (вид зонда зависит от цели процедуры) и резиновая трубка для удлинения зонда;
- жидкое вазелиновое масло;
- роторасширитель, языкодержатель, металлический напальчник;
- резиновые перчатки, клеёнчатые фартуки;
- ведро с чистой водой комнатной температуры, литровая кружка, воронка ёмкостью 1 л,

таз для промывных вод (для процедуры промывания желудка);

- раздражители энтеральные или парентеральные, штатив с пробирками для порций желудочного сока, шприцы, спирт, ватные шарики, часы-таймер (для исследования секреторной функции желудка). Порядок выполнения процедуры:

1. Усадить больного на стул таким образом, чтобы спина плотно прилегала к спинке стула, голову пациента слегка наклонить вперёд.

Если у больного имеются съёмные зубные протезы, перед проведением процедуры их нужно обязательно снять.

2. Определить расстояние l , на которое пациент должен проглотить зонд (или медсестра должна продвинуть зонд) по формуле:

$l = L - 100$ (см),

где L - рост пациента.

3. Надеть перчатки и клеёнчатый фартук; шею и грудь пациента укрыть пелёнкой или надеть на него клеёнчатый фартук.
4. Достать из пакета стерильный зонд.
5. Смочить слепой конец зонда водой или смазать вазелином.
6. Встать сзади или сбоку от больного, предложить открыть ему рот (при необходимости ввести роторасширитель или указательный палец левой руки в напальчнике между коренными зубами).
7. Осторожно поместить слепой конец зонда на корень языка больного, попросить пациента делать глотательные движения и глубоко дышать через нос.
8. По мере глотательных движений медленно продвигать зонд до нужной отметки.

Промывание желудка

Цели: диагностическая, лечебная, профилактическая.

Показания: острые пищевые (недоброкачественная пища, грибы, алкоголь) и лекарственные (суицид, случайный приём) отравления.

Суицид (лат. *sui* - себя, *caedo* - убивать) - самоубийство, умышленное лишение себя жизни.

Противопоказания: кровотечение из ЖКТ, ожоги пищевода и желудка, бронхиальная астма, инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения.

Необходимое оснащение:

- толстый желудочный зонд;
- жидкое вазелиновое масло;
- роторасширитель, языкодержатель, металлический напальчник;
- резиновые перчатки, клеёнчатые фартуки;
- ведро с чистой водой комнатной температуры, литровая кружка, воронка ёмкостью 1 л,

таз для промывных вод.

Порядок выполнения процедуры:

1. Ввести толстый желудочный зонд до определённой метки .
2. Подсоединить воронку к зонду и опустить её, слегка наклонив, до уровня колен больного, чтобы вылилось содержимое желудка.
3. Налить в воронку 1 л воды, затем медленно поднимать её, пока уровень воды в воронке не достигнет её устья (но не более!).
4. Опустить воронку ниже уровня колен пациента, сливая появившееся содержимое желудка в таз промывные воды поступают в таз по закону сообщающихся сосудов).
5. Повторить процедуру промывания желудка несколько раз, пока промывные воды не станут чистыми.
6. Отсоединить воронку от зонда, осторожно извлечь зонд из желудка пациента.
7. Дать пациенту прополоскать ротовую полость водой, обеспечить ему покой.
8. Поместить зонд с воронкой на 1 ч в ёмкость с дезинфицирующим раствором (3% раствором хлорамина Б).
9. При необходимости отправить первую порцию промывных вод в лабораторию (бактериологическую, токсикологическую и пр.).

Клизмы

Клизма (греч. *klyzma* - промывание) - процедура введения в прямую кишку различных жидкостей с лечебной или диагностической целью.

К лечебным относятся следующие клизмы.

- Очистительная клизма: её назначают при запорах (очищение нижнего отдела кишечника от каловых масс и газов), по показаниям - перед операцией и для подготовки к рентгенологическому и ультразвуковому исследованию органов брюшной полости.
- Сифонная клизма: её применяют в случае неэффективности очистительной клизмы, а также при необходимости многократного промывания толстой кишки.

- Послабляющая клизма: её назначают как вспомогательное очистительное средство при запорах с формированием плотных каловых масс. В зависимости от вида вводимого препарата

различают гипертонические, лекарственные, масляные и эмульсионные послабляющие клизмы.

Очистительная клизма

Цели:

- очистительная — опорожнение нижнего отдела толстой кишки путём разрыхления каловых масс и усиления перистальтики;
- диагностическая — как этап подготовки к операциям, родам и инструментальным методам исследования органов брюшной полости;
- лечебная — как этап подготовки к проведению лекарственных клизм.

Показания: запоры, отравления, уремия, клизмы перед операциями или родами, для подготовки к рентгенологическому, эндоскопическому или ультразвуковому исследованию органов брюшной полости, перед постановкой лекарственной клизмы.

Противопоказания: общие

Для постановки очистительной клизмы применяют специальный прибор (прибор для очистительной клизмы), состоящий из следующих элементов.

1. Кружка Эсмарха (стеклянный, резиновый или металлический сосуд ёмкостью до 2л).
2. Толстостенная резиновая трубка диаметром просвета 1 см, длиной 1,5 м, которую соединяют с тубусом кружки Эсмарха.
3. Соединительная трубка с краном (вентилем) для регуляции тока жидкости.
4. Наконечник стеклянный, эбонитовый или резиновый.

Необходимое оснащение: тёплая вода в объёме 1—2 л, прибор для очистительной клизмы, штатив для подвешивания кружки, термометр для измерения температуры жидкости, клеёнка, пелёнка, таз, судно, маркированные ёмкости для «чистых» и «грязных» кишечных наконечников, шпатель, вазелин, спецодежда (маска, медицинский халат, фартук и одноразовые перчатки), ёмкости с дезинфицирующим раствором.

Порядок выполнения процедуры

1. Подготовиться к проведению процедуры:

тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой, надеть маску, фартук и перчатки.

2. Налить в кружку Эсмарха кипячёную воду или жидкость назначенного состава, объёма (как правило, и температуры).
3. Подвесить кружку на штатив на высоту 1 м над уровнем тела больного.
4. Открыть кран, заполнить трубки (длинную резиновую и соединительную), выпустить несколько миллилитров воды для вытеснения из трубок воздуха и закрыть кран.
5. Поставить на пол около кушетки таз; на кушетку положить клеёнку (её свободный конец опустить в таз на случай, если больной не сможет удержать воду) и сверху нее пелёнку.

Возможно применение клизм с отваром ромашки (отвар готовят из расчёта 1 ст.л. сухой ромашки на 1 стакан воды), с мылом (в воде растворяют 1 ст.л. мелко наструганного детского мыла), с растительным маслом (2 ст.л.). Ромашка оказывает умеренно вяжущее действие (что показано при метеоризме), а мыло и растительное Масло способствуют более активному вымыванию шлаков.

6. Предложить больному лечь на край кушетки на бок (предпочтительно на левый), согнув колени и приведя их к животу для расслабления брюшного пресса (если больному противопоказано движение, клизму можно поставить и в положении пациента на спине, подложив под него судно); пациент должен максимально расслабиться и дышать глубоко, ртом, не напрягаясь.
7. Набрать шпателем небольшое количество вазелина и смазать им наконечник.
8. Большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой

лёгкими вращательными движениями осторожно ввести в анальное отверстие наконечник, продвигая его вначале по направлению к пупку на 3-4 см, затем параллельно позвоночнику до общей глубины 7-8 см.

9. Приоткрыть кран, следя за тем, чтобы вода не поступала в кишечник слишком быстро, так как это может

вызвать боль.

Если у больного появилась боль в животе, необходимо немедленно приостановить процедуру и подождать, пока боль не пройдёт. Если боль не утихает, нужно сообщить врачу.

10. Если вода не идёт, поднять кружку выше и/или изменить положение наконечника, выдвинув его назад на 1-2 см; если вода по-прежнему не поступает в кишечник, извлечь наконечник и заменить его (так как он может быть забит каловыми массами).
11. По окончании процедуры закрыть кран и извлечь наконечник, прижав правую ягодицу больного к левой, чтобы не вытекла жидкость из прямой кишки.
12. Предложить больному самому сжать анальный сфинктер и задержать воду как можно дольше (не менее 5-10 мин).
13. Если через 5-10 мин пациент почувствует позыв к дефекации, подать ему судно или проводить до унитаза, предупредив, чтобы он по возможности выпускал воду не сразу, а порциями.
14. Убедиться, что процедура прошла эффективно; если больной опорожнился только водой с небольшим количеством каловых масс, после осмотра пациента врачом клизму необходимо повторить.
15. Разобрать систему, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
16. Снять фартук, маску, перчатки, вымыть руки.

Жидкость, вводимая с помощью клизмы, оказывает на кишечник механическое и температурное воздействия, которые можно в определённой степени регулировать. Механическое воздействие можно увеличивать или уменьшать, корректируя количество вводимой жидкости (в среднем 1-1,5 л), давление (чем выше подвешена кружка, тем больше давление вводимой жидкости) и скорость введения (регулируется краном прибора для очистительной клизмы). Соблюдая определённый температурный режим вводимой жидкости, можно усиливать перистальтику: чем ниже температура вводимой жидкости, тем сильнее сокращения кишечника. Обычно рекомендуют температуру воды для клизмы 37-39 °С, но при атоническом запоре применяют холодные клизмы (до 12°С), при спастическом - тёплые или горячие, уменьшающие спазм (37-42 °С)

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДЛЯ СБОРА МОКРОТЫ НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ:

- 1) сухой пробиркой;
- 2) сухой банкой;
- 3) стерильной пробиркой;
- 4) стерильной банкой;
- 5) всё вышеперечисленное;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1

2. ПРИ СБОРЕ МОКРОТЫ НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ.:

- 1) сухой пробиркой;
- 2) сухой банкой;
- 3) стерильной пробиркой;
- 4) стерильной банкой 200 мл;
- 5) стерильной банкой 500 мл;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-15

3. ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ГНОЙНОЙ МОКРОТЫ ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ:

- 1) сухой банкой;
- 2) стерильной банкой;
- 3) индивидуальной плевательницей;
- 4) стерильной пробиркой;
- 5) банкой с хлораммином;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-15

4. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРМАННАЯ ПЛЕВАТЕЛЬНИЦА ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПОЛНЕНА НА 1/4:

- 1) полиглюкином;
- 2) физраствором;
- 3) глюкозой;
- 4) хлораммином;

5) йодом;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-15

5. ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ЖЕЛУДОЧНОМУ ЗОНДИРОВАНИЮ:

- 1) Вечером - легкий ужин, утром - натощак;
- 2) Вечером - очистительная клизма;
- 3) Вечером и утром - очистительная клизма;
- 4) Утром - сифонная клизма;
- 5) Утром лекарственная клизма;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-15

6. ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТА К АНАЛИЗУ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ИЗ ПИТАНИЯ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ.:

- 1) манную кашу;
- 2) молоко;
- 3) мясо;
- 4) черный хлеб;
- 5) фрукты;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-15

7. ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К РЕКТОРОМАСКОПИИ:

- 1) масляная клизма утром;
- 2) сифонная клизма вечером;
- 3) сифонная клизма утром;
- 4) очистительная клизма за полчаса до исследования;
- 5) очистительная клизма накануне исследования;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1

8. ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К КОЛОНОСКОПИИ:

- 1) вечером - очистительная клизма;
- 2) утром - очистительная клизма;
- 3) вечером и утром дважды очистительная клизма;
- 4) не проводится;
- 5) не требуется подготовки;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1

9. ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ИРРИГОСКОПИИ:

- 1) вечером - легкий ужин, утром - натощак;
- 2) утром - очистительная клизма;
- 3) за 3 дня исключить железосодержащие продукты;
- 4) не проводится;
- 5) вечером очистительная клизма;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1

10. ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ДУОДЕНАЛЬНОМУ ЗОНДИРОВАНИЮ:

- 1) вечером - легкий ужин, утром - натощак;
- 2) вечером - легкий ужин, утром - очистительная клизма;
- 3) в течение 3-х дней до исследования исключение из пищи железосодержащие продукты;
- 4) не проводится;
- 5) 5 разгрузочных дней;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-1

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В здравпункт завода обратилась женщина 50 лет с жалобами на возникшие резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и ключицу. Накануне пациентка употребляла жирную пищу. В анамнезе желчекаменная болезнь.

Вопрос 1: В чем заключается доврачебная помощь медицинской сестры;

Вопрос 2: Какие осложнения могут быть далее;

Вопрос 3: Подготовка больного к УЗИ органов брюшной полости;

Вопрос 4: Правило забора крови на биохимический анализ;

Вопрос 5: Правило забора мочи на общий анализ;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

2. Пациентка Г., 1935 г.р. доставлена в терапевтическое отделение машиной скорой помощи с диагнозом "Экссудативный плеврит слева". При обследовании было выявлено: жалобы на слабость, сухой приступообразный кашель, одышку при небольшой физической нагрузке, фебрильную лихорадку, тупые боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся во время кашля. Объективно: сознание ясное, больная контактна, состояние средней тяжести, положение активное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, лимфоузлы не увеличены. Температура 37,8 град., грудная клетка ассиметрична, отмечается сглаженность межреберных промежутков слева, левая половина резко отстает в акте дыхания. ЧДД - 24 в минуту, пульс 96 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт.ст.

Вопрос 1: В чем заключается доврачебная помощь медицинской сестры;

Вопрос 2: Какие осложнения могут быть далее;

Вопрос 3: Подготовка больного к плевральной пункции;

Вопрос 4: Правила сбора мокроты на общий анализ;

Вопрос 5: Какие методы инструментальной диагностики применяются для подтверждения диагноза «экссудативный плеврит»;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

3. К пациенту, находящемуся на стационарном лечении по поводу ИБС, ночью была вызвана медсестра. Пациента беспокоили боли в области сердца сжимающего характера и отдающие в левую руку, чувство стеснения в груди.

Вопрос 1: В чем заключается роль палатной медицинской сестры в данном случае?;

Вопрос 2: Какие осложнения могут быть далее?;

Вопрос 3: Подготовка пациента к ЭКГ.;

Вопрос 4: Правила забора крови на биохимический анализ.;

Вопрос 5: Какие таблетки должны быть обязательно у данного больного ?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

4. У пациента, госпитализированного сутки назад с диагнозом: «Обострение язвенной болезни желудка», внезапно возникла резкая слабость, рвота «кофейной гущи». Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные, дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, пульс 100 в мин. малого наполнения и напряжения, АД 100/60 мм.рт.ст., живот мягкий, болезненный в эпигастрии.

Вопрос 1: В чём заключается доврачебная помощь медицинской сестры?;

Вопрос 2: Какие осложнения могут быть далее?;

Вопрос 3: Правило подготовки пациента к фиброгастроскопии;

Вопрос 4: Правило забора крови на общий анализ;

Вопрос 5: Правило забора кала на скрытую кровь;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

5. Пациент Р., 30 лет поступил в нефрологическое отделение с диагнозом обострение хронического пиелонефрита. Жалобы на повышение температуры, тянущие боли в поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание, общую слабость, головную боль, отсутствие аппетита. В анамнезе у пациента хронический пиелонефрит в течение 6 лет. Пациент беспокоен, тревожится за свое состояние, сомневается в успехе лечения. Объективно: температура 38,8°С. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Гиперемия лица. Кожные покровы чистые, подкожно-жировая клетчатка слабо развита. Пульс 98 уд./мин., напряжен, АД 150/95 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Вопрос 1: В чем заключается доврачебная помощь медицинской сестры;

Вопрос 2: Какие осложнения могут быть далее;

Вопрос 3: Подготовка больного к экскреторной урографии;

Вопрос 4: Правила сбора мочи по Нечипоренко;

Вопрос 5: Определение суточного диуреза;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России. (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 10. Способы применения лекарственных веществ. Энтеральное введение лекарственных веществ. Парентеральное введение лекарственных веществ. Подкожные и внутривенные инъекции (Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Качественный и добросовестный уход за пациентом, своевременное выявление изменений и осложнений течения заболевания, умение оказать необходимую помощь является одним из важнейших условий правильного и эффективного ухода и имеет непосредственное лечебное значение. Большое значение в работе среднего медицинского персонала уделяется вопросам введения лекарственных средств в организм пациента. Существенное значение при этом имеет энтеральный путь введения.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** теоретические основы информатики, сбора, хранения, поиска, переработки, преобразования, распространения информации в медицинских и биологических системах, использование информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении, **уметь** закапать капли в глаза, нос, уши больному, оказать неотложную доврачебную помощь при болях в сердце, оказать неотложную доврачебную помощь при гипертоническом кризе., оказать доврачебную неотложную помощь при приступе бронхиальной астмы, **владеть** раздачей таблетированных лекарственных препаратов для энтерального применения., оказать неотложную доврачебную помощь при обмороке, подготовкой с докладом на учебно-студенческую конференцию

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Различают следующие способы введения лекарственных средств:

1. Наружный способ:

- На кожу;
- В уши;
- На конъюнктиву глаз, слизистую оболочку носовой полости и влагалища.

2. Энтеральный способ:

- Внутрь через рот (перорально);
- Под язык (сублингвально);
- За щеку (трансбуккально);
- Через прямую кишку (ректально);

3. Ингаляционный способ - через дыхательные пути.

4. Парентеральный способ:

4.1 Внутривенно;

- Подкожно;
- Внутримышечно;
- Внутривенно;
- Внутривенно-артериально;
- В полости;
- Внутривенно;
- В субарахноидальное пространство.

Энтеральное введение лекарственных средств.

Внутрь (энтерально, через ЖКТ) лекарство вводят:

- через рот;
- закладывая за щеку;
- под язык;
- через прямую кишку.

Пероральное введение лекарств

Введение лекарств через рот (per os) - наиболее частый способ, позволяющий вводить лекарства в самых различных формах и в нестерильном виде. При приеме внутрь лекарственный препарат всасывается преимущественно в тонкой

кишке, через систему воротной вены поступает в печень и затем в общий кровоток. В зависимости от состава препарата и его свойств терапевтическая концентрация лекарственного вещества при таком способе введения достигается в среднем через 30-90 мин после приёма.

Недостатки перорального способа введения лекарственных препаратов следующие:

1. Медленное поступление лекарства в системный кровоток (в зависимости от наполнения желудка, свойств пищи, всасываемости лекарства); всасывание через слизистую оболочку желудка происходит медленно, причём всасываются только жирорастворимые вещества, в основном же процесс всасывания происходит в кишечнике. Тем не менее, медленное поступление лекарственного вещества в кровоток не всегда является недостатком: так, существуют лекарственные формы, специально разработанные для длительного и равномерного поступления вещества в системный кровоток после однократного приёма внутрь.
2. Изменение лекарства вплоть до его полного разрушения под влиянием желудочного и кишечного соков, а также в результате взаимодействия с пищевыми веществами (адсорбция, растворение, химические реакции) и вследствие химических превращений в печени. Однако некоторые лекарственные вещества специально выпускаются в виде неактивной субстанции, которая становится действующим веществом только после соответствующей трансформации (метаболизма) в организме. Так, например, современный высокоэффективный антигипертензивный (гипотензивный) препарат ингибитор ангиотензин превращающего фермента (ингибитор АПФ) фозиноприл («Моноприл») фактически является пролекарством и, прежде чем оказать свое действие, он должен преобразоваться (метаболизироваться) в слизистой оболочке ЖКТ и частично в печени в свою активную форму - фозиноприлат.
3. Невозможность предусмотреть создающуюся концентрацию лекарства в крови и тканях из-за неопределённой скорости всасывания и количества всасываемого вещества. Особенно сильно изменяют скорость и полноту всасывания препаратов заболевания ЖКТ и печени.

Через рот вводят лекарства в форме порошков, таблеток, пилюль, драже, капсул, растворов, настоев и настоек, отваров, экстрактов, микстур (смесей).

- Таблетки, пилюли, драже, капсулы принимают, запивая водой.
- Порошок медсестра высыпает больному на корень языка и даёт запить водой. Для детей таблетки и пилюли разводят в воде и дают выпить взвесь.
- Растворы, настои, отвары и микстуру взрослые получают по столовой ложке (15 мл), дети - по чайной (5 мл) или десертной ложке (7,5 мл). Удобно для этой цели пользоваться градуированной мензуркой. Жидкие лекарства неприятного вкуса запивают водой.
- Спиртовые настойки и некоторые растворы (например, 0,1% раствор атропина) больные получают в виде капель. Нужное количество капель отсчитывают пипеткой или прямо из флакона, если он имеет специальное для этого приспособление - вмонтированную капельницу.

Перед приёмом капли разводят небольшим количеством воды и запивают водой. В 1 г воды содержится 20 капель, в 1 г спирта - 65 капель.

Введение лекарств через прямую кишку

Через прямую кишку (per rectum) вводят жидкие лекарства (отвары, растворы, слизи) с помощью грушевидного баллона (лекарственной клизмы) и свечей (суппозиторийев). При таком способе введения лекарственные вещества оказывают местное воздействие на слизистую оболочку прямой кишки и общее резорбтивное действие, всасываясь в кровь через нижние геморроидальные вены.

Преимущества введения лекарств через прямую кишку следующие:

1. Быстрое всасывание и большая точность дозирования.
2. Лекарство не подвергается воздействию пищеварительных ферментов (их в прямой кишке нет) и через нижние геморроидальные вены поступает непосредственно в нижнюю полую вену (т.е. в системный кровоток), минуя печень.
3. Ректальный способ обеспечивает возможность введения лекарственного средства:
 - больным, которые не могут принять его через рот из-за рвоты, непроходимости пищевода, нарушения глотания;
 - больным, находящимся в бессознательном состоянии;
 - детям, отказывающимся принимать лекарство;
 - психическим больным, отказывающимся принимать лекарство;
 - при возбуждении (бредовом состоянии), когда приём лекарств через рот невозможен, а впрыскивание трудновыполнимо и сопряжено с опасностью. В этих случаях введение успокаивающих средств при помощи лекарственной клизмы (например, раствора хлоралгидрата) даёт возможность успешно бороться с

возбуждением. Однако, отсутствие в прямой кишке ферментов препятствует всасыванию многих лекарств белковой, жировой и полисахаридной структуры, которые не могут пройти через кишечную стенку без участия ферментов, и применение их возможно только с целью местного воздействия. В нижнем отделе толстой кишки всасываются только вода, изотонический раствор натрия хлорида, раствор глюкозы и некоторые аминокислоты.

Свечи (суппозитории) применяют фабричные или (реже) изготавливают в аптеке на жировой основе, придают им форму удлинённого конуса и заворачивают в вощёную бумагу. Хранить суппозитории лучше в холодильнике. Перед введением заострённый конец свечи освобождают от

бумаги и вводят в прямую кишку таким образом, чтобы обёртка осталась в руке.

Алгоритм введения суппозиторий:

Оснащение: перчатки, суппозиторий.

I. Подготовка к процедуре:

1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве, технике введения суппозитория и его согласие. В случае не информированности пациента уточнить дальнейшую тактику у врача.
2. Взять упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитать название, отрезать от ленты одну свечу.
3. Отгородить пациента ширмой (если в палате присутствуют другие пациенты).
4. Помочь пациенту лечь на бок и согнуть ноги в коленях.
5. Надеть перчатки.
6. **В ы п о л н е н и е п р о ц е д у р ы:**
7. Вскрыть упаковку с суппозиторием (не извлекать суппозиторий из оболочки!).
8. Попросить пациента расслабиться, развести его ягодицы одной рукой, а другой— ввести суппозиторий в анальное отверстие (оболочка останется у вас в руке).
9. Предложить пациенту лечь в удобное для него положение.

III. Окончание процедуры:

9. Снять перчатки, вымыть руки.
10. Убрать ширму.
11. Сделать запись о выполненной процедуре и о реакции на нее пациента в

«Медицинской карте».

Введение лекарственных средств через прямую кишку возможно и с помощью грушевидного баллончика. Эта процедура называется «лечебная (лекарственная) клизма». Лекарственное средство, введенное в прямую кишку, может оказывать как местное, так и резорбтивное действие.

Постановка лечебной клизмы.

Оснащение: грушевидный баллон; газоотводная трубка; вазелин; шпатель; водный термометр; лекарственное средство; перчатки; емкость с горячей водой, клеенка; пеленка; туалетная бумага; непромокаемая емкость.

1. **П о д г о т о в к а к п р о ц е д у р е:**
2. Уточнить у пациента понимание хода предстоящей процедуры и его согласие на процедуру. В случае не информированности уточнить дальнейшую тактику у врача. Уточнить информированность о лекарственном препарате.
3. Отгородить пациента ширмой (если в палате присутствуют другие люди).
4. Сделать пациенту очистительную клизму за 20—30 мин до постановки лекарственной клизмы (техника изложена в главе 10).
5. Подогреть на водяной бане до температуры 37—38 °С лекарственный препарат.
6. Набрать его в грушевидный баллончик.
7. Надеть перчатки.
8. Подложить под таз пациента клеенку (впитывающую пеленку).
9. Помочь пациенту лечь на левый бок и прижать ноги к животу.
10. Смазать конец газоотводной трубки вазелином.
11. **II. В ы п о л н е н и е п р о ц е д у р ы:**
12. Раздвинуть ягодицы и ввести газоотводную трубку на глубину 10—12 см.
13. Присоединить к свободному концу газоотводной трубки грушевидный баллон.
14. Сжать медленно грушевидный баллон и ввести его содержимое в прямую

кишку.

13. Отсоединить баллон (он должен оставаться в «сжатом» состоянии).
14. Извлечь газоотводную трубку, вытереть туалетной бумагой область анального отверстия, убрать клеенку (пеленку). Сбросить ее в непромокаемую емкость.

III. О к о н ч а н и е п р о ц е д у р ы:

15. Снять перчатки. Сбросить их в непромокаемую емкость.
16. Вымыть руки.
17. Помочь пациенту лечь в удобное для него положение.
18. Убрать ширму.
19. Сделать запись о процедуре и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации.

Сублингвальное применение лекарств

При сублингвальном способе введения лекарство быстро всасывается, не разрушается пищеварительными ферментами и поступает в системный кровоток, минуя печень. Тем не менее, этим способом можно пользоваться только для введения лекарств, применяемых в небольших дозах (так принимают нитроглицерин, «Валидол» и др.).

Трансбуккальное введение лекарств

Трансбуккальные формы лекарственных препаратов применяют в виде пластинок и таблеток, наклеиваемых на слизистую оболочку верхней десны. Считают, например, что буккальные формы нитроглицерина (отечественный препарат «Тринитролонг») являются одними из наиболее перспективных лекарственных форм этого лекарственного средства. Пластинку «Тринитролонга» наклеивают на определённое место - слизистую оболочку верхней десны над клыком, малыми коренными зубами или резцами (справа или слева). Больному следует объяснить, что пластинку ни в коем случае нельзя разжёвывать или заглатывать, так как в этом случае в кровь через слизистую оболочку ротовой полости поступит чрезмерно большое количество нитроглицерина, что может быть опасным. Больному со стенокардией следует объяснить, что если ему потребуется увеличить поступление нитроглицерина в кровь в связи с необходимостью повышения физической нагрузки (ускорение шага и т.д.), достаточно 2-3 раза лизнуть кончиком языка пластинку с препаратом.

Общие правила применения лекарственных средств

Медицинская сестра без ведома врача не имеет права назначать или заменять одни лекарства на другие. В случае если лекарственный препарат выдан больному ошибочно или превышена его доза, медсестра обязана немедленно информировать об этом врача.

Существуют определённые **правила выдачи больным лекарственных препаратов:**

- прежде чем дать пациенту лекарство, необходимо тщательно вымыть руки, внимательно прочитать надпись на этикетке, проверить срок годности, назначенную дозу, затем проконтролировать приём пациентом лекарственного препарата (он должен принять лекарство в присутствии медсестры). Когда больной примет лекарство, следует отметить в истории болезни (листе назначений) дату и время, название лекарства, его дозу и способ введения;
- если лекарственный препарат назначен для приёма несколько раз в день, с целью поддержания постоянной концентрации его в крови следует соблюдать правильные временные интервалы. Например, если пациенту назначен 3 раза в сутки, необходимо обеспечить его введение каждые 8 ч.
- лекарственные препараты, назначенные для приёма натощак, нужно раздать утром за 30-60 мин до завтрака. Если врач рекомендовал принимать лекарство до еды, больной должен получить его за 15 мин до приёма пищи. Лекарство, назначенное во время еды, пациент принимает с пищей. Средство, назначенное после еды, больной должен выпить через 15-20 мин после приёма пищи. Снотворные лекарственные препараты выдают пациентам за 30 мин до сна. Ряд препаратов (например, таблетки нитроглицерина) должны постоянно находиться у больного на руках;
- хранить лекарства следует только в упаковке, отпущенной из аптеки.
- нельзя переливать растворы в другую посуду, перекладывать таблетки, порошки в другие пакеты, делать свои надписи на упаковке лекарств.

Медицинская сестра должна знать и уметь разъяснить больному изменение эффекта лекарственной терапии под влиянием различных факторов - таких, как соблюдение определённого режима, диеты, приём алкоголя и пр. Приём лекарственных средств в сочетании с алкоголем вызывает нежелательные побочные эффекты:

-алкоголь, принятый с клонидином, вызывает быструю потерю сознания, резкое падение АД и ретроградную амнезию (невозможность вспомнить события, предшествовавшие потере сознания);

- алкоголь в сочетании с нитроглицерином резко ухудшает состояние больных ИБС и может вызвать значительное снижение АД.

- алкоголь в больших дозах потенцирует, т.е. усиливает, действие непрямых антикоагулянтов (дикумарина и других кумариновых производных, в частности варфарина) и антиагрегантов (ацетилсалициловой кислоты, тиклопидина и др.). В результате могут возникнуть обильные кровотечения и кровоизлияния во внутренние органы, в том числе в мозг, с последующими параличами, потерей речи и даже летальным исходом;

- алкоголь при сахарном диабете усиливает гипогликемическое действие инсулина и пероральных противодиабетических средств, что чревато развитием тяжёлого коматозного состояния (гипогликемической комы).

Хранение лекарственных средств в отделении

Как удобнее распределить на посту медицинской сестры различные (иногда до 50 наименований) лекарственные средства? Где их хранить, учитывая, что одни разлагаются на свету, другие теряют свои свойства при комнатной температуре, третьи испаряются и т. п.?

Прежде всего, следует разделить лекарственные средства в зависимости от способа введения. Все стерильные растворы в ампулах и флаконах (на флаконах с препаратами, изготовленными в аптеке, должна быть голубая этикетка) хранят в процедурном кабинете в стеклянном шкафу. На одной из полок располагают антибиотики и их растворители, на другой (нижней) — флаконы для капельного вливания жидкостей вместительностью 200 и 500 мл, на остальных полках — коробки с ампулами, не входящими в список А (ядовитые) или Б (сильнодействующие), т. е. растворы витаминов, дибазола, папаверина, магния сульфата и др. В холодильнике при определенной температуре (от +2 до +10 °С) хранятся вакцины, сыворотки, инсулин, белковые препараты.

Лекарственные средства, входящие в список А и Б, хранят отдельно в

специальных шкафах (в сейфе). Допускается хранить лекарственные средства списка А (наркотические анальгетики, атропин и др.) и списка Б (аминазин и др.) в одном сейфе, но в разных, отдельно запирающихся отделениях. В сейфе хранят также остродефицитные и дорогостоящие средства. На отделении сейфа, где хранятся ядовитые лекарственные средства, с наружной стороны должна быть надпись «Venena» (А), а на внутренней стороне дверцы сейфа этого отделения - перечень лекарственных средств с указанием максимальных разовых и суточных доз. Отделение сейфа с сильнодействующими лекарственными средствами помечается надписью «Негоіса» (Б). Внутри отделения лекарственные средства распределяются по группам: «наружные», «внутренние», «глазные капли», «инъекционные» и т.д.

Срок хранения стерильных растворов, изготовленных в аптеке, - 3 дня. Если за это время они не реализованы, их следует вернуть старшей медсестре.

Лекарственные средства для наружного и внутреннего применения должны храниться на посту медицинской сестры в запирающемся шкафу на различных полках, соответственно промаркированных: «наружные», «внутренние», «глазные капли». На полке следует отдельно размещать твердые, жидкие и мягкие лекарственные формы. Лекарственные формы, изготовленные в аптеке для наружного употребления, имеют желтую этикетку, а для внутреннего применения - белую.

З а п о м н и т е! Сестринский персонал не имеет права:

- 1) менять форму лекарственных средств и их упаковку;
- 2) одинаковые лекарственные средства из разных упаковок объединять в одну;
- 3) заменять и исправлять надписи на этикетке с лекарственным средством;
- 4) хранить лекарственные средства без этикеток.

Лекарственные средства должны быть размещены таким образом, чтобы можно было быстро найти нужный препарат. Для этого, их систематизируют по назначению и помещают в отдельные емкости. Например, все упаковки с антибиотиками (ампициллин, оксациллин и др.) складывают в одну емкость и подписывают «Антибиотики»; средства, снижающие артериальное давление (клофелин, папазол и др.), помещают в другую емкость с надписью: «Гипотензивные средства» и т. д.

Лекарственные средства, разлагающиеся на свету, выпускают в темных флаконах и хранят в защищенном от света

месте.

Сильно пахнущие лекарственные средства хранят отдельно.

Скорпортящиеся лекарственные средства (настои, отвары, микстуры), а также мази размещают в холодильнике, предназначенном для хранения лекарственных препаратов. На разных полках холодильника температура колеблется от +2 (на верхней) до + 10 ° С (на нижней).

Срок хранения настоев и микстур в холодильнике — не более 3 дней. Признаками непригодности таких лекарственных средств являются помутнение, изменение цвета, появление неприятного запаха. Настойки, растворы, экстракты, приготовленные на спирту, со временем становятся более концентрированными вследствие испарения спирта, поэтому эти лекарственные формы следует хранить во флаконах с плотно притертыми пробками или хорошо завинчивающимися крышками. Непригодны к употреблению также порошки и таблетки, изменившие свой цвет.

З а п о м н и т е! Холодильник и шкаф с лекарственными средствами должны запираются на ключ. Ключи от сейфа с наркотическими препаратами

находятся у ответственного лица, определенного приказом главного врача ЛПУ.

В домашних условиях для хранения лекарственных средств должно быть выделено отдельное место, недоступное для детей и людей с нарушением познавательных способностей. Но в то же время лекарственные средства, которые человек принимает при болях в сердце, удушие должны быть ему доступны в любой момент.

Учет лекарственных средств в отделении

На посту медицинской сестры, и в процедурном кабинете, должен быть сейф для хранения лекарственных средств списков А и Б, а также остродефицитных и дорогостоящих средств, предназначенных для наружного и внутреннего применения. Передача содержимого и ключей от сейфа с наркотическими средствами регистрируется в специальном журнале.

Для учета расходования лекарственных средств, хранящихся в сейфе, заводят специальные журналы. Все листы в этих журналах следует пронумеровать, прошнуровать, а свободные концы шнура заклеить на последнем листе журнала бумажным листом, на котором указать количество страниц. На этом листе расписывается руководитель лечебного учреждения, затем ставят круглую печать ЛПУ.

Для учета каждого лекарственного средства из списка А и списка Б в журналах выделяют отдельный лист. Хранят эти журналы также в сейфе и заполняют по определенной форме. Учет расходования лекарственных средств списков А и Б, в т.ч. наркотических, ведет также старшая медицинская сестра отделения.

За нарушение правил учета и хранения лекарственных средств обоих списков (А и Б) медицинский персонал привлекается к уголовной ответственности. Что касается наркотических анальгетиков, помимо письменного, существует еще ряд особенностей их учета.

З а п о м н и т е!

Пероральный прием наркотических лекарственных средств осуществляется в присутствии врача и медицинской сестры и отмечается в «Медицинской карте».

Парентеральный способ введения лекарственных веществ:

Внутрикожно;

- Подкожно;
- Внутримышечно;

Парентерально (минуя пищеварительный тракт) лекарственные средства вводят инъекционным способом.

Инъекции

Эффективность лекарственной терапии, проводимой с помощью инъекций во многом зависит от правильной техники инъекции. Чтобы лекарственный препарат был введен на нужную глубину, следует правильно выбрать место инъекции, иглу и угол, под которым вводится игла.

Подкожная инъекция.

1. Подготовка к процедуре:
2. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве и его

согласие на инъекцию.

2. Набрать в шприц нужную дозу лекарственного средства.
3. Помочь пациенту занять нужное положение.
4. Выполнение процедуры:
5. Вымыть руки. Надеть перчатки.
6. Обработать место инъекции последовательно двумя ватными тампонами (салфетками), смоченными кожным антисептиком: вначале большую зону, затем — непосредственно место инъекции.
7. Взять кожу в месте инъекции в складку, как показано.
8. Ввести иглу под углом 45° в основание кожной складки на глубину 15 мм

(2/3 длины иглы); указательным пальцем придерживайте канюлю иглы.

8. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство. Не нужно переключать шприц из рук в руки.
9. Извлечь иглу, продолжая придерживать ее за канюлю; место укола прижать стерильной ватой, смоченной кожным антисептиком.

III. Окончание процедуры:

10. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты (салфетки) от кожи.
11. Спросить пациента о самочувствии.
12. Снять перчатки, вымыть руки.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ТРЕБОВАНИЕ В АПТЕКУ НА ЯДОВИТЫЕ ВЕЩЕСТВА ОФОРМЛЯЕТСЯ В ____ ЭКЗЕМПЛЯРАХ.:

- 1) одним;
- 2) двух;
- 3) трех;
- 4) пяти.;
- 5) шести;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-5

2. ПРОТИВОШОКОВАЯ АПТЕЧКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ.:

- 1) ежедневно.;
- 2) в исключительных случаях.;
- 3) только по назначению.;
- 4) раз в месяц.;
- 5) раз в год;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОПК-11

3. К СПИСКУ "Б" ОТНОСЯТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА.:

- 1) сильнодействующие.;
- 2) ядовитые.;
- 3) дорогостоящие.;
- 4) снотворные.;
- 5) рецептурные;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-5

4. ЗАПАС ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ОТДЕЛЕНИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

- 1) суточную потребность.;
- 2) недельную потребность.;
- 3) двух-трех дневную потребность.;
- 4) дневную потребность.;
- 5) месячную потребность;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-5

5. РАЗДАЧА ЛЕКАРСТВ БОЛЬНЫМ ПРОИЗВОДИТСЯ:

- 1) накануне вечером на следующий день;
- 2) утром на весь день;
- 3) непосредственно перед приемом;
- 4) на курс лечения.;
- 5) на всю неделю;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1

6. СРЕДСТВА, ВХОДЯЩИЕ В СПИСОК А ЭТО::

- 1) ядовитые;
- 2) антибиотики;
- 3) асептики;
- 4) наркотические;
- 5) анальгетики;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-5

7. СРОК ХРАНЕНИЯ СТЕРИЛЬНЫХ РАСТВОРОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ В АПТЕКЕ::

- 1) неделя;
- 2) месяц;
- 3) сутки;
- 4) 3 месяца;
- 5) 3 дня;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-5

8. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В АПТЕКЕ ПОЛУЧАЕТ::

- 1) палатная мед. сестра;
- 2) санитарка;
- 3) старшая мед. сестра;
- 4) медсестра процедурного кабинета;
- 5) врач;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-5

9. СПОСОБЫ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ::

- 1) наружный;
- 2) энтеральный;
- 3) ингаляционный;
- 4) парентеральный;
- 5) всё перечисленное верно;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ПК-1

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациенту К. лечащим врачом назначен глюконат кальция в таблетках по 1,0 гр х 3 раза в день. На посту у медсестры имеются в наличие таблетки по 0,5 гр.

Вопрос 1: Сколько таблеток необходимо дать пациенту на 1 приём, на сутки?;

Вопрос 2: Для чего необходимо соблюдать кратность приема?;

Вопрос 3: Где хранятся препараты для энтерального применения;

Вопрос 4: Как должна действовать медицинская сестра если пациент отказывается принимать лекарственный препарат?;

Вопрос 5: Что входит в обязанности мед.сестры при раздаче лекарственных препаратов?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

2. Медсестра, взяв из холодильника отвар, на дне флакона заметила осадок. Вопросы: 1. Что это значит? 2. Как должна поступить медсестра? 3. Где хранятся скоропортящиеся препараты? 4. Как необходимо поступить мед.сестре если срок действия препарата истек? 5. Кто отвечает за наличие лекарственных препаратов на посту?

Вопрос 1: Что это значит?;

Вопрос 2: Как должна поступить медсестра?;

Вопрос 3: Где хранятся скоропортящиеся препараты?;

Вопрос 4: Как необходимо поступить мед.сестре если срок действия препарата истек?;

Вопрос 5: Кто отвечает за наличие лекарственных препаратов на посту?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

3. В хирургическое отделение доставлен больной, у которого на второй день после подкожного введения 2 мл 20 %

масляного раствора камфоры появились боль и уплотнение в области введения. В дальнейшем боль усилилась, появилось покраснение в области введения.

Вопрос 1: Какая проблема у больного?;

Вопрос 2: Какая помощь должна быть оказана пациенту?;

Вопрос 3: О чем должна мед.сестра информировать пациента при назначении лекарственных средств?;

Вопрос 4: Алгоритм постановки подкожной инъекции;

Вопрос 5: Для чего необходимо строго соблюдать условия хранения лекарственных препаратов?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

4. Пациенту П. лечащим врачом назначен фестал в драже. Этого препарата нет в наличии, и медсестра решила его заменить на аналогичный препарат дигестал.

Вопрос 1: Мед.сестра поступила правильно или нет?;

Вопрос 2: Имеет ли право мед.сестра самостоятельно менять лекарственный препарат?;

Вопрос 3: Как надо поступить в данном случае?;

Вопрос 4: Преимущества приема препарата per os;

Вопрос 5: Недостатки приема препарата per os;

Компетенции: ПК-1, ПК-15

5. При введении масляного раствора подкожно у больного наблюдается внезапный приступ удушья, кашель, посинение верхней половины туловища. Вопрос 1: Что случилось с пациентом?; Вопрос 2: Что случилось с пациентом?; Вопрос 3: Что нужно уточнить у больного перед постановкой инъекции?; Вопрос 4: Что необходимо указывать в требовании при выписывании остродефицитных и дорогостоящих препаратов?; 1) Масло, введенное внутримышечно, попало в сосуд (вену) и с током крови попало в легочные сосуды (масляная эмболия); 2) Следует немедленно обратиться к врачу или вызвать реанимационную бригаду; 3) Нужно уточнить аллергоanamnez; 4) В требованиях на остродефицитные и дорогостоящие медикаменты указывают Ф.И.О. пациента, номер истории болезни, диагноз. Требования на ядовитые (например, на строфантин, атропин, прозерин и др.) и наркотические препараты (например, на промедол, омнопон, морфин и др.), а также на этиловый спирт выписываются на отдельных бланках. На этих требованиях ставится печать и подпись главного врача ЛПУ или его заместителя по лечебной части.;

Компетенции: ПК-1, ОПК-11

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России. (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 11. Парентеральное введение лекарственных веществ. Внутримышечные и внутривенные инъекции. (Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Качественный и добросовестный уход за пациентом, своевременное выявление изменений и осложнений течения заболевания, умение оказать необходимую помощь является одним из важнейших условий правильного и эффективного ухода и имеет непосредственное лечебное значение. Большое значение в работе среднего медицинского персонала уделяется вопросам введения лекарственных средств в организм пациента. Существенное значение при этом имеет парентеральный путь введения.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** правила применения медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи; правила хранения и использования предметов ухода за пациентами; правила дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий; инструкции по проведению дезинфекции предметов ухода, мед.изделий многократного применения, перечень медико-социальных факторов среды отражающихся на состоянии здоровья взрослого населения и подростков. принципы санитарно-просветительской работы по гигиеническим вопросам, **уметь** обрабатывать руки на гигиеническом уровне., определять последовательность действий при проведении внутримышечного, внутривенного введения лекарственных средств., оказать неотложную доврачебную помощь при болях в сердце, оказать неотложную доврачебную помощь при гипертоническом кризе., оказать доврачебную неотложную помощи при приступе бронхиальной астмы, **владеть** навыками общения в медицинском коллективе, оказать неотложную доврачебную помощи при обмороке

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** видеопроектор, маски одноразовые, мочеприёмник, натрия хлорид раствор для инъекций 0,9%, 10 фл по 5 мл, ноутбук, перчатки стерильные, резиновый пузырь, стерильные марлевые салфетки, уп. № 10, термометр электронный, фантом мужской промнжности

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Парентеральный способ введения лекарственных веществ:

Внутрикожно;

- Подкожно;
- Внутримышечно;

Парентерально (минуя пищеварительный тракт) лекарственные средства вводят инъекционным способом.

Инъекции

Эффективность лекарственной терапии, проводимой с помощью инъекций во многом зависит от правильной техники инъекции. Чтобы лекарственный препарат был введен на нужную глубину, следует правильно выбрать место инъекции, иглу и угол, под которым вводится игла.

Внутримышечная инъекция

Внутримышечная инъекция — наиболее частая, может быть выполнена в области плеча, бедра и ягодицы.

При этой инъекции в верхненаружный квадрант ягодицы следует помнить, что случайное попадание иглой в седалищный нерв может вызвать частичный или полный паралич конечности. Кроме того, рядом находится кость (крестец) и крупные сосуды. У пациентов с дряблыми мышцами это место локализуется с трудом.

Алгоритм постановки внутримышечной инъекции.

1. Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоanamnez, получить согласие на проведение процедуры.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Надеть маску
4. Надеть перчатки
5. Обработать перчатки антисептиком.
<i>Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом</i>
6. Проверить герметичность и срок стерильности упаковок с лотком и ватными шариками.

7. Вскрыть упаковку со стерильным пинцетом и выложить его на стол.
8. Выложить ватные шарики в стерильный лоток при помощи стерильного пинцета
9. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.
<i>Приготовить стерильный шприц.</i>
10. Проверить целостность упаковки шприца и срок годности.
11. Вскрыть упаковку со стерильным шприцем.
12. Собрать шприц в нутрии упаковки.
13. Положить шприц в стерильный лоток.
14. Утилизировать упаковку в отходы класса А.
<i>Подготовить лекарственный препарат.</i>
15. Сверить лекарственный препарат с листом врачебных назначений.
16. Проверить срок годности лекарственного средства.
17. Визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.
<i>Набрать лекарственный препарат в шприц.</i>
18. Обработать ампулу ватным шариком и вскрыть её.
19. Осторожно ввести иглу в ампулу, не касаясь её краёв.
20. Перевернуть ампулу, держа её на уровне глаз.
21. Набрать назначенную дозу лекарства в шприц.
22. Сменить иглу для инъекции.
23. Вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок.
24. Придать пациенту удобное положение (лежа на животе).
25. Пропальпировать место инъекции.
26. Обработать перчатки спиртосодержащим антисептиком.
27. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15x15 см) движением сверху вниз.
28. Обработать другим ватным шариком место инъекции.
29. Держа шприц в правой руке (срез иглы направлен вниз) под углом 90 градусов к поверхности кожи, ввести иглу одновременно в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы.
30. Ввести медленно лекарственное средство.
31. Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу.
32. Использованную иглу сбросить в контейнер для сбора колющих и режущих материалов.
33. Использованные шприцы, ватные шарики поместить в соответствующие ёмкости для дезинфекции.
34. Пустые ампулы утилизировать в ёмкости с маркировкой «отходы класса А».
35. Использованные лотки и пинцет поместить в соответствующие ёмкости для дезинфекции.
36. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции, имеющую специальную маркировку.
37. Снять маску и поместить ее в ёмкость для дезинфекции, имеющую специальную маркировку.
38. Провести гигиеническую обработку рук.

Постинъекционные осложнения

Инфильтрат — наиболее распространенное осложнение после подкожной и внутримышечной инъекций — рассматривается как внутрибольничная инфекция. Чаще всего инфильтрат возникает, если:

- а) инъекция выполнена тупой иглой;
- б) для внутримышечной инъекции не используется короткая игла, предназначенная для внутрискожных или подкожных инъекций.

Некоторые лекарственные средства при внутримышечном введении короткой иглой вызывают сильное химическое раздражение тканей, длительно всасываются, что в совокупности приводит к образованию инфильтратов.

Неточный выбор места инъекции, частые инъекции в одно и то же место,

нарушение правил асептики также являются причиной появления инфильтратов.

Инфильтрат характеризуется образованием уплотнения в месте инъекции, которое легко определяется при пальпации (ощупывании).

Абсцесс — гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости, заполненной гноем и отграниченной от окружающих тканей пиогенной мембраной.

Причины образования абсцесса те же, что и инфильтратов. При инфильтрате и абсцессе происходит инфицирование мягких тканей в результате нарушения правил асептики. Эти осложнения относятся к группе внутрибольничных инфекций.

Поломка иглы во время инъекции возможна при использовании старых изношенных игл, а также при резком сокращении мышц ягодичцы во время внутримышечной инъекции, если с пациентом не проведена перед инъекцией психопрофилактическая беседа или инъекция сделана больному в положении стоя.

Медикаментозная эмболия (греч. Embolia — вбрасывание) может произойти при инъекциях масляных растворов подкожно или внутримышечно (внутривенно масляные растворы не вводят!) и попадании иглы в сосуд. Масло, оказавшись в артерии, закупорит ее и это приведет к нарушению питания окружающих тканей, их некрозу.

Признаки некроза: усиливающиеся боли в области инъекции, отек, покраснение или красно-синюшное окрашивание кожи, повышение местной и общей температуры.

Если масло окажется в вене, то с током крови оно попадет в легочные сосуды.

Симптомы эмболии легочных сосудов: внезапный приступ удушья, кашель, посинение верхней половины туловища (цианоз), чувство стеснения в груди.

Воздушная эмболия при внутривенных инъекциях и вливаниях является таким же грозным осложнением, как и масляная. Признаки воздушной эмболии те же, что и масляной, но появляются они очень быстро (в течение минуты), так как локтевая вена крупная и анатомически расположена близко от легочных сосудов.

Ошибочное введение лекарственного препарата также следует рассматривать как осложнение инъекции. В подобных случаях следует немедленно ввести в место инъекции и вокруг него 0,9 % раствор натрия хлорида, всего 50—80 мл. Это снизит концентрацию введенного ошибочно препарата и уменьшит его раздражающее действие на ткани. С этой целью на место инъекции можно положить пузырь со льдом.

Вводить антагонист ошибочно введенного лекарственного средства можно только по назначению врача.

Если препарат введен (ошибочно) подкожно, то прежде чем вводить изотонический раствор натрия хлорида, следует наложить жгут выше места инъекции (при этом замедляется всасывание лекарственного средства).

Повреждение нервных стволов может произойти при внутримышечных и внутривенных инъекциях, либо механически (при неправильном выборе места инъекции), либо химически, когда депо лекарственного средства оказывается рядом с нервом (при внутривенной инъекции часть лекарственного средства может оказаться под кожей), а также при закупорке сосуда, питающего нерв. Тяжесть осложнения может быть различна — от неврита (воспаления нерва) до паралича (выпадение функции) конечности.

Тромбофлебит — воспаление вены с образованием в ней тромба — наблюдается при частых венепункциях одной и той же вены, или при использовании недостаточно острых игл. Признаками тромбофлебита являются боль, гиперемия кожи и образование инфильтрата по ходу вены. Температура тела может быть субфебрильной.

Некроз (омертвление) тканей может развиться при неудачной венепункции и ошибочном введении под кожу значительного количества раздражающего средства. Попадание лекарственного средства под кожу при венепункции возможно вследствие:

- прокалывания вены «насквозь»;
- непопадания в вену изначально.

Чаще всего это случается при неумелом внутривенном введении 10-процентного раствора кальция хлорида. Если раствор все-таки попал под кожу, следует действовать так же, как и при ошибочном введении лекарственного средства, только пузырь со льдом в данном случае не накладывают, так как 10-процентный раствор кальция хлорида опасен только местным раздражающим действием, а не резорбтивным.

Гематома (кровозлияние под кожу) также может возникнуть во время неумелой венепункции: под кожей при этом появляется багровое пятно, так как игла проколола обе стенки вены и кровь проникла в ткань. В этом случае пункцию данной вены следует прекратить и прижать ее на несколько минут ватой (салфеткой) со спиртом. Назначенную пациенту внутривенную инъекцию в этом случае делают в другую вену, а на область гематомы кладут местный согревающий (полуспиртовой) компресс.

Сепсис (генерализованная форма инфекции) может возникнуть при грубейших нарушениях правил асептики во время внутривенной инъекции или вливании, а также при использовании нестерильных растворов. Сепсис также относится к группе ВБИ.

К отдаленным осложнениям, которые возникают через 2—4 мес. после инъекции, можно отнести вирусный гепатит В, Д, и А, и В (сывороточный гепатит), С, Д — инфекционное заболевание, инкубационный период которого длится 2-6 месяцев, а также ВИЧ-инфекция, при которой инкубационный период составляет от 6-12 нед. до нескольких месяцев. Эти осложнения являются ВБИ.

Аллергические реакции на введение того или иного лекарственного средства путем инъекции могут протекать в виде крапивницы, острого насморка, острого конъюнктивита, отека Квинке. Самая грозная форма аллергической реакции анафилактический шок.

При введении некоторых препаратов внутривенно наблюдают местную аллергическую реакцию. О развитии у пациента аллергической реакции надо немедленно сообщить врачу и приступить к оказанию экстренной помощи.

Анафилактический шок развивается в течение нескольких секунд или минут с момента введения лекарственного препарата. Чем быстрее развивается шок, тем хуже прогноз. Молниеносное течение шока заканчивается летально. Чаще всего анафилактический шок характеризуется следующей последовательностью признаков:

- общее покраснение кожи, сыпь, приступы кашля, выраженное беспокойство, нарушение ритма дыхания, снижение артериального давления, аритмия сердцебиения.

Симптомы могут появляться в различных сочетаниях. Смерть обычно наступает от острой дыхательной недостаточности вследствие бронхоспазма и отека легких, острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Выполнение внутривенной капельной инфузии

№	Последовательность действий	Обоснование
1.	Удобно уложить пациента.	Профилактика постинъекционных осложнений.
2.	Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.	Обеспечение максимального разгибания руки.
3.	Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.	Способствует лучшему кровенаполнению и контурированию вены.
4.	Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента, выбрать наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.	Выбор места венеппункции.
5.	Надеть очки. Обработать перчатки спиртосодержащим антисептиком.	Обеспечение инфекционной безопасности.
6.	Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15*15см) движением снизу вверх.	Обеспечение инфекционной безопасности.
7.	Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).	Обеспечение инфекционной безопасности.
8.	Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венеппункции на 2-3 см	Зафиксировать вену.
9.	Держа иглу в правой руке (срез иглы направлен вверх), осторожно ввести иглу на 1/3 длины сбоку вены, параллельно ей. Проколоть осторожно стенку вены, пока не появится ощущение пустоты.	Соблюдение техники венеппункции.
10.	Убедиться, что игла в вене.	Появление крови в системе свидетельствует о правильном положении иглы.
11.	Ослабить жгут, открыть зажим капельницы, убедиться, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу.	Обеспечение правильного введения

12.	Закрепить систему лентой лейкопластыря. Отрегулировать скорость поступления лекарственного средства.	средства
13.	В течение инфузии следить за самочувствием пациента.	Профилактика развития постинъекционного осложнения - развитие аллергических реакций.
14.	После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции приложить ватный шарик и извлечь иглу. Помочь пациенту согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут.	Профилактика развития постинъекционного осложнения - гематома.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ТРЕБОВАНИЕ В АПТЕКУ НА ЯДОВИТЫЕ ВЕЩЕСТВА ОФОРМЛЯЕТСЯ В ___ЭКЗЕМПЛЯРАХ::

- 1) одном;
- 2) двух;
- 3) трех;
- 4) пяти;
- 5) шести;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

2. СТЕРИЛЬНЫЕ РАСТВОРЫ ИЗ АПТЕКИ ДОСТАВЛЯЮТСЯ В::

- 1) сумке для медикаментов;
- 2) сумке-термосе;
- 3) коробках;
- 4) не имеет значения;
- 5) обыкновенном пакете;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

3. ПРОТИВОШОКОВАЯ АПТЕЧКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ::

- 1) ежедневно;
- 2) в исключительных случаях;
- 3) только по назначению;
- 4) раз в месяц;
- 5) раз в год;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

4. МЕСТОМ ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ягодичная мышца;
- 2) подлопаточная область;
- 3) внутренняя поверхность предплечья;
- 4) передняя брюшная стенка;
- 5) область лица;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

5. ЗАПАС ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ОТДЕЛЕНИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ::

- 1) суточную потребность;
- 2) недельную потребность;
- 3) двух-трех дневную потребность;
- 4) дневную потребность;
- 5) месячную потребность;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

6. СРЕДСТВА, ВХОДЯЩИЕ В СПИСОК А ЭТО::

- 1) ядовитые;
- 2) антибиотики;
- 3) асептики;

- 4) наркотические;
- 5) анальгетики;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

7. НА ВСЕХ ФЛАКОНАХ СТЕРИЛЬНЫХ РАСТВОРОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ В АПТЕКЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ _____ ЭТИКЕТКИ.:

- 1) синие;
- 2) зелёные;
- 3) красные;
- 4) голубые;
- 5) жёлтые;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

8. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В АПТЕКЕ ПОЛУЧАЕТ.:

- 1) палатная мед.сестра;
- 2) санитарка;
- 3) старшая мед.сестра;
- 4) медсестра процедурного кабинета;
- 5) врач;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. После постановки внутримышечной инъекции, медсестра, одевая колпачок на иглу, уколола палец.

Вопрос 1: Оцените действия медсестры;

Вопрос 2: Алгоритм дальнейших действий медсестры?;

Вопрос 3: Где нужно зафиксировать этот случай?;

Вопрос 4: Где хранятся лекарственные препараты для парентерального введения?;

Вопрос 5: Где хранятся препараты списка А, дорогостоящие и остродефицитные препараты?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

2. Пациенту А., врач назначил внутримышечные инъекции курсом №10. Медсестра сказала об этом больному, который стал интересоваться можно ли делать инъекции самому.

Вопрос 1: Можно ли делать внутримышечные инъекции самостоятельно?;

Вопрос 2: Алгоритм постановки внутримышечной инъекции;

Вопрос 3: Почему нельзя делать инъекцию в остальные части ягодичной области?;

Вопрос 4: В какие места можно ставить внутримышечные инъекции, кроме ягодичной мышцы?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

3. При введении масляного раствора внутримышечно у больного наблюдается внезапный приступ удушья, кашель, посинение верхней половины туловища.

Вопрос 1: Что случилось с пациентом?;

Вопрос 2: Алгоритм неотложной доврачебной помощи;

Вопрос 3: Что нужно уточнить у больного перед постановкой инъекции?;

Вопрос 4: Что необходимо указывать в требовании при выписывании остродефицитных и дорогостоящих препаратов?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

4. В процедурный кабинет заводской поликлиники обратилась работница завода. Жалуетесь на боли в правой ягодичной области после в/м инъекции раствора сульфата магния. Больная прощупала уплотнение, резко болезненное и горячее на ощупь. Температура тела последние два дня 38 - 38,5 С°, беспокоит озноб. При осмотре общее состояние больной ближе к удовлетворительному, АД-120/90 мм рт.ст., пульс 22 в мин., ритмичный, температура тела - 38,3 С°, в верхненаружном квадранте правой ягодичной области припухлость и гиперемия, размер участка гиперемии 8x8 см, пальпацией определяется резко болезненное уплотнение, в центре - флюктуация.

Вопрос 1: Сформулируйте предположительный диагноз;

Вопрос 2: Каковы причины данного заболевания?;

Вопрос 3: Профилактика данного состояния;

Вопрос 4: Алгоритм оказания неотложной помощи;

Вопрос 5: Кому подает медицинская сестра процедурного кабинета сведения о недостающих лекарственных препаратах?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

5. При проведении внутривенно-капельной инфузии под кожей больного образовалось багровое пятно. Вопрос 1: Что случилось?; Вопрос 2: Как проверить, находится ли игла в вене?; Вопрос 3: Что следует предпринять? Алгоритм

дальнейшего действия медсестры; Вопрос 4: Можно ли наложить наложить полуспиртовый согревающий компресс?;

1) Медсестра проколола обе стенки вены, и кровь попала в ткани. Под кожу попало сильнораздражающее средство;

2) Нужно потянуть поршень на себя и увидеть в шприце кровь;

3) Введение лекарственного средства прекратить, не извлекая иглы попытаться отсосать введенный мимо вены раствор шприцем, отсоединить шприц с лекарством от иглы, быстро в другой шприц набрать 10,0 мл изотонического раствора или 0,5% раствора новокаина соединить его с иглой и ввести в место инъекции 2 мл, и крестиком обколоть по 2,0 мл п/к, чтобы снизить концентрацию введенного вещества. в другой шприц набрать 10,0 мл изотонического раствора или 0,5% раствора новокаина соединить его с иглой и ввести в место инъекции 2 мл, и крестиком обколоть по 2,0 мл п/к, чтобы снизить концентрацию введенного вещества, прижать ватным шариком, смоченным спиртом на 5-7 минут.;

4) Да, через 1,5 - 2 часа наложить полуспиртовый согревающий компресс.;

Вопрос 1: Что случилось?;

Вопрос 2: Как проверить, находится ли игла в вене?;

Вопрос 3: Что следует предпринять? Алгоритм дальнейшего действия медсестры;;

Вопрос 4: Можно ли наложить наложить полуспиртовый согревающий компресс?;

Компетенции: ПК-1, ОПК-11

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России. (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 12. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания (Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10, ОПК-11)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, исследовательский

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): актуальность данной темы характеризуется ростом числа заболеваний дыхательной системы на современном этапе, большую роль в лечебном процессе играет качественный уход за больными. Своевременное выполнение сестринских манипуляций ведёт к более быстрому выздоровлению пациентов.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода, основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, основы формирования навыков здорового образа жизни, устранения вредных привычек; санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов; порядок проведения санитарной обработки пациента; **уметь** оказать доврачебную неотложную помощь при приступе бронхиальной астмы, приготовить реферативное сообщение (мультимедийную презентацию по заданной теме), **владеть** определением частоты дыхательных движений, навыками ингаляторного введения лекарственных средств

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** видеопроектор, лотки: прямоугольный, почкообразный., ноутбук

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Патологические симптомы при заболеваниях органов дыхания, наблюдение и уход за больными.

Одышка (диспноэ).

Одышкой называется расстройство частоты, ритма и глубины дыхания, сопровождающееся тягостным ощущением нехватки воздуха. Одышка может быть легочного, сердечного, гематогенного и неврогенного происхождения. В зависимости от преобладания того или иного признака различают следующие виды одышки:

а) по частоте:

— тахипноэ, или учащенное дыхание (свыше 20 дыхательных движений в минуту);

— брадипноэ, или урежение дыхания (менее 16 дыхательных движений в минуту);

б) по фазе дыхания:

— инспираторная (затруднен вдох);

— экспираторная (затруднен выдох);

— смешанная;

в) по нарушению ритма дыхательных движений:

— дыхание Чейна—Стокса — после продолжительной дыхательной паузы сначала появляется поверхностное дыхание, которое постепенно нарастает по глубине, становится очень шумным, затем постепенно убывает и заканчивается очередной кратковременной паузой, во время которой больной может быть дезориентирован, либо потерять сознание;

— дыхание Биота — ритмичные глубокие дыхательные движения чередуются примерно через равные промежутки времени с продолжительными дыхательными паузами;

— дыхание Куссмауля — глубокое редкое дыхание, сопровождающееся громким шумом, встречается при глубокой коме.

Измерение ЧДД

Последовательность выполнения:

1. Создать доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту необходимость подсчета пульса, получить согласие.
3. Взять руку пациента, как для исследования пульса.

4. Положить свою и пациента руки на грудную клетку (при грудном типе дыхания) или эпигастральную область (при брюшном типе дыхания) пациента, имитируя исследование пульса.
5. Подсчитать число вдохов за минуту, пользуясь секундомером.
6. Оценить частоту, глубину, ритм и тип дыхательных движений.
7. Объяснить пациенту, что ему сосчитали частоту дыхательных движений.
8. Вымыть и осушить руки.
9. Провести регистрацию данных в температурном листе.

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

Удушье (астма).

Астма — это приступ одышки легочного (вследствие спазма бронхов) или сердечного (вследствие застоя крови в малом круге кровообращения) происхождения. В зависимости от этого происхождения астму называют бронхиальной или сердечной.

При появлении у больного одышки или удушья медсестра должна немедленно сообщить врачу свои наблюдения за характером одышки, частотой дыхания, а также принять меры для облегчения состояния больного:

- придать больному возвышенное (полусидя) положение;
- освободить от стесняющей одежды и тяжелых одеял;
- увеличить приток свежего воздуха в помещение;
- при наличии соответствующего назначения врача дать больному карманный ингалятор и объяснить, как им пользоваться;
- при необходимости провести кислородотерапию.

Под *кислородотерапией* понимают применение кислорода в лечебных целях.

Показания: острая или хроническая дыхательная недостаточность, сопровождающаяся цианозом (синюшностью), тахикардией (сердцебиением), снижением парциального давления кислорода в тканях.

Для лечения используют газовую смесь, содержащую 50—60% (до 80%) кислорода (чистый кислород может оказать токсическое действие на организм человека). При отравлении угарным газом применяют карбоген (газовая смесь, содержащая 95% кислорода и 5% углекислого газа), при отеке легких — смесь из 50% кислорода и 50% спирта (этиловый спирт является пеногасителем).

Существуют следующие способы подачи кислорода:

- 1) *кислородная подушка* — чаще применяется в домашних условиях, больной вдыхает кислород через трубку или мундштук;
- 2) *через носовые катетеры* — применяется в медицинских учреждениях с использованием баллонов со сжатым кислородом или централизованной подачей кислорода в палаты, при этом катетеры вводят в носовые ходы на глубину, равную расстоянию от крыльев носа до мочки уха;
- 3) *через маску* — при накладывании на лицо маска покрывает рот и нос, она имеет вдыхательный и выдыхательный каналы. Тубус вдыхательного канала соединен с дыхательным мешком из тонкой резины, в котором во время выдоха накапливается кислород, а при вдохе он активно засасывается легкими.

Следует помнить, что кислород должен быть увлажнен (пропусканием через воду в аппарате Боброва);

- *гипербарическая оксигенация* — лечение кислородом при повышенном давлении в специальных барокамерах.

Пользование карманным ингалятором.

Цель: введение в организм лекарственного вещества в форме аэрозоля (осуществляется больным).

Оснащение: баллончик с аэрозолем.

1. Снять с баллончика колпачок и повернуть его вверх дном.
2. Встряхнуть баллончик.
3. Сделать глубокий выдох.

4. Обхватив губами мундштук, сделать глубокий вдох, одновременно нажимая на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля.
5. Задержать на несколько секунд дыхание, после чего вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох.
6. Если глубокий вдох сделать не удастся, то первую дозу аэрозоля можно распылить в полости рта.
7. Количество доз аэрозоля определяется врачом

Кашель — это сложный рефлекторный акт, обусловленный раздражением рецепторов дыхательных путей и плевры и направленный на выведение из дыхательных путей инородных тел, слизи, мокроты, крови при различных заболеваниях легких и верхних дыхательных путей.

По характеру кашель может быть сухим (без отхождения мокроты) и влажным (с отделением мокроты).

Уход за больным с сухим кашлем предполагает лечение основного заболевания, использование отхаркивающих препаратов, рекомендуется также обильное теплое щелочное питье. При наличии мокроты медсестра должна следить за чистотой и своевременностью опорожнения карманных плевательниц, ежедневно дезинфицировать их раствором хлорамина, осветленным раствором хлорной извести. Необходимо следить, чтобы больной регулярно принимал *дренажное* положение (то положение, при котором мокрота отходит лучше всего) по нескольку раз в день на 30 минут.

Мокрота представляет собой патологический секрет легких и дыхательных путей, отделяющийся при кашле. Определение количества и свойств мокроты имеет большое диагностическое значение. По характеру мокрота бывает слизистая, серозная, гнойная, геморрагическая, смешанная. Суточное ее количество может колебаться от 10—15 мл при хроническом бронхите до 1 л и более при прорыве абсцесса (гнойника) легкого в бронх, гангрене легкого или при бронхоэктатической болезни.

С целью профилактики заражения окружающих медицинская сестра должна научить больного правильно обращаться с мокротой: стараться не кашлять в непосредственной близости от здоровых людей, прикрывать рот рукой или платком при кашле; не сплевывать мокроту на пол, т.к., высыхая, она может превратиться в частицы пыли и заразить других; собирать мокроту в специальную плевательницу с плотной крышкой, на дно которой налито небольшое количество 0,5% р-ра хлорамина. Плевательницы ежедневно опорожняют, предварительно отметив количество мокроты за день в температурном листе. Мокроту больных туберкулезом сжигают, либо сливают в канализацию после предварительного обеззараживания путем добавления сухой хлорной извести из расчета 20 г на 1 л мокроты на 2 часа.

Сбор мокроты на общий анализ.

Цель: макро- и микроскопическое исследование мокроты.

Оснащение: чистая сухая плевательница или баночка с крышкой.

1. На исследование направляют свежую утреннюю мокроту, наиболее богатую микрофлорой.
2. Накануне медсестра предупреждает больного о времени и технике сдачи анализа, выдает ему чистую, сухую маркированную плевательницу.
3. Утром больной чистит зубы и хорошо прополаскивает рот.
4. Отхаркивает мокроту (достаточно 5 мл), не касаясь краев плевательницы.
5. Плотно закрывает плевательницу крышкой и ставит ее в прохладное место.
6. Медсестра оформляет направление и доставляет мокроту в лабораторию.

Сбор мокроты на микробиологическое исследование.

Цель: исследование микрофлоры легких и определение ее чувствительности к антибиотикам.

Оснащение: стерильная чашка Петри с питательной средой (кровяной агар, сахарный бульон).

1. Больной чистит зубы.
2. Медсестра заранее оформляет направление в лабораторию.
3. Перед процедурой она надевает дополнительный халат, маску, шапочку, очки (особенно при подозрении или установленном диагнозе ВИЧ-инфекции).
4. Пациент делает 5—6 кашлевых толчков в направлении поднесенной к нему на расстояние 5—10 см чашки Петри с питательной средой, расположенной вертикально.
5. Медсестра закрывает чашку Петри крышкой и обеспечивает быструю доставку ее в лабораторию.

Сбор мокроты на микобактерии туберкулеза.

Цель: диагностика туберкулеза легких. Применяется метод флотации (накопления).

Оснащение: чистая сухая плевательница или баночка с крышкой.

1. Больной собирает мокроту в течение 3 суток в одну емкость.
2. Емкость (плевательница) хранится в прохладном месте.
3. По истечении 3 суток медсестра доставляет плевательницу в лабораторию.
4. После исследования мокроту сжигают в муфельных печах.

Кровохарканье — это выделение мокроты с примесью крови, перемешанной равномерно (например, мокрота в виде «малинового желе» при раке легкого) или отдельными прожилками. При крупозной пневмонии мокрота может быть «ржавой».

Выделение через дыхательные пути значительного количества крови (с кашлем или непрерывной струей) носит название *легочного кровотечения*. Необходимо дифференцировать его с *желудочным кровотечением*. При легочном кровотечении кровь имеет алый цвет, пенистая, не свертывается, имеет щелочную реакцию, выделяется при кашле, в то время как при желудочном кровотечении кровь, как правило, темная, по типу «кофейной гущи» вследствие взаимодействия с кислым желудочным соком и образования солянокислого гематина, кислой реакции, смешана с пищей, выделяется при рвоте.

Кровохарканье и легочное кровотечение являются очень серьезными симптомами, требующими срочного врачебного вмешательства (диагностическая рентгеноскопия, томография, бронхоскопия и т.д.).

Уход за больным предполагает обеспечение полного покоя, придание положения полусидя с наклоном в пораженную сторону во избежание попадания крови в здоровое легкое. На больную половину грудной клетки кладут пузырь со льдом. Лед также дают проглатывать, что приводит к рефлекторному спазму сосудов и уменьшению кровенаполнения легких. При сильном кашле, усиливающем кровотечение, назначают противокашлевые средства. Пища дается только в холодном полужидком виде.

Противопоказаны банки, горчичники, грелки, компрессы на грудную клетку.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ЧИСЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ::

- 1) 10— 15 в одну минуту;
- 2) 16—20 в одну минуту;
- 3) 18—22 в одну минуту;
- 4) 20—30 в одну минуту;
- 5) 30—35 в одну минуту;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-15

2. ГРУДНОЙ ТИП ДЫХАНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ::

- 1) Мужчин;
- 2) Женщин;
- 3) Детей;
- 4) Пожилых людей;
- 5) Астеников;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-15

3. ГЛУБОКОЕ, РИТМИЧНОЕ, РЕДКОЕ ДЫХАНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕ-ЕСЯ ГРОМКИМ ШУМОМ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) Дыхание Биота;
- 2) Дыхание Куссмауля;
- 3) Дыхание Чейна—Стокса;
- 4) Дыхание Грокко;
- 5) Стридорозное дыхание;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-5

4. ДЛЯ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) Выделения значительного количества крови щелочной реакции;
- 2) Выделения пенистой крови;
- 3) Выделения алой крови;
- 4) Выделения крови при кашле;

5) Выделения крови кислой реакции;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ПК-1

5. ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ПОКАЗАНЫ ВСЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ:

- 1) Обеспечения полного покоя больному;
- 2) Придания положения полусидя с наклоном в больную сторону;
- 3) Прикладывания грелки к больной стороне грудной клетки;
- 4) Прикладывания пузыря со льдом к больной стороне грудной клетки;
- 5) Введения кровоостанавливающих препаратов;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОПК-10

6. НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ НАПРАВЛЯЕТСЯ.:

- 1) Суточная мокрота;
- 2) Собранная в течение 3 суток методом флотации мокрота;
- 3) Свежая утренняя мокрота, собранная в чистую плевательницу;
- 4) Свежая утренняя мокрота, собранная в чашку Петри с питательной средой;
- 5) Вечерняя мокрота;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1

7. НА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАПРАВЛЯЕТСЯ:

- 1) Суточная мокрота;
- 2) Собранная в течение 3 суток методом флотации мокрота;
- 3) Свежая утренняя мокрота, собранная в чистую плевательницу;
- 4) Свежая утренняя мокрота, собранная в чашку Петри с питательной средой;
- 5) Вечерняя мокрота;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1

8. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ.:

- 1) Кашель с мокротой;
- 2) Головная боль;
- 3) Недомогание;
- 4) Слабость;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-10

9. ДРЕНАЖНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПРИДАЕТСЯ ПАЦИЕНТУ ДЛЯ.:

- 1) Облегчения оттока мокроты;
- 2) Расширение бронхов;
- 3) Уменьшение одышки;
- 4) Снижение лихорадки;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-10

10. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ.:

- 1) пузырь со льдом на грудную клетку;
- 2) банки на грудную клетку;
- 3) горчичники на грудную клетку;
- 4) горячее питье;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-10

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больной К. 40 лет находится на стационарном лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом: Внебольничная пневмония. Отмечает жалобы на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при малейшей физической нагрузке, иногда в покое, боль в грудной клетке. Об-но: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$, ЧДД 24 в мин., АД 110/80 мм.рт. ст., ЧСС 90 в мин.

Вопрос 1: В чем заключается уход за данным пациентом?;

Вопрос 2: Какие рентгенологические методы исследования назначаются при воспалении лёгких?;

Вопрос 3: Какая медицинская сестра осуществляет забор крови из вены на биохимический анализ и в каком кабинете?;

Вопрос 4: Какую диету необходимо назначить данному больному?;

Вопрос 5: Перечислите известные Вам анализы мокроты.;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

2. Больной А. 47 лет находится на стационарном лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом: Бронхиальная астма. Предъявляет жалобы на внезапно начавшийся приступ экспираторной одышки, кашель с трудно отделяемой вязкой стекловидной мокротой. Об-но: состояние средней степени тяжести, положение вынужденное, кожные покровы бледные, температура тела 36,6° С, ЧДД 24 в мин., АД 130/80 мм. рт. ст., ЧСС 100 в мин., сухие свистящие хрипы на выдохе слышны на расстоянии.

Вопрос 1: Какое состояние развилось у больного?;

Вопрос 2: Назовите основные принципы ухода за данным больным.;

Вопрос 3: В чём заключаются правила пользования карманным ингалятором?;

Вопрос 4: Какую диету необходимо назначить данному больному?;

Вопрос 5: Назовите норму ЧДД (частоты дыхательных движений);

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

3. Больной 55 лет, находится в терапевтическом отделении с DS: Внебольничная пневмония. К вечеру пожаловался на нарушение общего состояния, повышение температуры тела до 41,3о С. После осмотра врачом был назначен жаропонижающий препарат, который медсестра ввела внутримышечно. Через 20 мин t снизилась до 36,7 о С. Но, не смотря на это, состояние больного ухудшилось: появилась резкая слабость, нитевидный пульс, холодный липкий пот, стали холодными конечности.

Вопрос 1: В каком периоде лихорадки находится больной?;

Вопрос 2: Чем опасно данное состояние?;

Вопрос 3: Какой уход необходим данному больному?;

Вопрос 4: Какую диету необходимо назначить данному больному?;

Вопрос 5: Можно ли ожидать коллапс у данного пациента?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

4. У больного с патологией дыхательной системой возникает боль в грудной клетке, усиливающаяся при глубоком вдохе и при кашле. Вопросы: 1. Что могло послужить причиной возникновения боли? 2. Какие меры должна предпринять медицинская сестра? 3. Нужно ли контролировать температуру тела у данного пациента? 4. В какую медицинскую документацию фиксируется температура тела? 5. Можно ли в данный момент с целью уменьшения болей поставить горчичники?

Вопрос 1: Что могло послужить причиной возникновения боли?;

Вопрос 2: Какие меры должна предпринять медицинская сестра?;

Вопрос 3: Нужно ли контролировать температуру тела у данного пациента?;

Вопрос 4: В какую медицинскую документацию фиксируется температура тела?;

Вопрос 5: Можно ли в данный момент с целью уменьшения болей поставить горчичники?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России. (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 13. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения (круглый стол) (Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10, ОПК-11, ПК-20)

2. Разновидность занятия: дискуссия

3. Методы обучения: репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): актуальность данной темы характеризуется ростом числа заболеваний сердечно-сосудистой системы на современном этапе, большую роль в лечебном процессе играет качественный уход за больными. Своевременное выполнение сестринских манипуляций ведёт к более быстрому выздоровлению пациентов.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода, основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, основы формирования навыков здорового образа жизни, устранения вредных привычек; санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов; порядок проведения санитарной обработки пациента; перечень медико-социальных факторов среды отражающихся на состоянии здоровья взрослого населения и подростков. принципы санитарно-просветительской работы по гигиеническим вопросам, **уметь** оформлять направления на различные виды лабораторных исследований, обрабатывать руки на гигиеническом уровне., оформлять показатели температуры, АД, пульса в температурном листе., подготовить больного к эндоскопическим, рентгенологическим, ультразвуковым исследованиям., оказать неотложную доврачебную помощь при болях в сердце, оказать неотложную доврачебную помощь при гипертоническом кризе., приготовить реферативное сообщение (мультимедийную презентацию по заданной теме), **владеть** навыками общения в медицинском коллективе, измерением пульса на лучевой артерии, измерением АД на лучевой артерии, раздачей таблетированных лекарственных препаратов для энтерального применения., оказать неотложную доврачебную помощи при обмороке

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** видеопроектор, ноутбук, тонометр механический Id 71

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Практическое занятие проводится в виде дискуссионного круглого стола.

На обсуждение выносится следующая проблема: "❌ Особенности организации сестринского ухода за больными с патологией сердечно-сосудистой системы"

Организуется круглый стол, все участвующие высказывают свое мнение и представление о данной проблеме, обосновывают свою точку зрения. Предварительно, преподавателем формируются основные вопросы для изучения данной проблемы.

Цель занятия: выработка у учащихся формировать мысли, аргументированно высказывать свои убеждения, обосновывать предполагаемые решения. При этом происходит закрепление информации и самостоятельной работы с дополнительным материалом.

Вопросы для обсуждения:

1. Основные жалобы пациентов при патологии сердечно-сосудистой системы.
2. Боль в сердце, о чем говорит, что делать. Основные правила оказания доврачебной помощи.
3. Повышение артериального давления (варианты нормы и патологии АД). Основные правила оказания доврачебной помощи.
4. Как распознать начало инсульта. Острые моменты. Доврачебная помощь.
5. Какие основные лекарственные средства должны быть в домашней аптечке у больных с сосудистой патологией.
6. Основные правила ухода за больными с патологией сердечно-сосудистой системы.
7. Движение жизнь. Основные правила лечебной физической культуры. Когда начинать, дозировка занятий, индивидуальный подход.
8. Организация сестринского подхода в стационарных условиях.

Общие симптомы заболеваний сердечно-сосудистой системы, наблюдение и уход за больными.

Боли в области сердца.

При оценке жалоб на боли в области сердца необходимо помнить, что далеко не всегда они обусловлены заболеванием сердечно-сосудистой системы. Боли могут появиться в результате заболевания плевры (сухой плеврит), позвоночника и межреберных нервов (остеохондроз позвоночника, межреберная невралгия), миозита,

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и т.д.

Боли в грудной клетке, связанные с патологией системы кровообращения, могут быть вызваны патологией перикарда, аорты, невротическим состоянием. Но наиболее важным для диагностики, дальнейшей тактики и прогноза заболевания является возникновение у больного приступов стенокардии.

Приступ стенокардии развивается при сужении коронарных артерий вследствие их атеросклеротического поражения, к которому может присоединяться спазм сосудов. Во время приступа стенокардии возникает несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и возможностями коронарного кровотока, что приводит к ишемии, гипоксии сердечной мышцы. В ней нарушается обмен веществ, а недоокисленные продукты обмена веществ раздражают чувствительные нервные окончания в миокарде, вызывая ощущение боли.

В типичных случаях приступ стенокардии провоцируется физической или эмоциональной нагрузкой. Возникают за грудиной боли давящего, жгучего или сжимающего характера, сопровождающиеся чувством страха смерти, отдающие в левое плечо, руку, левую половину шеи, нижнюю челюсть, длящиеся от одной до 10 минут и проходящие самостоятельно в покое либо через 1—3 минуты после приема таблетки нитроглицерина под язык.

Помощь больному при приступе стенокардии заключается в обеспечении полного покоя, приеме нитроглицерина под язык и реже в постановке горчичников на область сердца.

Очень серьезным заболеванием, как правило, осложняющим длительно не купируемый приступ стенокардии, является *инфаркт миокарда*, в основе которого лежит некроз (омертвление) участка сердечной мышцы.

Наиболее часто встречающийся, так называемый типичный (болевым, ангинозным) вариант **инфаркта миокарда** характеризуется появлением болей за грудиной — чрезвычайно сильных, не купируемых ни покоем, ни приемом нитроглицерина, длящихся более 30 минут (до нескольких часов). Эти боли сопровождаются чувством страха, удушьем, резкой слабостью падением давления и т.д. Таким больным необходима срочная госпитализация в первые же часы заболевания.

Коллапс.

Коллапс — это клиническое проявление острой сосудистой недостаточности с резким снижением АД и расстройством периферического кровообращения, наблюдается при острой кровопотере, инфаркте миокарда, в ортостазе, при обезвоживании вследствие многократной рвоты, поноса. Клинические проявления сходны с таковыми при обмороке, но коллапс не всегда сопровождается потерей сознания, больной может быть только заторможен, безучастен к происходящему, зрачки расширяются.

В большинстве случаев коллапс развивается быстро, внезапно: появляются выраженная слабость, головокружение, шум в ушах. Больные отмечают «пелену» перед глазами, снижение зрения, похолодание конечностей. Сознание чаще всего сохраняется, но больные заторможены, безучастны к окружающему, почти не реагируют на внешние раздражители. В тяжелых случаях сознание постепенно затемняется и исчезает, могут наблюдаться судороги мышц лица и конечностей. Зрачки расширяются, сердечная деятельность ослабевает, это состояние может закончиться смертью.

При коллапсе кожные покровы и видимые слизистые оболочки вначале бледные, покрыты холодным липким потом. Вскоре губы, пальцы рук и ног становятся синюшными, затем цианоз распространяется на кисти рук, стопы. Черты лица больного заострены, глаза тусклые, запавшие, взгляд безразличный. Пульс на лучевых артериях учащенный, слабый, иногда с трудом ощутимый (нитевидный). Систолическое артериальное давление ниже 80 мм рт. ст., а диастолическое определить не удается.

Помощь при коллапсе заключается в придании больному горизонтального положения с опущенной головой, устранении кровотечения, согревании. При необходимости по назначению врача производится парентеральное восполнение объема циркулирующей крови путем вливания цельной крови или кровезаменителей, введение препаратов, повышающих сосудистый тонус.

Артериальный пульс, техника исследования, его основные характеристики

Пульсом называют периодические колебания стенок кровеносных сосудов, вызванные изменением их кровенаполнения при работе сердца (в систолу и диастолу). В диагностических целях пульс (артериальный) определяют на различных артериях:

— сонной (по переднему краю *m.sternocleidomastoideus*, примерно посередине ее длины), исследование нужно проводить осторожно, т.к. сонная артерия (*a.carotis*) является богатой рефлексогенной зоной и существует опасность резкого рефлекторного замедления частоты сердечных сокращений;

- височной;
- бедренной;
- подключичной;
- плечевой;
- лучевой и т.д.

Чаще всего пульс определяют на лучевой артерии (так называемый периферический пульс), т.к. она расположена поверхностно и хорошо пальпируется между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием внутренней лучевой мышцы. Пульс на правой и левой руках может быть неодинаковым при аномалиях развития, сужении, сдавлении извне соответствующих лучевой, плечевой или подключичной артерий, в таких случаях исследование пульса проводят на той руке, где он лучше пальпируется.

Определяют следующие свойства артериального пульса:

1. Ритм — оценивается по регулярности следующих друг за другом пульсовых волн. Если интервалы между ними равны, то пульс считается правильным (ритмичный пульс), а если различны — то неправильным (аритмичный). При мерцательной аритмии («сердечном бреде») частота сердечных сокращений может быть больше числа пульсовых волн. В таких случаях констатируют дефицит пульса и подсчитывают его.
2. Частота — число пульсовых волн в минуту. В норме частота пульса колеблется в пределах 60—90 в минуту, но может значительно изменяться в зависимости от пола, возраста, температуры воздуха и тела, уровня физической нагрузки. Наиболее частый пульс отмечается во внутриутробном периоде. В возрасте 25—60 лет пульс остается относительно стабильным. У женщин пульс чаще, чем у мужчин; у спортсменов и людей тренированных, а также у пожилых пульс реже. Учащение пульса происходит в вертикальном положении, при физических нагрузках, повышении температуры тела.

Урежение пульса менее 60 называется **брадикардией**, а учащение более 90 — **тахикардией**.

3. Наполнение пульса определяется объемом крови, находящимся в артерии, и зависит от ударного объема сердца. При хорошем наполнении пульсовая волна высокая, хорошо различима (пульс полный), при плохом — мала, плохо пальпируется (пульс пустой). Едва ощутимый, слабый пульс называется *нитевидным*, при его обнаружении медсестра должна немедленно сообщить об этом врачу.
4. Напряжение определяется той силой, которую нужно приложить для полного пережатия артерии. При высоком АД пульс будет *напряженным* или *твердым*, а при низком — *мягким*.
5. Высота пульса и его величина зависят от амплитуды колебания артериальной стенки. При увеличении ударного объема сердца и снижении тонуса сосудистой стенки пульс становится *высоким* и *большим*, а при падении сердечного выброса, шоке, коллапсе — *низким* и *малым*.
6. Скорость или форма пульса определяются скоростью изменения объема артерии. Быстрое растяжение и спадение артерии характерно для *скорого* пульса (при аортальной недостаточности), а медленное расширение и спадение — для *медленного* (при аортальном стенозе).

Данные исследования пульса медсестра заносит в температурный лист (отмечает точками красного цвета).

Исследование артериального пульса.

Последовательность выполнения:

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить суть и ход процедуры.
3. Получить согласие пациента на процедуру.
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Вымыть и осушить руки
6. Придать пациенту удобное положение, сидя или лежа.
7. Охватить одновременно кисти пациента пальцами своих рук выше лучезапястного сустава так, чтобы 2, 3 и 4-й пальцы находились над лучевой артерией (2-й палец у основания большого пальца). Сравнить колебания стенок артерий на правой и левой руках.
8. Провести подсчет пульсовых волн на той артерии, где они лучше выражены в течение 60 секунд.
9. Оценить интервалы между пульсовыми волнами.
10. Оценить наполнение пульса.
11. Сдавить лучевую артерию до исчезновения пульса и оценить напряжение пульса.
12. Провести регистрацию свойств пульса на температурном листе графическим, а в листе наблюдения -

цифровым способом.

13. Сообщить пациенту результаты исследования.

14. Вымыть и осушить руки.

АД, методика его измерения. Понятие об артериальной гипертензии, гипертоническом кризе, артериальной гипотензии

Артериальным называется давление, образующееся в артериальной системе во время работы сердца. В зависимости от фазы сердечного цикла, давление бывает систолическим (САД), т.е. возникающим в артериях вслед за систолой левого желудочка (соответствует максимальному подъему пульсовой волны), и диастолическим (ДАД), поддерживаемым в артериях в диастолу благодаря их тону (соответствует спадению пульсовой волны). Разница между величинами САД и ДАД называется пульсовым давлением.

АД зависит от величины сердечного выброса, общего периферического сосудистого сопротивления, частоты сердечных сокращений. Измерение АД является важным методом контроля за состоянием гемодинамики как у здоровых, так и у больных людей.

Нормальный уровень систолического АД у взрослого человека колеблется от 100 до 139 мм рт.ст., диастолического — от 60 до 89 мм рт.ст.

Повышенным АД считается с уровня 140/90 мм рт.ст. и выше (*артериальная гипертензия* или артериальная гипертония), пониженным — менее 100/60 мм рт.ст. (*артериальная гипотензия*). Резкое повышение АД называется *гипертоническим кризом*. Помимо быстрого повышения АД, он проявляется сильной головной болью, головокружением, тошнотой и рвотой.

При уходе за больными с артериальной гипертензией необходимо уделять пристальное внимание тому, чтобы больные соблюдали все требования лечебно-охранительного режима, так как отрицательные эмоции, нервно-психические нагрузки, плохой сон могут усугубить течение болезни.

Гипертонический криз требует срочного врачебного вмешательства и введения гипотензивных препаратов, т.к. он может осложниться нарушением мозгового (инсульт) и коронарного (инфаркт миокарда) кровообращения. До прихода врача больному необходимо обеспечить полный покой, доступ свежего воздуха, можно сделать горячие ножные ванны и теплые ванны для рук (t° воды 37-40 $^{\circ}$ C).

Артериальная гипотензия может встречаться и у совершенно здоровых людей, особенно у астеников, но может быть и симптомом серьезных заболеваний, сопровождающихся снижением сердечного выброса, сосудистого тонуса, уменьшением объема циркулирующей крови (инфаркт миокарда, кровотечение, шок, коллапс). Больного с остро развившейся артериальной гипотензией необходимо уложить, приподнять ножной конец кровати для улучшения притока крови к головному мозгу, ввести по назначению врача соответствующие лекарственные препараты.

Измерение артериального давления

Последовательность выполнения:

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить суть, ход предстоящих действий.
3. Получить согласие пациента на процедуру.
4. Предупредить пациента о предстоящей процедуре за 15 минут до ее начала.
5. Подготовить необходимое оснащение.
6. Вымыть и осушить руки.
7. Придать пациенту удобное положение, сидя или лежа.
8. Уложить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, подложив валик под локоть.
9. Наложить манжетку тонометра на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ними проходил 1 палец. Трубки манжетки обращены вниз.
10. Соединить манометр с манжеткой, укрепив его на манжетке.
11. Проверить положение стрелки манометра относительно «0»-й отметки шкалы.
12. Определить пальцами пульсацию в локтевой ямке, приложить на это место фонендоскоп.
13. Закрыть вентиль груши, нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации в локтевой артерии +20-30 мм рт.ст. (т.е. несколько выше предполагаемого АД).
14. Открыть вентиль, медленно выпускать воздух, выслушивая тоны, следить за показаниями манометра.
15. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны, соответствующую систолическому АД.

16. Выпускать медленно из манжетки воздух.
17. «Отметить» исчезновение тонов, что соответствует диастолическому АД.
18. Выпустить весь воздух из манжетки.
19. Повторить процедуру через 5 минут.
20. Снять манжетку.
21. Уложить манометр в чехол.
22. Проздезинфицировать головку фонендоскопа методом двукратного протирания 70% этиловым спиртом.
23. Оценить результат.
24. Сообщить пациенту результат измерения.
25. Провести регистрацию результата в виде дроби (в числителе – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое) в необходимой документации.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЧАЩЕ ВСЕГО ПУЛЬС ОПРЕДЕЛЯЮТ НА:

- 1) сонной артерии;
- 2) бедренной артерии;
- 3) лучевой артерии;
- 4) подключичной артерии;
- 5) артерии тыла стопы;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-15

2. ЧАСТОТА ПУЛЬСА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ В ПОКОЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 50-80 уд/мин;
- 2) 60-80 уд/мин;
- 3) 80-100 уд/мин;
- 4) 40-60 уд/мин;
- 5) 100-120 уд/мин;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-15

3. КАКОЙ ПУЛЬС БУДЕТ ПРИ ШОКЕ?:

- 1) высокий и скорый;
- 2) низкий и малый;
- 3) полный;
- 4) дефицит пульса;
- 5) асимметричный;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1

4. ДЛЯ ПРИСТУПА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) загрудинной локализации боли;
- 2) возникновения боли на высоте физической нагрузки;
- 3) эффекта от приема нитроглицерина под язык через 3–5 мин;
- 4) сжимающего характера боли;
- 5) отсутствие боли;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-4

5. ПРИ ОБМОРОКЕ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) освободить больного от стесняющей одежды.;
- 2) Придать больному положение полусидя — ортопноэ.;
- 3) Поднести к носу больного ватку, смоченную в нашатырном спирте.;
- 4) Побрызгать на лицо больного холодной водой.;
- 5) Обеспечить больному доступ свежего воздуха.;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. У больного в возрасте 75 лет, находящимся в терапевтическом отделении, ночью возникает приступ, сопровождающийся болью за грудиной, иррадиирующей в левую руку, лопатку, плечо, шею и челюсть. Отмечается тахикардия, АД не повышено.

Вопрос 1: В чём заключается доврачебная помощь палатной медицинской сестры?;

Вопрос 2: Какие осложнения могут быть далее?;

Вопрос 3: Данная ситуация является экстренной?;

Вопрос 4: Что такое брадикардия?;

Вопрос 5: Что такое тахикардия?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-11

2. Медицинскую сестру пригласили к больному, у которого появились жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах. Больной несколько возбуждён, лицо гиперемировано. При измерении АД 180/100 мм.рт.ст., пульс 100 ударов в 1мин.

Вопрос 1: Что отмечается у больного?;

Вопрос 2: Какова тактика медсестры?;

Вопрос 3: Данная ситуация является экстренной?;

Вопрос 4: Какие осложнения могут быть далее?;

Вопрос 5: Нужно ли вызывать машину скорой помощи?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15

3. Больному с заболеванием сердца, отёками родственники принесли передачу: сок, красную икру, жареную курицу, селёдку, салат с майонезом.

Вопрос 1: Можно ли разрешить такую передачу?;

Вопрос 2: Какие продукты можно приносить?;

Вопрос 3: Почему нужно ограничить жидкость в данном случае?;

Вопрос 4: За какими параметрами сердечно-сосудистой системы нужно наблюдать?;

Вопрос 5: Зачем измеряют вес у больных с отёками?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

4. В пансионате для ветеранов и инвалидов медсестру вызвали к больному, у которого внезапно появились резкая слабость, холодный пот. Больной бледен. Пульс частый, ритмичный, слабого напряжения и наполнения. Артериальное давление 70/20 мм рт.ст.

Вопрос 1: Как называется такой пульс?;

Вопрос 2: В чём заключается тактика медсестры в данном случае?;

Вопрос 3: В чём заключается алгоритм исследования артериального пульса?;

Вопрос 4: Какие тонометры для измерения АД Вы можете назвать?;

Компетенции: ПК-15, ОПК-4, ОПК-10

5. На практике по хирургии в перевязочном кабинете студентка К. при виде крови внезапно побледнела и упала, потеряв сознание.

Вопрос 1: Что случилось?;

Вопрос 2: Какова тактика медсестры?;

Вопрос 3: В чём заключается алгоритм измерения АД?;

Вопрос 4: На каких артериях измеряют пульс?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России. (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 14. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов пищеварения (Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10, ОПК-11)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: метод проблемного изложения, исследовательский

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): актуальность данной темы характеризуется ростом числа заболеваний пищеварительной системы на современном этапе, большую роль в лечебном процессе играет качественный уход за больными. Своевременное выполнение сестринских манипуляций ведёт к более быстрому выздоровлению пациентов.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода, правила применения медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи; правила хранения и использования предметов ухода за пациентами; правила дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий; инструкции по проведению дезинфекции предметов ухода, мед.изделий многократного применения, основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, основы формирования навыков здорового образа жизни, устранения вредных привычек; санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов; порядок проведения санитарной обработки пациента, **уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, осуществлять транспортировку больного внутри учреждения., оформлять направления на различные виды лабораторных исследований, обрабатывать руки на гигиеническом уровне., подготовить больного к эндоскопическим, рентгенологическим, ультразвуковым исследованиям., оказать доврачебную помощь при желудочно-кишечном кровотечении, определять последовательность действий при промывании желудка, провести наружный туалет промежности, **владеть** проведением личной гигиены лица (уход за глазами, носом, ушами, полостью рта), постановкой очистительной клизмы.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** видеопроектор, кружка эсмарха, ноутбук, фантом для проведения очистительной клизмы

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Боли в животе: причина и характер болей различны. При обострении язвенной болезни появляются голодные и ночные боли в эпигастрии. После еды боли прекращаются на некоторое время. При "остром" животе больной занимает вынужденное положение, лежит на спине с приведёнными к животу ногами или в коленно-локтевом положении. Лицо бледное, живот как доска, втянут, в акте дыхания не участвует, мышцы брюшной стенки напряжены, пульс учащен. Срочно вызвать врача. До его прихода уложить больного в постель, положить на живот пузырь со льдом.

Диспепсические расстройства проявляются в виде отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты, нарушения аппетита.

Отрыжка - выход газов из желудка в пищевод. Отрыжка бывает кислой, горькой, воздухом.

Изжога - заброс желудочного содержимого в пищевод. Наиболее часто встречается при заболеваниях желудка, протекающих с повышенной кислотностью желудочного сока. Для устранения изжоги надо рекомендовать больным выпить полстакана щелочной минеральной воды (эссентуки № 4 или 17, боржом и др.) или питьевой соды вместе с жженой магнезией.

Тошнота - неприятные ощущения в подложечной области, чувство тяжести, сопровождается побледнением лица, усилением потоотделения.

Рвота - рефлекторный акт нарушения моторной функции желудка, сопровождающийся непроизвольными выбросами пищи из желудка. Во время рвоты медсестра должна следить за правильным положением больного, голова должна быть повернута на бок, придвинуть ко рту тазик. О появлении рвоты сообщить врачу. После рвоты дать прополоскать рот тёплой водой, вытереть губы и углы рта.

Желудочно-кишечное кровотечение - кроме язвенной болезни, может быть при раке желудка, циррозе печени из варикозно расширенных вен пищевода, тромбозе воротной вены, наследственной геморрагической телеангиэктазии (синдром Ослера-Рандю), атеросклерозе желудочных сосудов, а также при травмах и отравлении едкими щелочами.

При нерезко выраженных кровотечениях наблюдается кратковременная слабость, позднее выделяется кашицеобразный, чёрного цвета, дёгтеобразный кал (мелена), что свидетельствует об образовании сернистого железа из гемоглобина крови.

При выраженном кровотечении могут появиться головокружение, побледнение кожных покровов, похолодание конечностей, жажда, нарушение зрения, нередко полная или частичная потеря сознания. Пульс становится слабым, учащённым. Кровавая рвота начинается не сразу, а спустя несколько часов после начала кровотечения. Через 24 часа появляется мелена.

Больному с кровотечением создают полный физический и психический покой; назначают строгий постельный режим. Назначают холод на эпигастрий (пузырь со льдом), кровоостанавливающие средства (10% р-р кальция хлорида -10 мл), вит. С,

переливание крови, плазмы. При лёгочном кровотечении, которое бывает при туберкулёзе, сифилитических, раковых язвах кишечника, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона и т.д. тактика медсестры такая же.

Метеоризм - вздутие живота, связанное с повышенным газообразованием в кишечнике, реже - с заглатыванием воздуха и спазмом кишечника. Больным можно ввести газоотводную трубку. Конец трубки, вводимый в кишечник, закруглён; другой конец косо срезан. Трубку прокипятить, смазать вазелином и ввести в заднепроходное отверстие на расстоянии 20-30 см. Вводить трубку не спеша, вращательными движениями. Держат трубку не более 2-х часов. При скоплении в кишечнике плотных каловых масс необходимо сделать перед введением газоотводной трубки микроклизму с глицерином или ромашкой. После извлечения трубки окружность заднего прохода смазать вазелином.

Промывание желудка: проводят толстым желудочным зондом. Больному вводят зонд в желудок, на наружный конец зонда надевают стеклянную трубку и стеклянную воронку ёмкостью 500 мл. Воронку опускают ниже уровня желудка, наполняют тёплой водой, после этого воронку поднимают выше головы больного и вода постепенно поступает в желудок. В момент, когда в воронке остаётся немного воды, её быстро опускают вниз, и вода выливается из желудка с примесью слизи, остатков пищи в поставленный таз. Эта процедура повторяется несколько раз. Следует помнить, что одновременно в желудок не следует вводить более 500 мл жидкости, не следует также быстро вводить воду в желудок, для чего воронку следует поднимать медленно. На промывание желудка затрачивают от 8 до 10 л. воды. Обычно промывают тёплой кипяченой водой с добавлением натрия бикарбоната (10,0 на 1 л воды).

Промывания желудка показаны при стенозе привратника, атонии желудка, пищевых отравлениях.

Противопоказаны промывания желудка больным стенокардией, циррозом печени, язвенной болезни желудка (со склонностью к желудочным кровотечениям).

Для правильной диагностической оценки лабораторных исследований необходимо правильно собирать кал. У постельных больных кал собирается в судно. На банке, куда затем помещается кал, наклеивают этикетку с записью вида исследования, фамилии и инициалы больного, номера палаты и отделения. Для исследования необходимо брать плотную часть кала.

Исследование секреторной функции желудка:

Может использоваться метод извлечения желудочного содержимого с помощью тонкого зонда. Желудочный сок извлекают *фракционно*, через каждые 15 мин в течение 2 часов. Каждая порция собирается в отдельную пробирку и исследуется на общую кислотность, содержание свободной соляной кислоты, пепсина, слизи и других составных частей желудочного сока.

В качестве раздражителя используют энтеральные и парентеральные стимуляторы желудочной секреции.

В норме натощак в желудке находится до 50 мл секрета, общая кислотность - 10 единиц. Свободная соляная кислота натощак у многих здоровых лиц отсутствует. После пробного завтрака количество секрета может быть различным, а общая кислотность - от 40 до 60 единиц, свободная соляная кислота - от 20 до 40, а связанная белками - до 20 единиц.

Дуоденальное зондирование:

Производится в двух целях - диагностической и лечебной. В полученных порциях желчи определяют наличие воспалительных элементов, паразитов, желчного песка и т.д.

Противопоказаниями к дуоденальному зондированию являются острый холецистит, обострение язвенной болезни желудка и ДПК, сужение пищевода. Вызванное опухолью или рубцами, варикозное расширение вен пищевода.

Для того чтобы дуоденальное зондирование прошло успешно, необходима тщательная подготовка. За 2-3 дня рекомендуется исключить из рациона продукты питания, вызывающие метеоризм: капусту, картофель, легкоусвояемые углеводы, цельное молоко и т. д.

Получают три порции: порция А – дуоденальная желчь. Обычно за 20-30 мин поступает 15-40 мл желчи.

Порция В – пузырная желчь – выделяется свободно в течение 20-30 мин. За это время поступает 50-60 мл желчи. Для получения этой порции через зонд вводят 30-50 мл теплого 33% раствора магния сульфата.

7. Порция С – печеночная желчь. Начинает поступать вслед за пузырной. Она прозрачная, менее концентрированная, желто-золотистого цвета. Продолжительность выделения 20-30 мин; количество 15 – 20 мл.

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ НАДЕЖЕН МЕТОД:

- 1) рентгенологический;
- 2) эндоскопический;
- 3) кал на скрытую кровь;
- 4) эндоскопия с биопсией;
- 5) рентгеноскопия;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОПК-11

2. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

- 1) боль в эпигастральной области;
- 2) изжога;
- 3) отрыжка кислым;
- 4) запор;
- 5) диарея;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-11

3. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ:

- 1) промыть желудок;
- 2) поставить грелку на живот;
- 3) поставить масляную клизму;
- 4) провести дуоденальное зондирование;
- 5) дать попить простой воды;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-10

4. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ:

- 1) холод на живот;
- 2) тепло на живот;
- 3) очистительная клизма;
- 4) сифонная клизма;
- 5) отсутствие вмешательства до прихода врача;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОПК-10

5. ДО ПРИХОДА ВРАЧА БОЛЬНОМУ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НУЖНО:

- 1) поставить очистительную клизму;
- 2) положить на живот горячую грелку;
- 3) положить на эпигастрий пузырь со льдом;
- 4) ничего не предпринимать;
- 5) дать попить простой воды;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОПК-10

6. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА:

- 1) боль в животе;
- 2) тошнота;
- 3) рвота;
- 4) изжога;
- 5) верно всё;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ПК-1

7. ЧТО НЕ ВХОДИТ В ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ,ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ В

ЖИВОТЕ:

- 1) назначать лечение самостоятельно;
- 2) пригласить врача;
- 3) успокоить больного;
- 4) уточнить локализацию боли;
- 5) оценить состояние больного;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-1

8. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ,ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ:

- 1) изжога;
- 2) тошнота;
- 3) отрыжка кислым;
- 4) рвота алой кровью;
- 5) рвота цвета кофейной гущи;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОПК-10

9. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ РВОТЕ:

- 1) самостоятельно дать таблетку;
- 2) обеспечить посудой для рвотных масс;
- 3) самостоятельно ввести инъекцию препарата;
- 4) назначить дополнительное исследование;
- 5) отправить больного в лабораторию;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больному было назначено рентгенологическое исследование желчного пузыря и желчевыводящих путей (холеграфия). Мед.сестра предупредила больного, что исследование будет утром натощак и выяснила, что у пациента не наблюдалось ранее наличие признаков непереносимости йодсодержащих препаратов. За 2 часа до исследования больному была поставлена очистительная клизма. В рентгеновском кабинете больному медленно мед. сестра начала вводить внутривенно 20% раствор билигюста, подогретого на водной бане до 37^оС. При введении 10мл появилась отечность в области инъекции, слезотечение, чихание, насморк, зуд кожи, тошнота, слабость, головокружение.

Вопрос 1: Какие ошибки были допущены мед. сестрой при исследовании?;

Вопрос 2: Какие меры необходимо предпринять;

Вопрос 3: Расскажите алгоритм подготовки больного к рентгенологическому исследованию желчного пузыря и желчевыводящих путей;

Вопрос 4: В каком отделении проводится данное обследование?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-10

2. Пациент Б. 48 лет находится на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом язвенная болезнь желудка, фаза обострения. Жалобы на сильные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжку воздухом, иногда пищей, запоры, вздутие живота, наблюдалась однократная рвота цвета "кофейной гущи". Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Отмечено кровоточивость десен при чистки зубов. Пульс 64 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст, ЧДД 18 в мин. Язык обложен белым налетом, живот правильной формы, отмечается умеренное напряжение передней брюшной стенки в эпигастральной области. Пациенту назначено исследование кала на скрытую кровь.

Вопрос 1: Какую диету можно назначить данному больному?;

Вопрос 2: Объясните пациенту правило взятия кала на скрытую кровь;

Вопрос 3: Продемонстрируйте алгоритм проведения желудочного зондирования;

Вопрос 4: Чем опасен симптом рвота "кофейной гущи" ?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10, ОПК-11

3. Пациентка С., 40 лет, поступила в стационар на лечение с диагнозом хронический холецистит, стадия обострения. Жалобы на ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, тошноту, по утрам горечь во рту, однократно была рвота желчью, общую слабость. Считает себя больной около 7 лет, ухудшение наступило в течение последней недели, которое связывает с приемом обильной, жирной пищи. Объективно: состояние удовлетворительное, подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, кожа сухая, чистая, отмечается желтушность склер, язык сухой, обложен серо-белым налетом. При пальпации болезненность в правом подреберье. Пульс 84 уд./мин. АД 130/70 мм рт. ст., ЧДД 20 в мин.

Вопрос 1: Какую диету можно назначить данной больной;

Вопрос 2: Объясните, как нужно сдать биохимический анализ крови;

Вопрос 3: Алгоритм подготовки пациента к УЗИ брюшной полости;

Вопрос 4: В чём заключается уход за пациентом в данной ситуации?;

Компетенции: ПК-1, ПК-15, ОПК-10

4. В онкологическом отделении находится на стационарном лечении мужчина 48 лет с подозрением на рак желудка. Жалобы на рвоту, слабость, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудание, сильные боли в эпигастральной области, отрыжку, вздутие живота. Пациент адинамичен, подавлен, вступает в контакт с трудом, замкнут, испытывает чувство страха смерти.

Вопрос 1: На каком двигательном режиме находится данный больной?;

Вопрос 2: Какой уход нужно обеспечить за онкологическим больным?;

Вопрос 3: Алгоритм постановки питательной клизмы.;

Вопрос 4: Какие еще виды клизм Вы можете назвать?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-10

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н.

Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России.
(<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 15. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Зачетное занятие. (Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10, ОПК-11)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): актуальность данной темы характеризуется ростом числа заболеваний мочевыделительной системы на современном этапе, большую роль в лечебном процессе играет качественный уход за больными. Своевременное выполнение сестринских манипуляций ведёт к более быстрому выздоровлению пациентов.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода, правила применения медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи; правила хранения и использования предметов ухода за пациентами; правила дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий; инструкции по проведению дезинфекции предметов ухода, мед.изделий многократного применения, основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, основы формирования навыков здорового образа жизни, устранения вредных привычек; санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов; порядок проведения санитарной обработки пациента; **уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, оформлять направления на различные виды лабораторных исследований, подготовить больного к эндоскопическим, рентгенологическим, ультразвуковым исследованиям., определять суточный диурез., провести наружный туалет промежности, **владеть** раздачей таблетированных лекарственных препаратов для энтерального применения., подготовкой больных для сдачи мочи: на общий анализ, по нечипоренко, по зимницкому, определять последовательность действий при катетеризации мочевого пузыря эластичным катетером у женщин

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** медицинские организации в соответствии с договорами о практической подготовке обучающихся

- **оснащение занятия:** катетеры для катет. мочевого пузыря, резиновый пузырь, фантом женской промежности

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Боли локализуются в поясничной области и распространяются вниз по ходу мочеточников. Наиболее частым и ярким проявлением ряда заболеваний почек и мочеточников является *почечная колика*. Боли могут сопровождаться тошнотой, рвотой, повышением артериального давления, вегетативными расстройствами.

Неотложная помощь при почечной колике состоит в применении тепла, спазмолитиков и обезболивающих средств. Тепловые процедуры можно применять во всех видах: горячие грелки и горячие ванны. Однако горячая ванна противопоказана пожилым и престарелым больным, а также страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Расстройства мочеиспускания (дизурия) бывают двух основных видов: учащение мочеиспускания (поллакиурия) и затруднение его (странгурия), крайней степенью которого является задержка мочеиспускания (ишурия).

Изменения количества и качества выделяемой мочи. Полиурия (диурез более 2 л в сутки). Анурия (отсутствие мочи в мочевом пузыре). Никтурия (половина и более суточной мочи выделяется в ночное время). Изменение цвета мочи - также важный симптом. Особого внимания требует *гематурия* (кровь в моче), при которой моча приобретает красный цвет различной интенсивности в зависимости от степени примеси крови в моче: от едва розоватой окраски до ярко-алого цвета. При интенсивной гематурии наступает свертывание крови в моче и в ней появляются кровяные сгустки. О локализации источника кровотечения позволяет судить характер окрашивания струи мочи. Если окрашена только или преимущественно начальная порция мочи (инициальная гематурия), то источник кровотечения располагается по ходу мочеиспускательного канала. При появлении или усилении примеси крови в конце акта мочеиспускания (терминальная гематурия) следует думать о наличии источника кровотечения в мочевом пузыре. Тотальная гематурия (равномерное окрашивание мочи на протяжении всей струи) свидетельствует о локализации источника кровотечения в почке или верхних мочевых путях.

Неотложная помощь при острой задержке мочи. Основная цель- опорожнение мочевого пузыря- катетеризация. При резком переполнении мочевого пузыря (скопление 1 л мочи и более) его опорожнение следует проводить постепенно, во избежание быстрой смены давления в его полости, что может привести к резкому кровенаполнению расширенных и склеротически изменённых вен мочевого пузыря, их разрыву и кровоточению.

Методика сбора мочи для лабораторных исследований. Для большинства исследований мочу берут утром, сразу после сна. И у мужчин, и у женщин перед выделением мочи для анализа необходимо обработать наружное отверстие мочеиспускательного канала теплой водой, что больные делают самостоятельно.

В настоящее время не применяется получение мочи у женщин путем катетеризации мочевого пузыря. Этим исключается попадание в сосуд вместе с начальной порцией мочи посторонних примесей и загрязнений (из

влагалища, наружной части мочеиспускательного канала).

Посуда для мочи, которую посылают на анализ, должна быть тщательно вымыта и высушена, однако так, чтобы внутри её не осталось следов мыла, которое может вызвать щелочное брожение мочи и сделать её не пригодной для исследования. Мочу следует посылать в лабораторию вскоре (не позже чем через 1 час) после взятия, иначе инфицирование ее из окружающей Среды также может привести к щелочному брожению.

Количество форменных элементов в моче можно подсчитать по методу *Аддиса-Каковского* и *Нечипоренко*. Для *бактериологического* исследования достаточно 10 мл мочи, собранной в стерильную пробирку.

Одним из методов исследования функционального состояния почек является проба Зимницкого. Эта проба позволяет определить дневной, ночной, суточный диурез, а также количество и относительную плотность мочи в каждой из 8 порций. Больничный и питьевой режим, а также питание больного в период исследования должны оставаться прежними.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию почек. Основной целью подготовки больного является тщательное очищение кишечника от газов и каловых масс, которые мешают получению качественных рентгеновских снимков.

За 2-3 дня до рентгенологического исследования необходимо исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию (винегрет, фрукты, сахар, молоко, черный хлеб). При метеоризме врачом может быть назначен карболен по 1 таблетке 4 раза в день. Вечером и утром за 2 часа перед исследованием кишечник очищают с помощью клизмы.

Катетеризация мочевого пузыря. Катетеры могут быть резиновые (мягкие), эластические (полужесткие) и металлические (жесткие). Все катетеры заканчиваются слепо, а отверстие находится на боковой стенке. Резиновые катетеры могут быть 2-х видов: 1) катетер Нелатона- равномерной толщины, длиной около 25 см, с закругленным концом, 2) катетер Тиманна, имеющий суженный, плотный и несколько изогнутый в виде клюва конец. На его наружном конце имеется небольшой гребешок, указывающий направление клюва.

Катетеризация мочевого пузыря проводится при острой задержке мочи, для промывания мочевого пузыря и введения в него лекарственных препаратов, а также для взятия мочи с целью исследования, если невозможно выполнить эту манипуляцию по общим правилам.

Если при проведении катетера ощущается препятствие, нельзя преодолевать его насильственно, так как это может вызвать повреждение слизистой оболочки мочеиспускательного канала.

Несоблюдение правил асептики ведет к инфицированию мочевыводящих путей.

Промывание мочевого пузыря. Эта процедура проводится для лечения воспалительных процессов мочевого пузыря (цистит).

8. Вопросы по теме занятия

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ПО ЗИМНИЦКОМУ НЕОБХОДИМО СОБРАТЬ МОЧУ:

- 1) утром одну порцию;
- 2) мочу за три часа;
- 3) 8 порций мочи каждые три часа;
- 4) одну порцию мочи за 24 часа;
- 5) собирать каждый час;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-15

2. МОЧА ДЛЯ ОБЩЕГО КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДОЛЖНА БЫТЬ ДОСТАВЛЕНА В ЛАБОРАТОРИЮ:

- 1) не позднее 1 часа после сбора;
- 2) не позднее чем через 4 часа после сбора;
- 3) не зависит от времени;
- 4) сразу после сбора;
- 5) можно на следующий день;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-1

3. МОЧУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО НЕЧИПОРЕНКО СОБИРАЮТ:

- 1) через каждые три часа в течение суток;
- 2) среднюю порцию утренней мочи после тщательного туалета;
- 3) из суточного количества мочи 200 мл;
- 4) всю утреннюю порцию;
- 5) всю суточную мочу;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1

4. ПРОБОЙ ЗИМНИЦКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В МОЧЕ:

- 1) количество сахара.;
- 2) количество форменных элементов, бактерий;
- 3) наличие уробилина, желчных пигментов;
- 4) плотность мочи и диурез;
- 5) количество ацетона.;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1

5. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ:

- 1) снижение работоспособности и аппетита;
- 2) слабость, недомогание;
- 3) повышенная утомляемость, лихорадка;
- 4) головная боль, отеки, повышение АД.;
- 5) боль в суставах;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-15

6. КОЛИЧЕСТВО МОЧИ, КОТОРОЕ МЕДСЕСТРА ОТПРАВЛЯЕТ В ЛАБОРАТОРИЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА (В МЛ):

- 1) 50 - 100;
- 2) 100 - 200;
- 3) 10 - 15;
- 4) 3 - 5;
- 5) 500;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-15

7. КОЛЕБАНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ 1009-1011 В ПРОБЕ ЗИМНИЦКОГО:

- 1) гипозостенурия;
- 2) полиурия;
- 3) анурия;
- 4) протеинурия;
- 5) олигоурия;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-5

8. ПРИ УРЕМИИ В КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) понижение азотистых шлаков;
- 2) повышение азотистых шлаков;
- 3) повышение липопротеидов;
- 4) понижение билирубина;
- 5) наличие крови;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОПК-10

9. ОБРАЗОВАНИЕ МОЧИ ПРОИСХОДИТ:

- 1) в мочевом пузыре;
- 2) в мочеточниках;
- 3) в почках;
- 4) во всем перечисленном;
- 5) в печени;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-15

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больная К. находится после операции. У больной при осмотре обнаружился полный мочевой пузырь, но самостоятельно помочиться не может.

Вопрос 1: Какое состояние возникло у больного?;

Вопрос 2: Чем ему помочь?;

Вопрос 3: Расскажите алгоритм катетеризации мочевого пузыря у женщин.;

Вопрос 4: Кто проводит катетеризацию мочевого пузыря у женщин?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ОПК-4, ОПК-10

2. Пациент Р., 30 лет поступил в нефрологическое отделение с диагнозом обострение хронического пиелонефрита. Жалобы на повышение температуры, тянущие боли в поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание, общую слабость, головную боль, отсутствие аппетита. В анамнезе у пациента хронический пиелонефрит в течение 6 лет. Пациент беспокоен, тревожится за свое состояние, сомневается в успехе лечения. Пациенту назначена экскреторная урография.

Вопрос 1: Расскажите план ухода за пациентом;

Вопрос 2: Объясните пациенту характер предстоящей процедуры и подготовки его к ней;

Вопрос 3: Объясните пациенту правильно сдать мочу по Зимницкому;

Вопрос 4: В каком отделении проводится экскреторная урография?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ОПК-4, ОПК-10

3. Пациент 35 лет, находится на стационарном лечении в эндокринологическом отделении с диагнозом сахарный диабет I типа. Жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, зуд кожных покровов, общую слабость. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожен, плохо спит, не верит в успех лечения, выражает опасение за свое будущее.

Вопрос 1: Составьте план ухода пациента;

Вопрос 2: Объяснить пациенту алгоритм сбора мочи на сахар;

Вопрос 3: Моча была собрана в 8 часов, но в лабораторию поступила в 11 часов. Годна ли такая моча для исследования?;

Вопрос 4: Какие анализы мочи Вы дополнительно можете назвать?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ОПК-4, ОПК-10

4. Пациент 36 лет находится в нефрологическом отделении с диагнозом: хроническая почечная недостаточность. Предъявляет жалобы на резкую слабость, утомляемость, жажду и сухость во рту, тошноту, периодическую рвоту, снижение аппетита, плохой сон. Плохо переносит ограничение жидкости, часто не может удержаться и пьет воду в палате из-под крана. Врачом назначен постельный режим.

Вопрос 1: В чем состоит уход за данным больным;

Вопрос 2: Объясните как нужно сдать общий анализ мочи;

Вопрос 3: Расскажите алгоритм подачи мочевого приемника;

Вопрос 4: Нуждается ли данный больной в применении памперса?;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-4, ОПК-10, ОПК-11

5. У пациентки 45 лет находится: хронический гломерулонефрит. Предъявляет жалобы на общую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки, сниженный аппетит, плохой сон. Состояние тяжелое. Сидит в постели в подушках почти без движения. Кожные покровы бледные, акроцианоз, лицо одутловатое, отеки на ногах, пояснице, ЧДД 32 в минуту, Рс 92 удара в минуту, ритмичный, напряженный, АД 170/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет выраженного асцита. Врачом назначен постельный режим.

Вопрос 1: Какую диету следует назначить больной?;

Вопрос 2: Какие симптомы указывают на патологии мочевыводящих путей?;

Вопрос 3: Алгоритм определения суточного диуреза?;

Вопрос 4: Оцените АД;

Компетенции: ОК-5, ПК-1, ПК-15, ОПК-10

11. Примерная тематика НИРС по теме

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Ослопов, В. Н. [Общий уход за больными в терапевтической клинике](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

- дополнительная:

[Общий уход за пациентами](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / ред. Н. Г. Петрова. - СПб. : СпецЛит, 2013.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России. (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)